



Gesundheitsland Schleswig-Holstein Jahrbuch 2010/2011

Berufung 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
www.gesundheit.schleswig-holstein.de

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

Druck:
Druckzentrum A.C.Ehlers, Kiel

Auflage: 4.000 Exemplare

ISSN 0935-4379
November 2010

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

Die Landesregierung im Internet:
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 2010/2011

Berufung Gesundheit

Inhalt

Interview mit Dr. Heiner Garg, Gesundheitsminister von Schleswig-Holstein Fragen an den Minister	7
Dr. Ingeborg Kreuz Maßnahmen zur Versorgung in den ländlichen Räumen Vorfahrt für flexible Lösungen	9
Harald Stender Ansiedlung von niedergelassenen Ärzten in Dithmarschen unterstützen Hausärzte an die Westküste	10
Dr. Carsten Leffmann Kontinuierliche Evaluation in der ärztlichen Weiterbildung Bin ich glücklich?	12
Dr. Klaus Bittmann Versorgung verbessern und Praxisnachfolge sichern Was können Ärzte selbst tun	14
Sven Staack Landesagentur Demenz ist Anlaufstelle für interessierte Helfer Anleitung zum Helfen	15
Prof. Thorsten M. Buzug und Dipl.-Phys. Kanina Botterweck Innovative Kooperation in der Medizintechnik Die Universität als Unternehmen	16
Dr. Susann Billig Von den Vorteilen, angestellt zu sein Eine sichere Sache	18
Dr. Dorothee Struck Von den Vorteilen, selbstständig zu sein Die große Freiheit	19
Sabina Baraucke Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten MFA	20
Operationstechnische/r Angestellte/r (OTA)	21
Volker Warneke Von „HELVER“ zur „nicht-ärztlichen Praxisassistentin“ Modellprojekt HELVER	22
Ulrike Hinrichsen und Frauen Laß Teilzeitausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege Das Flensburger (Erfolgs-)Modell	24
Ida Diestel Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen Vermittlerin zwischen den Ebenen	26
Interview mit Prof. Heidi Höppner, Professorin für Physiotherapie Fragen an die Professorin	28
Ludger Buitmann und Thomas Neldner Krankenkassen passen Aus- und Weiterbildung an Vom Allrounder zum Spezialisten	30
Dr. Dieter Paffrath Präventionsexperten begleiten auf dem Weg zum „gesunden Betrieb“ Rückenschule reicht nicht	31

Dr. Sonja Krupp, Dr. Martin Willkomm, Otto Meyer zu Schwabedissen, Dr. Bernd Sgries und Dr. Dr. Ulrich Kuipers	
Ambulante Geriatrische Rehabilitative Versorgung	
In der Regel ambulante Geriatrie	32
Prof. Dr. Ing. Andreas Schrader	
Technische Innovation zur ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Menschen	
„SmartAssist“	34
Rüdiger Waßmuth	
Neue Wohn- und Pflegeformen für ältere Menschen	
Gewohnt wohnen	35
Michaela Helmrich	
Interkulturelle Kompetenz in der Altenpflegehilfeausbildung	
ilka	36
Iris-Uta Räther-Arendt	
Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen	
Lotsen für alle Pflegefälle	37
Meryem Demircigil und Claudia Henkel	
Neue Wege in der außerklinischen Palliativversorgung	
„Dolmetscherin“ für die Patienten	38
Dr. Carola Heneweer, Prof. Claus-Christian Glüer und Prof. Martin Heller	
Krankheiten auf Zellebene sichtbar machen	
MOIN CC	40
Daten zum Gesundheitsland Schleswig-Holstein	42
Palliative-Care-Teams	47
Dr. Stephan Puke	
Mitarbeiterorientierung bei Veränderungen im Krankenhausalltag	
Maßnahmen beim Mitarbeiter	48
Dr. Christian Peters und Claudia Erichsen	
Überalterung von Mitarbeitenden als unternehmerische Herausforderung	
Demographie im Krankenhaus	50
Ulrike Petersen	
Übergang von stationärer in ambulante Behandlung	
Gut versorgt entlassen	52
Prof. Dr. Jens Scholz	
Kommunikation, Kooperation und Kundenorientierung am UK S-H	
Der Einzelne zählt	53
Aguedita Afemann	
Herausforderung Pflege – Wandel eines Berufsstandes	
Auf das Wesentliche	54
Robert Schenk	
Die seelische Gesundheit im Arbeitsleben erhalten	
Diagnose: Erschöpfungsdepression	56
Dr. Jens-Martin Träder	
Zur Situation der Allgemeinmedizin in Schleswig-Holstein	
Hausarzt aus Berufung	58
Akademisches Lehrkrankenhaus	59

Prof. Hendrik Lehnert und Angelika Bähre	
Geriatrische Versorgung in Schleswig-Holstein	
Geriatric geht alle an.	60
Studiengänge im Überblick	62
Studiengänge	63
Bernd Krämer und Angelika Bähre	
„Medizinische Rehabilitation“ als Wirtschaftsfaktor in Schleswig-Holstein	
Reha relevant	64
Jürgen Goecke	
Zukunftsbranche Altenpflege	
Junge Männer gesucht!	66
Volker Clasen	
Ambulante Versorgung mit dem NetzWerk psychische Gesundheit	
Krisenhelfer	68
Redaktion Gesundheitsportal	
Aus dem Menü des Gesundheitsportals: Gesundheitsberufe	
Mit einem Klick zum Beruf	69
Gesundheit im Netz – Adressen aus Schleswig-Holstein	70
Autorinnen und Autoren	72
Inserentenverzeichnis	76
Sponsorenverzeichnis	76

Fragen an den Minister

Der Wandel im Gesundheitsbereich betrifft alle. Auch Berufe und Ausbildungsgänge müssen sich den neuen Herausforderungen anpassen. Politik muss dafür Rahmenbedingungen schaffen. Politik kann und soll sich aber auch einbringen in die Entwicklung und Erprobung neuer Strukturen – gemeinsam mit den Akteuren vor Ort. Mehr dazu im Interview mit dem schleswig-holsteinischen Gesundheitsminister, Dr. Heiner Garg.



Dr. Heiner Garg

Herr Dr. Garg, der Titel dieses Jahrbuches ist „Berufung Gesundheit“. Warum dieser Titel, warum dieser Schwerpunkt?

Dafür gibt es mehrere Gründe. Erstens, der demographische Wandel verändert die Anforderungen an Versorgungsstrukturen und Gesundheitswirtschaft. Menschen leben länger und benötigen andere Versorgungsangebote. Insbesondere solche, die auf mehrere Krankheiten gleichzeitig ausgerichtet sind, Stichwort: Multimorbidität.

Damit ändern sich auch die Anforderungen an die Menschen, die für unsere Gesundheit arbeiten. In der Gesundheitsversorgung ebenso wie in den Bereichen Medizintechnik oder -produkte. Genau das erfordert angemessene Antworten, weil Gesundheitswirtschaft und Gesundheitsversorgung zuallererst qualifizierte, engagierte Menschen voraussetzen – und nicht zuletzt: ausreichend viele. Die werden wir zukünftig nur gewinnen, wenn „Berufung Gesundheit“ ein attraktives Angebot ist!

Zweitens: Zukünftige Gesundheitsversorgung erfordert auch intelligente Delegation und Kooperation

sowie veränderte Berufe und Berufsbilder. Veränderte Berufe brauchen neue Rahmenbedingungen und neue Qualifikationen. Dabei wird Vernetzung eine große Rolle spielen, vernetzte Strukturen brauchen vernetzte Professionen. Das alles bedeutet, drittens, dass alle Beteiligten ihre Rolle weiter sehen, als „nur“ im Rahmen einer gewachsenen Zuständigkeit. Dass das hervorragend funktionieren kann – jenseits von Sektorengrenzen und trotz Partikularinteressen –, ist in diesem Jahrbuch nachzulesen: Da etablieren Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer und Krankenhausgesellschaft zu diesem Zweck eine Koordinierungsstelle. Da gibt es Krankenhausträger, die sich in der Ausbildung zum Allgemeinarzt nicht nur als „Durchlauferhitzer“ im Ausbildungsplan sehen, sondern auch selbst etwas dafür tun, dass Ärzte dort bleiben, wo sie am dringendsten gebraucht werden. Andere bieten Ausbildungen in Gesundheitsberufen so an, dass die Ausbildungszeiten und Familie unter einen Hut gebracht werden können.

Berufung Gesundheit meint also auch ganz konkrete Fragen von Berufspraxis, sozusagen die „Mühen der Ebene“?

Unbedingt! Es geht ja bei Weitem nicht nur um drohenden Ärztemangel, sondern um Fachkräftemangel an sich. Was die Lektüre dieses Jahrbuches bestätigt, darin geht es namentlich auch um Pflegekräfte. Zur Berufung können übrigens auch neue Berufe wie Case-, Praxis- oder Entlassungsmanager werden. Sie eröffnen ganz neue berufliche Perspektiven. Wo von Fachkräften immer höherwertigere Leistungen erbracht werden, um Ärzte zu entlasten, braucht es immer noch jemanden, der das Essen bringt, die

Betten macht oder die Patienten von einer Untersuchung zur nächsten bringt. Um diejenigen zu entlasten, die zu viel Arbeit haben, können zum Beispiel auch Menschen qualifiziert werden, die bislang keine Chance auf dem Arbeitsmarkt hatten, die aber Freude an einer Tätigkeit an und mit hilfebedürftigen Menschen haben.

Und dann geht es – bisher deutlich unterschätzt – darum, dass Menschen in Gesundheitsberufen älter werden und deshalb etwas getan werden muss, damit sie ihren Beruf bis zum Rentenalter ausüben können.

Hand aufs Herz: Warum kann Gesundheitspolitik dabei helfen, stört sie nicht eigentlich eher?

Sicher, Gesundheitspolitik stört: wenn sie es sich einfach macht, nicht nach links und rechts schaut oder zuhört und wenn sie über Schuld und Verantwortlichkeiten anderer redet, statt Probleme zu lösen. Mein Anspruch ist allerdings, sich auf Augenhöhe über Anforderungen und Impulse zu unterhalten und dann gemeinsam besser zu werden – wiederum mein Vernetzungsthema.

Gesundheitspolitik muss aber vor allem Rahmenbedingungen definieren – die manchmal für alle gleich sein und manchmal auf regionale Besonderheiten hin zugeschnitten werden müssen. In einem föderalen System ist es leider nicht immer ganz einfach, Notwendiges zeitnah durchzusetzen. Das Thema bundeseinheitlicher Basisfallwert ist dafür ein gutes Beispiel. Es ist doch nicht einzusehen, warum eine Blinddarmpoperation in Bayern besser vergütet wird als in Schleswig-Holstein und damit Kostenbewusstsein bestraft wird. Aber natürlich geht es dabei um ziemlich mächtige Interessen. Auch wenn es uns gelungen ist, andere Bundeslän-

der zu überzeugen: Wer da ran will, läuft Langstrecke, nicht Sprint.

Sehr viel schneller bestand Einigkeit über die flächendeckende Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung. Die Gesundheitsminister der Länder haben die Bundesregierung unter anderem dazu aufgefordert, den Ländern dafür größere Spielräume zu eröffnen. Insbesondere bei der Bedarfsplanung im ambulanten Bereich. Ein Flächenland wie Schleswig-Holstein muss – aber kann heute noch nicht – die ambulante Versorgung anders planen als beispielsweise Nordrhein-Westfalen oder ein Stadtstaat. Außerdem brauchen wir in der Grundversorgung mehr Möglichkeiten, Ärztinnen und Ärzte durch Fachpersonal zu entlasten. Und zwar so, dass Patienten immer noch das Gefühl haben dass sie bei dem Arzt, dem sie vertrauen, in guten Händen sind. Dazu müssen die rechtlichen Anpassungen in den Berufsgesetzen vorgenommen werden, das ist Aufgabe des Bundes. Das ist der eine Aspekt.

Der andere ist – wie so oft – das Geld und da ist für mich klar, wer die Lippen spitzt, muss auch pfeifen: Auch Delegieren und Entlasten gibt es nicht zum Nulltarif.

Und wo unterstützt Gesundheitspolitik die Akteure in Schleswig-Holstein?

Bei allem, was vernünftig und bezahlbar ist, was einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung nützt und was das Gesundheitsland insgesamt weiter entwickelt – auch als Standort für verschiedene Unternehmenszweige wie Medizintechnik oder Pharmaindustrie. Gesundheitswirtschaft ist mannigfaltig: Arbeitgeber und technischer sowie wissenschaftlicher Motor für Entwicklung und Wertschöpfung – über Branchen und Sektoren hinweg. Ob niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, mittelständische große oder kleine Erzeuger von Pharmaprodukten, medizintechnische Betriebe sowie Forschung und Lehre – sie alle sind Gesundheitswirtschaft. Und sie alle bilden, über Unternehmen, Branchen und Sparten hinweg, letztlich gemeinsame Wertschöpfungsketten. Wobei ich die doppelte Bedeu-

tung sehe: Wert ist zuallererst die hochwertige medizinische Versorgung für die Menschen – die dann eben auch ihren Wert „in Euro und Cent“ hat. Damit in diesem Sinne in Schleswig-Holstein möglichst Wertschöpfung stattfindet, arbeite ich auch auf Bundesebene für die Interessen unseres Landes. Für die Krankenhäuser, für die niedergelassenen Ärzte, für Arbeit und Ausbildung, für mehr regionale Entscheidungskompetenz. Dabei bin ich mehr am langfristigen Erfolg orientiert als an der nächsten Schlagzeile.

... und die Gesundheitsreform?

Ach – die ist die „x-te“, seit ich Politik mache. Ich gebe ganz offen zu, ich hatte mir mehr gewünscht und auch erwartet. Sie ist ein Bündel von Sofortmaßnahmen, die angesichts der geltenden Gesetzeslage jede für sich notwendig sind. Wir sind aber weit entfernt von einer Reform, die über eine Legislaturperiode hinaus Verlässlichkeit schafft, für Leistungserbringer, Kostenträger, Politik und allen voran: für die Menschen.

Ich meine, wir brauchen ein grundlegend neues Rahmengesetz. Diesem müsste eine ehrliche Debatte darüber zugrunde liegen, wie eigentlich in Sachen Gesundheit unser „Gesellschaftsvertrag“ fortgeschrieben werden kann: welche Leistungen wir kollektiv gewährleisten und demographiegerecht absichern wollen – und was davon auf welcher Ebene: Bund, Land, Individuum zu verorten ist. Die Klärung, was uns allen Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft mit den Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts wert ist, wäre die Voraussetzung einer Reform, die den Namen auch verdient.

Alles eine Frage der Finanzierung?

Nein, nicht nur! Dazu gehört auch, dass nach meiner Überzeugung die beiden Sektoren Gesundheit und Pflege in Zukunft grundsätzlich zusammen gedacht, zusammen geplant und in der Praxis zusammengeführt werden müssen. Kleinteilige Planung ist schön und gut. Vor allem muss es aber darum gehen, Sektorengrenzen aufzubrechen und sie dauerhaft zu überwinden. Aber es stimmt, wie überall dreht es sich auch beim Thema Gesund-

heitsreform irgendwann ums Geld. Wir sollten aufhören so zu tun, als könnten wir den Versorgungsstandard halten, ohne dass der Einzelne, der finanziell dazu in der Lage ist, mehr für seine Gesundheitsversorgung beisteuert. Das ist eine grundlegende Voraussetzung dafür, dass auch diejenigen in Zukunft versorgt werden können, die dazu finanziell eben nicht in der Lage sind. Den Menschen wurde viel zu lange vorgegaukelt – ähnlich wie bei der Rente – dass die Vollkaskoversorgung „sicher ist“. Der Zusatzbeitrag ist ein erster Schritt, das Gesundheitssystem zukunftssicher zu machen – er trägt dazu bei, eine langfristige Basis zu schaffen. Ein Schritt zur Entlastung ist die notwendige Entkoppelung der Gesundheits- von den Arbeitskosten. Volkswirtschaftlich wird sich rechnen, dass nicht mehr eine immer kleiner werdende Gruppe von Erwerbstätigen immer mehr für den Versorgungsbedarf einer alternden Gesellschaft aufbringen muss, weil man sie sonst schlicht überfordern würde.

Ein ehrgeiziges Vorhaben, das zurückführt zum Titel des Jahrbuchs, Berufung Gesundheit. Haben Sie Ihre als Gesundheitsminister gefunden?

Klar ist, dass Gesundheitspolitik nicht immer Selbstverwirklichung und nicht immer populär sein kann. Das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit ist trotzdem nach wie vor mein Wunschressort. Daran haben auch die Herausforderungen nichts geändert. Ob ich dazu berufen bin, das müssten andere entscheiden.

Ich sehe es so: Mit genügend Ausdauer und Biss kann man vieles bewegen, voranbringen und gestalten. Das ist – offen gestanden – manchmal auch anstrengend. Aber es lohnt. Gesundheitsminister sein bedeutet, gelegentlich zwischen den Stühlen zu sitzen – zum Beispiel zwischen denen der ambulanten und stationären Versorgung ebenso wie zwischen denen der Leistungserbringer und Kostenträger. Das bringt das Amt so mit sich. Entscheidend ist, dort nicht sitzen zu bleiben, sondern sich zu bewegen – zusammen mit den Akteuren und möglichst aufeinander zu.

Die Fragen stellte Randy Lehmann.

Vorfahrt für flexible Lösungen

Auf die ambulante medizinische Versorgung in unserem Bundesland kommen große Veränderungen zu, denn Schleswig-Holsteins Ärzte stehen vor einer beispiellosen Ruhestandswelle. Bereits heute sind 22 Prozent unserer Hausärzte über 60 Jahre alt. Ein weiteres Viertel gehört der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen an. Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) stellt sich diesen Herausforderungen, die auch Chancen für Veränderungen in der Versorgungslandschaft bieten.

Immer weniger junge Mediziner entscheiden sich, als Arzt in einer eigenen Praxis zu arbeiten. Unsichere Verdienstmöglichkeiten, Bürokratisierung und Überregulierung schrecken sie ab, ein unternehmerisches Risiko einzugehen. Schon jetzt nimmt die Arztdichte in einigen Landesteilen Schleswig-Holsteins spürbar ab. Frei werdende Arztpraxen, insbesondere im ländlichen Raum, können zum Teil nicht nachbesetzt werden. Gleichzeitig steigt der Behandlungsbedarf unserer älter werdenden Gesellschaft. Die Einwohnerzahl Schleswig-Holsteins wird zwar insgesamt abnehmen, aber der Anteil der über 60-Jährigen wird von heute 26 Prozent im Jahr 2025 auf rund 35 Prozent ansteigen. Diese Altersgruppe ist besonders stark auf ärztliche Versorgung angewiesen.

Finanzielle Unterstützung

Um dem steigenden Versorgungsbedarf gerecht zu werden, müssen sich wieder mehr junge Mediziner für den schönsten Beruf der Welt entscheiden: den des niedergelassenen Arztes. Die KVSH lässt sich ihren ärztlichen Nachwuchs etwas kosten. Wir haben die Mittel zur Förderung des hausärztlichen Nachwuchses aufgestockt: KVSH und Krankenkassen zahlen Weiterbildungsassistenten zum Allgemeinmediziner gemeinsam 3.500 Euro im Monat. Praxisinhaber bekommen für die Beschäftigung von jungen Ärzten in der Ausbildung einen monatlichen Zuschuss von 200 Euro. Außerdem hat die KVSH in Übereinstimmung mit der Ärztekammer und der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein eine Koordinierungsstelle eingerichtet, die bei der Vermittlung einer Arztpraxis für die ambulante Weiterbildungsphase behilflich ist.

Grünes Licht für junge Ärztinnen

Neben den demographischen Veränderungen gibt es eine weitere gesellschaftliche Entwicklung: Die Medizin wird weiblicher. Schon heute sind sechs von zehn Medizinstudenten im ersten Semester Frauen. Dieser Trend zeichnet sich auch in einem steigenden Frauenanteil in der Ärzteschaft ab. Waren 1991 33,6 Prozent der Mediziner Frauen, so wuchs dieser Prozentsatz auf 42,2 Prozent im Jahr 2009 an. Die Feminisierung des Berufes hat Auswirkungen auf die Versorgung. Frauen haben oftmals eine andere Lebensplanung als Männer. Sie widmen sich intensiver familiären Aufgaben und arbeiten auch gerne Teilzeit oder im Angestelltenverhältnis. Eine Entwicklung, die wir zunehmend auch beim männlichen Nachwuchs beobachten. Der Vorstand der KVSH hat dazu unter anderem einen Beschluss zur Verbesserung der Vertretungsregelung in Arztpraxen gefasst. Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen können sich nach der Geburt eines Kindes über einen Zeitraum von bis zu drei Jahren vertreten lassen, ohne ihre Zulassung zu verlieren.

Eine Lösung: Zweigpraxen

Um niederlassungswilligen Ärzten den Einstieg in den ambulanten Bereich so einfach wie möglich zu machen, hat die KVSH gerade für den ländlichen Raum ein besonderes Modell entwickelt. Wir setzen uns besonders für den Erhalt von Landarztpraxen ein, die noch keinen Nachfolger gefunden haben und die für die Patientenversorgung unentbehrlich sind. Diese Praxen werden von uns intensiv beworben. Das beinhaltet auch, dass wir interessierten Ärzten anbieten, die frei werdenden

Praxen als Zweigpraxis fortzuführen. Auswertungen zeigen, dass gerade Ärztinnen dieses flexible Modell attraktiv finden und gerne nutzen. In Schleswig-Holstein arbeiten schon jetzt 118 Ärztinnen in einer Zweigpraxis, oft in Teilzeit oder im Angestelltenverhältnis. Zweigpraxen können dazu beitragen, gerade im ländlichen Raum Versorgungsstrukturen aufrechtzuerhalten.

Die Perspektive

In Schleswig-Holstein sind junge Ärztinnen und Ärzte willkommen. Die KVSH steht als Ansprechpartner Nummer eins zur Verfügung, um individuelle, auf den Einzelnen abgestimmte Lösungen zu entwickeln. Grundvoraussetzung für den Erfolg aller Einzelschritte ist aber, dass die Ärzteschaft und ihre Selbstverwaltungsorgane mehr regionale Gestaltungsspielräume bekommen. Beispielsweise wäre es sinnvoll, dass auch die KVSH die Möglichkeit erhält, Medizinische Versorgungszentren zu gründen.

Dr. Ingeborg Kreuz, Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, www.kvsh.de

Hausärzte an die Westküste

Wenn es um die Besetzung von frei gewordenen Kassenarztsitzen geht, haben ländliche Regionen gegenüber den Städten oft das Nachsehen. Denn der Beruf des Landarztes ist aufgrund der Arbeitszeiten und Honorierung sowie der auf dem Land fehlenden Attraktionen städtischen Lebens bei jungen Medizinern nicht sehr begehrt. Der sich abzeichnende Ärztemangel stellt ländliche Regionen in Schleswig-Holstein wie zum Beispiel die Westküste des Landes vor große Probleme. Immer mehr Arztsitze bleiben frei, immer mehr Patienten sind von der lückenhaft werdenden Versorgung direkt betroffen. Die Westküstenkliniken helfen mit bei der Suche nach Lösungen für dieses Problem.

Aktuell sichern noch über 170 Haus- und Fachärzte die medizinische Versorgung der Bevölkerung in Dithmarschen. Doch bereits heute können nicht mehr alle Praxissitze in Dithmarschen durch die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) besetzt werden. Betrachtet man die Altersstruktur der praktischen Ärzte und Fachärzte für Allgemeinmedizin, muss man davon ausgehen, dass bis zum Jahr 2020 – also bereits in mittelbarer Zukunft – die Zahl der heute noch 83 Hausarztpraxen um 40 Prozent sinken wird. Politik und KVSH haben die Situation erkannt und arbeiten daran, das Problem zu lösen; dies ist jedoch nicht immer einfach, da insbesondere die Kostenträger – mit Blick auf die gesamtdeutsche Situation – von „Übersversorgung“ sprechen. Indes wäre zumindest eine gemeinsame Strategie aller Interessengruppen

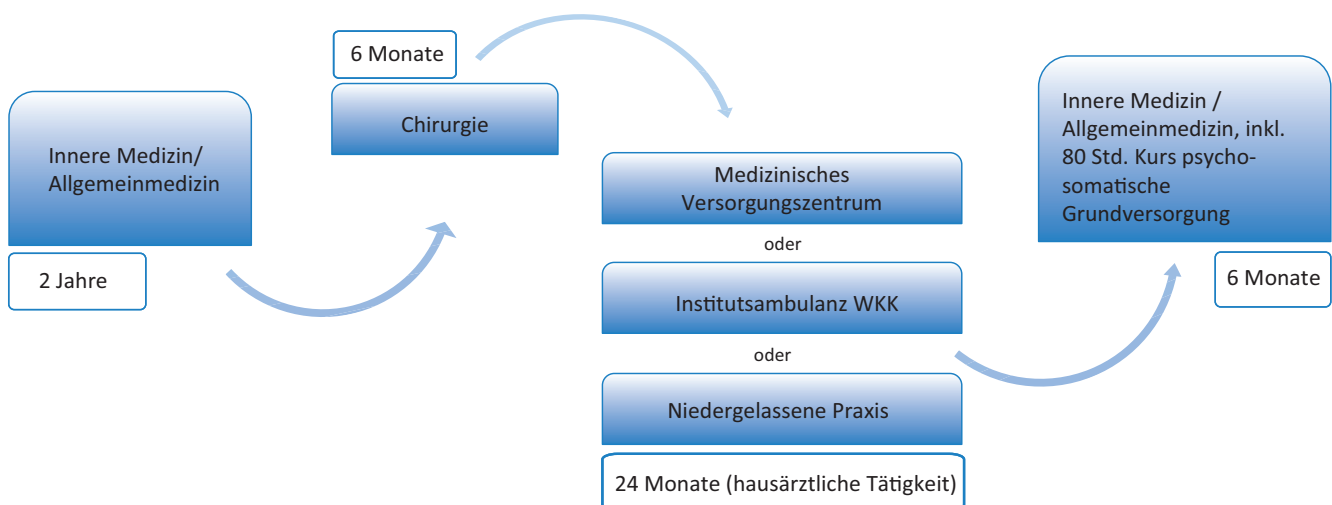
vonnöten, um die Region schnell wieder für junge Ärzte attraktiver zu machen. Darauf warten, dass schon von alleine Bewegung in die Situation kommen wird, wollen die Westküstenkliniken nicht.

Landarztmangel bedroht auch Kliniken

Auch die Westküstenkliniken leiden unter dem Rückgang der Landarztpraxen. Wenn in Dithmarschen kein Arzt erreichbar oder der verbliebene Arzt überlastet ist, wenden sich die Patienten an die Kliniken in der Hoffnung, hier die gewünschten hausärztlichen Leistungen zu erhalten. Die Folgen für die Kliniken sind negativ: Nicht nur dass die Belastung der Klinikärzte über das bereits sehr hohe Maß ansteigt, auch die Möglichkeit der Spezialisierung der Kliniken leidet, da die Versorgung von Standardfällen Ressourcen bindet. Damit geht zugleich das Ertragspotenzial

der Kliniken zurück – mit der Folge, dass Patienten auf der Suche nach spezialisierten medizinischen Leistungen in die Metropolregionen abwandern.

Es ist also auch für die Westküstenkliniken angezeigt, die Gewinnung von niedergelassenen Allgemeinmedizinern für die Region zu unterstützen. Welchen Beitrag können die Kliniken zur Verbesserung der Situation leisten? Die Antwort lautet: Junge Ärzte zu Fachärzten für Allgemeinmedizin weiterbilden – in Dithmarschen! Denn die Erfahrung zeigt: Wer in der Region ausgebildet wurde, ist anschließend eher bereit, sich hier niederzulassen. Vielleicht weil man an der Region Gefallen gefunden, weil man nette Kollegen kennen- und schätzen gelernt hat, weil sich der Lebensmittelpunkt hier entwickelt hat, vielleicht schon Kinder hier geboren wurden und der/die



Weiterbildungsmodell für fünf Jahre zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Ehepartner/-in ebenfalls eine Beschäftigung gefunden hat. Für die Weiterbildung der jungen Ärzte können die Westküstenkliniken als Weiterbildungs Krankenhaus und mit ihrer jahrelangen Erfahrung als akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Hamburg, Kiel und Lübeck ein konkretes, professionelles Angebot machen.

„Operation Nachwuchs“

Bereits seit einigen Jahren arbeiten wir intensiv an einem Konzept zur ärztlichen Weiterbildung an unseren Kliniken. Unter dem Titel „Operation Nachwuchs“ bieten wir seit 2007 ein Programm zur Weiterbildung, das sich von allem unterscheidet, was bundesweit an Kliniken geboten wird: So geben wir – zusätzlich zum Arbeitsvertrag – eine schriftlich fixierte Ausbildungsvereinbarung für Weiterbildungsassistenten, also Ärzte, die an unseren Kliniken während ihrer Dienstzeit die Weiterbildung zum Facharzt absolvieren. Anstelle der häufig gemachten leeren Versprechungen auf Weiterbildung enthält sie bei uns die Definition aller Ausbildungsinhalte sowie einen festgelegten Rotationsplan durch die Fachabteilungen. Die Assistenzärzte werden für die gesamte Weiterbildungszeit nach dem Tarifvertrag für Ärzte bezahlt. Das System schafft Verbindlichkeit und bietet den Ärzten eine deutlich höhere Garantie dafür, ihre Ausbildungsinhalte zeitgerecht zu erlernen.

Für Assistenzärzte, die nach ihrer Klinikzeit vor neuen Herausforderungen stehen, haben wir ein „Rundumsorglos-Paket“ konzipiert, das auch in dieser Lebensphase Unterstützung bietet. Der Verbund der Westküstenkliniken kümmert sich um eine Stelle in einer weiterbildungsbefugten Praxis – entweder direkt bei einem niedergelassenen Kollegen oder in einem der Medizinischen Versorgungszentren, die als Tochtergesellschaften des Verbunds tätig sind, und vermittelt die Assistenzärzte dorthin.

Diese Bemühungen sichern nicht nur unseren klinikeigenen ärztlichen Nachwuchs, sondern tragen auch zu einer höheren Niederlassungsquote in der Region bei. Um die Entscheidung der Ärzte für eine Niederlassung zu erleichtern, veranstalten wir außerdem zusammen mit dem Dithmarscher Ärztenetz und dem Medizinischen Qualitätsnetz Westküste einen sogenannten Praxisbasar, bei dem sich Weiterbildungspraxen, Praxisinhaber auf der Suche nach einem Nachfolger und Weiterbildungsassistenten treffen. Es entstehen fruchtbare Kontakte, die über die üblichen Vermittlungswege kaum zustande kommen würden. Eine weitere Idee, die wir entwickelt haben, ist das Internetportal www.zurueck-nach-dithmarschen.de, das Ärzten und anderen Fachkräften den Weg zurück an die Westküste aufzeigt. Wer Interesse daran hat, wieder dort zu arbeiten, wo er früher gelebt hat und wo andere Urlaub machen, findet hier einen virtuellen Einstieg in die Rückkehr.

Wie geht es weiter?

Wir haben schon einiges bewegt, um ärztlichen Nachwuchs an die Westküste zu holen. Und doch müssen wir erkennen, dass dies noch nicht ausreicht, um den künftigen Ärztemangel auffangen zu können. Wir setzen

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 Förderbank im Norden 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**

uns daher für die Realisierung weiterer Ideen ein, wie beispielsweise:

- Einführung einer Greencard-Lösung für ausländische Ärzte in ländlichen Regionen
- Einführung eines Ausbildungszuschlags für die „Weiterbildung Allgemeinmedizin“ innerhalb des vorhandenen Vergütungssystems
- Ermöglichung einer „Niederlassung auf Probe“
- Praktische Hilfen und Abbau von Bürokratie bei Niederlassungswunsch von Ärzten
- Gezielte Zuweisung in ländliche Regionen von Studierenden im praktischen Jahr

Die Westküstenkliniken werden weiterhin mit innovativen und vielleicht unkonventionellen Lösungen dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen zu sichern. Unser Angebot an alle Akteure des Gesundheitswesens und damit auch an die Landespolitik ist es, gemeinsam quer zu denken, um zu guten Lösungen zu kommen, welche die medizinische Versorgung unserer schönen ländlichen Region langfristig sichern können.

Weitere Informationen unter www.op-nachwuchs.de, www.zurueck-nach-dithmarschen.de.

Harald Stender, Geschäftsführer der Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH, www.westkuestenklinikum.de

Bin ich glücklich?

Zeitgleich mit dem viel beschworenen demographischen Wandel, dem gesellschaftlichen Wertewandel und den immer kurzfristigeren Veränderungen im Gesundheitswesen hat sich auch der Arztberuf verändert. Um dieses Phänomen beschreiben und anstehende Anpassungen in Berufsbild und Berufsausübungsbedingungen vornehmen zu können, sind die Ärztin und der Arzt an sich als Forschungsobjekt entdeckt worden. Endlich!

So sind und waren in den letzten Jahren die Studien-zufriedenheit und Berufsent-scheidungen, die Arbeits- und Berufszufriedenheit, die Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf sowie die körperliche und psychische Gesundheit von berufstätigen Ärztinnen und Ärzten Gegenstand von Erhebungen und wissenschaftlichen Untersuchungen. Eine eindrucksvolle Ergebniszusammenstellung ist Anfang 2010 als Report Versorgungsforschung Band 2 „Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten“ im Deutschen Ärzteverlag erschienen.

Demnach scheint die Gesamtlebenszufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten enger als bei anderen Professionen mit der Berufszufriedenheit korreliert zu sein. Es verwundert somit nicht, dass verschiedene Organisationsformen des ärztlichen Alltags (Krankenhaus, Einzelpraxis, Versorgungszentren, Netzwerke) mit unterschiedlich ausgeprägten administrativen Anforderungen einen direkten Einfluss ausüben. Individuelle Diagnostik- und Therapieentscheidungen bei großer professioneller Verantwortung werden trotz überdurchschnittlicher Arbeitsbelastung positiv wahrgenommen. Dabei steht nach wie vor das Patientenwohl im Vordergrund. Sorgen um beziehungsweise Bemühungen zur Verbesserung des Eigenwohls des Arztes gewinnen aber zunehmend an Bedeutung. Hier steht – nicht nur bei Ärztinnen – an erster Stelle der Wunsch nach einem Familienleben.

Stress, Schlafverlust und Erschöpfung mit ihrem Einfluss auf klinische Entscheidungsfähigkeit und damit nicht zuletzt auf die adäquate und sichere Patientenversorgung wurden

genauso erforscht wie daraus resultierende Krankheitsbilder bei Ärzten wie Angst, Depression und Burn-out. Die Arbeitsbelastung (Wochenarbeitszeit, Nachtdienstbelastung) ging in den letzten 35 Jahren zwar kontinuierlich zurück, trotzdem wandern immer mehr junge Ärztinnen und Ärzte in patientenferne Tätigkeiten ab. Man erhält den Eindruck, dass zwischenzeitlich das Image des Arztberufes sehr gelitten hat. Gleichwohl bleibt der Ansturm auf die medizinischen Hochschulen ungebrochen. Um diesem Phänomen auf die Spur zu kommen, haben die Landesärztekammern und Bundesärztekammer eine kontinuierliche Evaluation der Weiterbildung initiiert.

Evaluation der Weiterbildung

Nach dem allgemeinen Studium der Humanmedizin ist die Weiterbildung die durchschnittlich fünf- bis sechsjährige Zeit zur Facharztqualifikation. Sie dient der individuellen Spezialisierung der Ärztin oder des Arztes und ist damit ein wesentlicher Baustein in der Sicherstellung einer hervorragenden medizinischen Versorgungsqualität. Es ist eine der Kernaufgaben der Ärztekammern, die Weiterbildung inhaltlich festzulegen, zu supervidieren und langfristig sicherzustellen. Darüber hinaus befugt die Ärztekammer diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die die entsprechenden Kriterien erfüllen, den Facharzt Nachwuchs weiterzubilden zu dürfen. Die entsprechende Einrichtung, in der Befugte tätig sind, wird damit zur Weiterbildungsstätte.

Die Evaluation soll alle zwei Jahre flächendeckend in ganz Deutschland in Form einer Online-Befragung durchgeführt werden. Ziel ist es, die Rahmenbedingungen in dieser für den einzelnen Arzt so prägenden

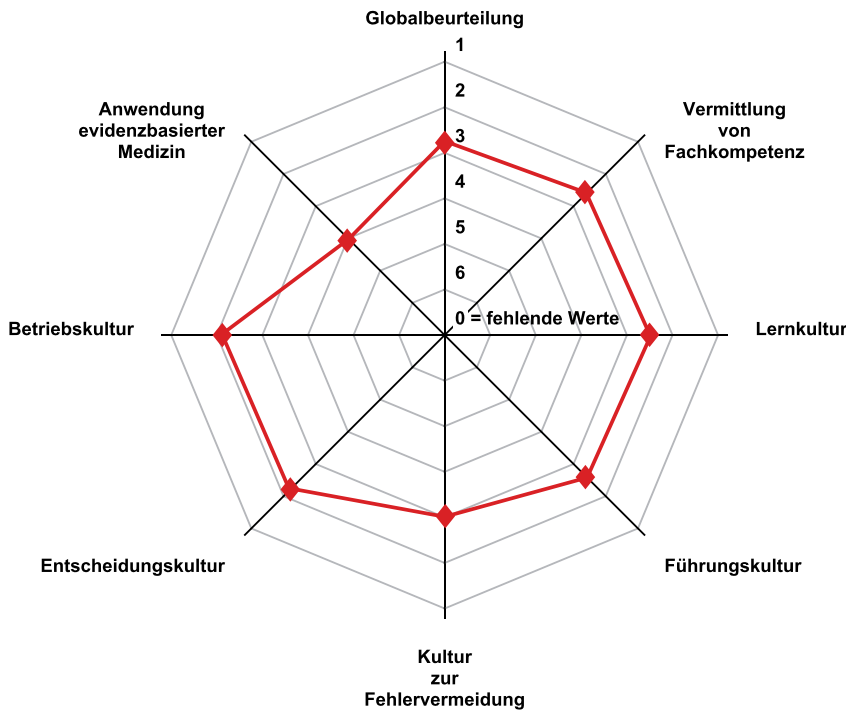
Zeit besser kennenzulernen und zu optimieren. Bei der ersten Erhebung im Jahr 2009 lag die Beteiligung der Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein im Bundesvergleich erfreulich hoch. Bei den Weiterbildungs-befugten konnte Schleswig-Holstein sogar die höchste Rücklaufquote erzielen. Bei den angehenden Fachärzten lag diese mit 36 Prozent immerhin im vorderen Mittelfeld (www.evaluation-weiterbildung.de).

Diese Befragung umfasst insgesamt rund 100 Fragen zu folgenden acht Themen:

- Globalbeurteilung im Sinne der allgemeinen Zufriedenheit am Arbeitsplatz
- Vermittlung von Fachkompetenzen
- Lernkultur in der Weiterbildungsstätte
- Führungskultur
- Kultur zur Fehlervermeidung
- Entscheidungskultur
- Betriebskultur
- Anwendung wissenschaftlich begründeter Medizin

Die Beantwortung der Fragen erfolgt anhand des vertrauten Schulnotensystems. Die Ergebnisse werden anonymisiert ausgewertet und individuell für jede Weiterbildungsstätte graphisch dargestellt.

Antworten auf Fragen wie „Ich würde die Weiterbildungsstätte weiterempfehlen“, „Insgesamt bin ich zufrieden mit der jetzigen Arbeitssituation“ oder „Die Qualität der in meiner Weiterbildungsstätte vermittelten Weiterbildung halte ich für optimal“ führten in der ersten Befragungsrunde zu dem Ergebnis, dass deutschlandweit eine grundsätzliche Zufriedenheit mit der Weiterbil-



Evaluation der Weiterbildung in Deutschland 2009: Mittelwerte für Schleswig-Holstein

derungssituation herrscht. Die jungen Ärztinnen und Ärzte scheinen glücklicherweise weiterhin überwiegend gerne in ihrem Beruf zu arbeiten.

Ergebnisse in Schleswig-Holstein

Die Mittelwerte für die acht Themenkomplexe liegen in Schleswig-Holstein zwischen gut und ausreichend (siehe Graphik). Es gibt somit Unterschiede in den erfassten Bereichen. Besonders gute Noten gibt es für die Entscheidungs- und Betriebskultur. Die Lernkultur, die Führungskultur und die Vermittlung von Fachkompetenzen werden von den schleswig-holsteinischen Weiterzubildenden mit durchschnittlich zwei minus bewertet. Deutlich schlechter schneiden die „Kultur der Fehlervermeidung“ und die flächendeckende Vermittlung der „Anwendung wissenschaftlich begründeter Medizin“ ab. Diese beiden Komplexe werden allerdings auch deutschlandweit am schlechtesten bewertet. Es liegt auf der Hand, dass ein offener, angstfreier Umgang mit Beinahe-Fehlern oder Fehlern (die in allen Lebensbereichen vorkommen) in den Versorgungseinrichtungen den Erkenntnisgewinn ungemein steigert, die Patientensicherheit erhöht und damit natürlich auch die Arbeitszufriedenheit positiv beeinflusst. Die Anwendung der sogenannten wissenschaftlich begründeten (evidenzbasierten) Medizin setzt den stets aktuellen

Überblick über weltweite wissenschaftliche Erkenntnisse voraus. Das ist für Einzelne bei hoher Arbeitsbelastung schwer zu leisten. Abhilfe kann und wird in naher Zukunft hier die intelligente Nutzung moderner Informationstechnologien schaffen. Entsprechende Wissensportale sind im Aufbau. Zu einem dieser Portale, der Cochrane Library, bietet die Ärztekammer Schleswig-Holstein ihren Mitgliedern seit 2008 einen kostenlosen Internetzugang an.

Bei weiterer Betrachtung der Befragungsergebnisse gibt es keine auffälligen Unterschiede zwischen nichtoperativ (Beispiel Neurologie) und operativ (Beispiel Chirurgie) tätigen Facharztgruppen. Das Erwerben von Facharztwissen in der ambulanten Versorgung (Praxen), das in der Regel im direkten Austausch zwischen Berufsanfänger und erfahrenem Kollegen stattfindet, wird erwartungsgemäß positiver bewertet als in großen Einheiten. Bestnoten gibt es für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zum „Hausarzt“. Unzufriedenheit besteht wie bei allen Ärzten auch bei den angehenden Fachärzten mit den Rahmenbedingungen. Überbordende Bürokratie, Zeitdruck und hohe Arbeitsdichte belasten sehr. Trotzdem geben 84 Prozent an, regelmäßig an externen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen teilzunehmen. Der urärzt-

liche Drang, das Wissen stets zu aktualisieren und zu erweitern, ist somit ungebrochen.

Feedback-Kultur fördern

Wesentliches Ziel dieser regelmäßigen Erhebung ist die gemeinsame Besprechung der differenzierten Ergebnisse zwischen Fachärzten und Facharztanwärttern. Nur so können Stärken und Schwächen tatsächlich benannt und bearbeitet werden. Aufgabe der Ärztekammer ist es unter anderem, genau diese Feedback-Kultur zu befördern. Eine zukunfts- und qualitätsorientierte Weiterbildung nützt nicht nur den Ärzten auf dem Weg zum Facharzt, sondern bei angemessener Außendarstellung auch Krankenhäusern – der Wettbewerb um gute Universitätsabsolventen hat längst begonnen.

Die Ärztekammer berät sowohl Ärzte, die eine Weiterbildungsbefugnis anstreben, als auch die jungen Kolleginnen und Kollegen individuell. So sollten Hochschulabsolventen schon zu Beginn der ersten ärztlichen Tätigkeit Kontakt mit der Kammer aufnehmen. Und auch die Zeit der Weiterbildung zum Facharzt sollte gemeinsam geplant werden. So manche, sonst erst bei der Anmeldung zur Prüfung zutage tretende Überraschung oder Enttäuschung kann so vermieden werden. Auch eine umfassende Information und das Aufzeigen von verschiedenen Wegen zum Ziel kann die Zufriedenheit im Beruf erhöhen.

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein bietet auch Fortbildungen für Ärzte sowie deren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen an eigenen Bildungseinrichtungen an. Außerdem hat sie ein Mentoringprogramm entwickelt, in dem erfahrene Ärztinnen und Ärzte aus Klinik und Praxis junge Kolleginnen in ihrer beruflichen Entwicklung unterstützen. Zusammen mit vielen anderen Akteuren leistet die Ärztekammer Schleswig-Holstein somit ihren Beitrag, den Arztberuf und die ärztliche Tätigkeit auch für nachkommende Generationen attraktiv zu halten.

Dr. Carsten Leffmann, Ärztekammer Schleswig-Holstein, www.aeksh.de

Was können Ärzte selbst tun

Der einzelne Arzt stößt meist an seine Grenzen, wenn er sich neben seinem Praxisalltag um neue Versorgungsstrukturen kümmern soll. Die Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein hat Aktivitäten entwickelt, um ihre Mitglieder zu unterstützen.

Die Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein ist eine Organisation, die im Jahr 2000 als unternehmerischer Dienstleister von Ärzten für Ärzte gegründet wurde. Zentrales Ziel war und ist es, die medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein unter Berücksichtigung der ökonomischen Effektivität zu verbessern und zu fördern.

Wir haben satzungsgemäß den Auftrag, neue Versorgungsformen zu nutzen und mit den Krankenkassen zu verhandeln. Sozialgesetzgebung, Finanzierungsgrenzen, demographische Veränderungen bei Patienten und Ärzten, medizinisch-technischer Fortschritt – dies kann nicht passiv hingenommen werden, sondern muss aktiv mit einer gemeinsamen Initiative zur inhaltlichen und strukturellen Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten beantwortet werden.

Unser Motto „Mit Freude Arzt sein“ zielt darauf ab, die Tätigkeit in niedergelassener Praxis auch für Berufsanfänger erstrebenswerter zu machen, indem wir Risiken und Belastungen reduzieren und gleichzeitig dem Sinn ärztlichen Handelns den Freiraum geben, den Arzt und Patient benötigen.

Unterstützung in Praxisorganisation

Dem genossenschaftlichen Gedanken folgend unterstützen wir unsere Ärzte in der Praxisorganisation, in betriebswirtschaftlicher Führung, schulen Arzthelferinnen zu sogenannten Dialogpartnerinnen mit Verwaltungs- und Managementverantwortung und liefern zusätzliche Leistungsangebote für die Patienten. Schwerpunktmäßig fördern und begleiten wir auch fachübergreifende Kooperationen und Praxisvernetzungen. Hiermit werden Voraus-

setzungen geschaffen, um Leistungsangebote für Patienten und Versicherte zu verbessern, von erweiterten Sprechzeiten, verkürzten Wartezeiten für Facharzttermine bis hin zu fachübergreifender Betreuung spezifischer Erkrankungen. Mit nahezu allen Krankenkassen haben wir für besondere Leistungsbereiche und beteiligte Ärzte Sonderverträge abschließen können. Diese Verträge können das Einkommen der Ärzte außerhalb der üblichen Gesamtvergütung verbessern und stabilisieren. Sie dienen darüber hinaus der Patientenversorgung. Beispielhaft sind hier der Vertrag für ambulante Augenoperationen, ein telemedizinisches Modell für Herzkrankte, erweiterte Vorsorge in der Kinderheilkunde oder auch Maßnahmen zu rationaler und rationeller Arzneimittelversorgung zu nennen.

Regionale Versorgungsverantwortung

Einen besonderen Schwerpunkt legen wir auf Konzepte mit regionaler Versorgungsverantwortung. Hier arbeiten wir eng mit bestehenden Praxisnetzen zusammen, um für die Patienten vor Ort die Versorgung nicht nur zu verbessern, sondern auch bei bekannten Rahmenbedingungen zukünftig zu sichern. Hierzu müssen die bestehenden Sektorengrenzen zwischen Fachgebieten und ambulanter/stationärer Therapie überwunden werden. Ein mühsames Geschäft, aber die Initiative wird gerade in unseren Netzregionen in Schleswig-Holstein als notwendig gesehen und auch weiterverfolgt.

Diese Form einer integrierten Versorgung ist nicht nur aus Sicht der Patienten anzustreben, sondern auch sinnvoll, um die ärztliche Berufstätigkeit in einer Versorgungsgemeinschaft attraktiv zu machen. Wir bieten den Ärzten in vernetzter

Beispiel Vertrag „Willkommen Baby“

Der zwischen der DAK Unternehmen Leben, dem Berufsverband der Frauenärzte e. V. und der Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein eG geschlossene Vertrag „Willkommen Baby“ hilft, Risikofaktoren in der Schwangerschaft positiv zu beeinflussen und so Frühgeburten oder Schlimmeres zum Teil zu vermeiden.

Über die Sicherstellung der geburtshilflichen Grundversorgung hinaus gehören die frühzeitige Diagnose von Schwangerschaftsdiabetes und die erweiterte Diagnostik mit Ultraschall zu den Vorteilen der an diesem Vertrag teilnehmenden Versicherten.

Teilnehmende Gynäkologen bekommen Unterstützung in der detaillierten Evaluation von Risikofaktoren und der Aufklärung ihrer Patientinnen. Der Vertrag verbessert die Koordination zwischen niedergelassenen Frauenärzten und spezialisierten Kliniken. Das betrifft vor allem die Einweisung in Einrichtungen mit dem richtigen fachlichen Schwerpunkt bei erhöhtem Risiko. Die durchgeführten Leistungen und Sachkosten werden außerbudgetär vergütet.

Struktur oder Berufsausübungsgemeinschaft Entlastung von vielfältigen bürokratischen Zwängen durch Übernahmen von Verwaltungsarbeit, wir helfen bei Verbesserung der arbeitsteiligen Effizienz und unterstützen die wirtschaftliche Stabilität solcher Unternehmungen.

Dr. Klaus Bittmann, Sprecher der Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein, www.aegsh.de

Anleitung zum Helfen

Demenzkranken und ihre Angehörigen sind auf einfache Betreuungsangebote von freiwilligen Helfern angewiesen. Helfen möchten viele, doch oft scheitert es schon daran, dass sie nicht wissen, an wen sie sich wenden sollen. Oder daran, dass sie unsicher sind, was sie als Ehrenamtliche können, sollen und dürfen. Deshalb brauchen hilfsbereite Menschen auch Unterstützung, um sich ihren Möglichkeiten entsprechend einsetzen zu können. Den Weg zum Engagement in der Freizeit unterstützt die Landesagentur Demenz.

Menschen mit Demenz haben einen besonders hohen Betreuungsbedarf. Werden demenzkranke Menschen von ihren Angehörigen zu Hause gepflegt, gelangen diese häufig an die Grenze ihrer Belastbarkeit oder gar darüber hinaus. Nicht selten müssen die Betreuenden rund um die Uhr verfügbar sein. Auch die Zahl derer, die nicht über ein familiäres Hilfesystem verfügen und Unterstützung bei der Bewältigung der Alltagsleistungen brauchen, ist groß. Pflegebezogene Verrichtungen leistet beispielsweise ein ambulanter Pflegedienst. Den kompletten Betreuungsbedarf einer an Demenz erkrankten Person kann ein Pflegedienst jedoch meist aus Kostengründen nicht decken. Freiwillige, die Betroffene individuell in ihrer eigenen Häuslichkeit betreuen, sind besonders für alleinlebende Menschen mit Demenz eine große Hilfe. Zur zeitweisen Entlastung der Pflegenden können Betreuungsgruppen an ein bis zwei Nachmittagen in der Woche beitragen. Dort trinkt man gemeinsam Kaffee, singt, geht spazieren, spielt oder backt im Winter Plätzchen. Sehr wertvoll ist ein betreuter Urlaub. Ohne den Einsatz von Ehrenamtlichen wäre ein solches Hilfsangebot nicht möglich.

Anlaufstelle für Interessierte

Interessierte benötigen eine Anlaufstelle, die es ihnen so einfach wie möglich macht, sich zu engagieren. Die Landesagentur Demenz Schleswig-Holstein ist so eine zentrale Anlaufstelle: Interessierte können anrufen oder per E-Mail Kontakt aufnehmen. Sie werden an eine Organisation in ihrer Nähe, beispielsweise die örtlichen Alzheimer Gesellschaften, Arbeiterwohlfahrt oder das Diakonische Werk, vermittelt, die die freiwilligen Helfer gemäß ih-

ren Vorstellungen und Fähigkeiten einsetzen. Wollen sie ein eigenständiges Angebot organisieren, dann bietet die Landesagentur entsprechende Beratung, Unterstützung und Fortbildung. In Schleswig-Holstein engagieren sich zurzeit rund 400 Ehrenamtliche in über 90 niedrigschwelligen Betreuungsangeboten. Ohne Ehrenamtliche wäre das Versorgungsproblem viel größer.

Ausbildung für Ehrenamtliche

Die Vorbereitung durch Qualifizierung und anschließende kontinuierliche Fortbildung ist eine wichtige Voraussetzung, damit die ehrenamtlichen Helfer zweckmäßig und sinnvoll arbeiten können. Die Landesagentur bildet Freiwillige, die Menschen mit Demenz betreuen wollen, im Umfang von mindestens 20 Stunden aus und organisiert regelmäßig Workshops zum Krankheitsbild und dem Umgang damit. So entsteht eine Basis, auf der die Ehrenamtlichen in ihrer Tätigkeit aufbauen können. Die Ausbildung verringert eine eventuell bestehende Unsicherheit und befähigt die Ehrenamtlichen dazu, selbstbewusst und mit Vorwissen in die Demenzbetreuung zu gehen.

Knotenpunkt im Netzwerk

Für die lokalen Organisationen ist die Landesagentur Demenz ein Knotenpunkt in Schleswig-Holstein, bei dem die Fäden zusammenlaufen. In landesweiten Veranstaltungen treffen sich die vorhandenen Anbieter, um Erfahrungen auszutauschen und



Ehrenamtliche in der Demenzbetreuung

sich gegenseitig zu helfen. Häufig werden Fachkräfte aus der Pflege oder Betreuung zu den Veranstaltungen eingeladen, damit sie die ehrenamtlichen Helfer professionell beraten und fortbilden können.

Auch in Versicherungsfragen und in Sachen Öffentlichkeitsarbeit steht die Landesagentur beratend zur Seite. Ehrenamtliche können von den langjährigen Erfahrungen und dem landesweiten Netzwerk profitieren. So wird bei einem Engagement in der Demenzbetreuung meist eine schriftliche Vereinbarung aufgesetzt, die die Verantwortungsfrage klärt. Ehrenamtliche sind über die lokale Organisation versichert oder bekommen klare Empfehlungen zum Versicherungsschutz, wenn sie selbst eine Gruppe aufbauen möchten. Öffentlichkeitsarbeit funktioniert über das Netzwerk. Die Organisationen empfehlen sich untereinander weiter, verlinken sich im Internet oder geben Tipps, wenn es beispielsweise um die Erstellung von Informationsmaterial geht.

Swen Staack,
Landesagentur Demenz,
www.landesagentur-sh.de

Die Universität als Unternehmen

In Deutschland wird häufig bemängelt, dass die Universitäten sich nicht als Unternehmen verstehen. Angesichts der finanziellen Lage der Bundesländer, die die Universitäten heute tragen, ist eine Partnerschaft mit der Wirtschaft oft unumgänglich. Dies ist nicht für alle Fakultäten gleichermaßen einfach. Das Beispiel TANDEM aus dem Bereich Medizintechnik zeigt, wie es gehen kann.

Die Fachhochschule Lübeck hat ihre Labore der Medizintechnik räumlich konzentriert und in einem gemeinsamen Gebäude mit der Universität zu Lübeck untergebracht. Das neu gegründete Kompetenzzentrum TANDEM (Abkürzung für Center for Technology and Engineering in Medicine) bündelt die Fachkompetenzen im Bereich Medizintechnik von der Universität zu Lübeck und der Fachhochschule Lübeck. Dieses Projekt wird im Rahmen des Zukunftsprogramms Wirtschaft des Landes Schleswig-Holstein mit Mitteln aus dem Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) der Europäischen Union gefördert.

Kompetenzdreieck

In TANDEM kooperieren zwölf Institute, Labore und Kliniken von Universität, Fachhochschule und Universitätsklinikum mit ihrem Know-how und ihrer Expertise, um die neuesten Technologien schneller für Patienten nutzbar zu machen. Dieses Kompetenzdreieck kombiniert theoretische Tiefe, Erfahrung in der Anwendung und klinisches Know-how und sichert damit optimale, „transferierbare“ Forschungsergebnisse. Die Zusammenarbeit findet in einzelnen Projekten statt, in denen die Projektleitung jeweils mit einem Mitglied der Universität und mit einem der Fachhochschule besetzt ist. Diese Doppelspitze hat den Vorteil, dass die Projekte sowohl von der Forschungstiefe einer Universität als auch der Anwendungsorientiertheit einer Fachhochschule profitieren können.

Für das Gesamtprojekt TANDEM gibt es eine Dachstrategie, die die Ausrichtung der Projekte steuert. So sind manche Projekte eher wissenschaftlich orientiert, um langfristige Forschungsergebnisse zu liefern,

die für den Gesundheitssektor interessant sind. Andere werden stärker in Richtung Anwendung entwickelt, um schnell Ergebnisse zu liefern, die direkt vermarktet werden können. Ein eher wissenschaftliches Projekt ist die „In-Silico-Modellierung von Tumorwachstum“. In dem Projekt wird ein realistisches Modell von Tumorwachstum entwickelt, um der Medizin zusätzliche Informationen über die Entwicklung des Tumors zu liefern. Das Modell erlaubt es, abzuschätzen, wie stark und in welche „Richtung“ ein Tumor in welcher Zeit wachsen wird.

Ein Beispiel, das anwendungsorientierte Ergebnisse liefern soll, ist die „hochauflösende funktionelle elektrische Impedanztomographie (EIT)“. Die EIT ist ein recht neues nicht invasives Bildgebungsverfahren ohne Strahlenbelastung. Es dient dazu, Gewebeveränderungen wie beispielsweise Wucherungen oder Tumore sichtbar zu machen. Innerhalb des Projektes soll die bisherige Methode verfeinert werden, um noch genauere Bilder zu ermöglichen. Die verbesserte Methode soll daraufhin am Markt platziert werden.

Technologietransfer

Die an das Kompetenzzentrum TANDEM angegliederte Organisation MEDISERT (Abkürzung für Medical Services and Technology) sichert den professionellen Transfer in die Wirtschaft. Hier spricht man sowohl die Sprache der Wirtschaft als auch die der Forschenden und ermöglicht damit eine effiziente Kommunikation und Zusammenarbeit. Projektmanagement, Fragen der Entgelte für Dienstleistungen und Auftragsforschung sowie Lizenzierungen und Patentübertragungen sollen hier einheitlich in Kooperation mit der Patent- und Verwertungsagentur für die

wissenschaftlichen Einrichtungen in Schleswig-Holstein GmbH (PVA) geregelt werden, sodass die Hochschulen gegenüber den Unternehmen als starker Partner auftreten können. Die Unternehmen ihrerseits können auf umfassende Kompetenz, exzellente Ausstattung sowie ein starkes Team aus ausgewiesenen Experten zählen.

Auch die Vermarktung sowohl der anwendungsorientierten Ergebnisse, also der Produkte, als auch der Forschungsergebnisse beispielsweise durch Teilnahme an Wettbewerben wird durch MEDISERT geleistet.

Wachstumsfeld

Medizintechnik ist eines der wichtigsten Wachstumsfelder der Zukunft und die deutsche Wirtschaft ist hier sehr gut positioniert – insbesondere auch in Schleswig-Holstein. Jetzt geht es darum, die Schlüsselinnovationen in diesem Markt für die deutsche Wirtschaft zu sichern. Dies wird nur gelingen, wenn Forschung und Industrie gemeinsam die Zukunftsfelder besetzen. Die Universität zu Lübeck hat ihre Infrastruktur genau daraufhin optimiert: Die Technisch-Naturwissenschaftliche Sektion arbeitet auf einem Campus eng mit der Medizinischen Sektion zusammen, sodass technologische Fortschritte neue Wege in der Medizin eröffnen und umgekehrt auch bisher unlösbare Fragestellungen der Medizin alternative technische Lösungen erzwingen. Auf dieser Grundlage baut TANDEM auf.

Prof. Thorsten M. Buzug, Direktor des Instituts für Medizintechnik, Universität zu Lübeck und Sprecher von TANDEM, und Dipl.-Phys. Kanina Botterweck, Scientific Business Manager von TANDEM-MEDISERT, <http://tandem.medisert.de>



Zentrum für Gesundheit und Diakonie



Von der Berufung und Profession zum Arzt und Manager

Der Arztberuf im Wandel der Zeit

Seit alters her befasst sich der Arzt mit der Diagnose und Therapie von Erkrankungen. Zudem wird der Arztberuf schon immer in hohem Maße mit „Berufung“ und „Profession“ assoziiert: Altruismus, Leistungsbeurteilung, Fortschrittsorientierung, Entscheidungs- wie Handlungsautonomie, aber vor allem: am Ende des Tages zu wissen, Menschen geholfen zu haben, sich besser zu fühlen, neue Hoffnungen gegeben und das Leben wieder ein Stück lebenswerter gemacht zu haben; diese einzigartige Faszination bestärkt mich tagtäglich in der Überzeugung, in der Wahl des Arztberufes die einzig richtige Entscheidung getroffen zu haben.

Jedoch wandelt sich das Berufsbild gegenwärtig dramatisch: lange Arbeitszeiten, hoher und zermürender Dokumentations- wie Verwaltungsaufwand, wachsende Arbeitsintensität, fehlende Zeit für die Patienten und viele Dinge mehr.

Immer noch Arzt aus Berufung? – Eindeutig ja! Verbunden mit der Verantwortung und Herausforderung, diesen Beruf unter den veränderten Rahmenbedingungen weiterentwickeln zu können.

Auf meinem Weg vom Kliniker zum Krankenhausmanager erlebe ich tagtäglich die vielfältigen Facetten, die diesem Berufs-

bild unverändert immanent sind: „Arzt zu sein, lässt mich nicht los!“

Auch wenn mancher glaubt, ich hätte die Seiten gewechselt.

Gestaltung durch Erfahrung, Wissen und Innovation ist meine Aufgabe – meine Berufung – und dafür stehe ich in meiner jetzigen Position genauso ein wie in meiner längjährigen klinischen Tätigkeit.



Doch wo bleiben heute die Menschen – Patienten wie Mitarbeiter – zwischen all der Medizin und Ökonomie?

In einem renditeorientierten Gesundheitsmarkt ist es für mich von größter Wichtig-

keit, dass ich meine Vorstellungen eines modernen Medizinmanagements bei einem konfessionellen Träger, der DIAKO in Flensburg, einbringen kann: Ich möchte einen Beitrag dazu leisten, dass sich die christliche Werteorientierung nicht nur auf persönliche Werthaltungen und Überzeugungen beschränkt, sondern im Krankenhausalltag sichtbar und wirksam wird.

Die Balance zwischen Medizin, Ökonomie und Diakonie herzustellen ist für mich als Arzt, Manager und bekennender Christ die ultimative Herausforderung – die wahre Berufung!

Dr. med. Christian Peters (M.Sc.), Ärztlicher Direktor und Vorsitzender der Leitung des Flensburger Diakonissenkrankenhauses

DIAKO Flensburg

Knuthstraße 1
24939 Flensburg

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

servicecenter@diako.de
www.diako.de

Eine sichere Sache

Ärztin und zugleich Mutter zu sein, ist für viele Medizinerinnen nicht leicht. Ob im Studium oder in der Facharztweiterbildung: Stets ist die „ganze Frau“ gefragt. Auch im späteren Berufsalltag in Klinik oder Praxis lassen sich Familie und Arztberuf nicht immer leicht vereinbaren. Eine Möglichkeit, den Anforderungen von Beruf und Familie zugleich gerecht zu werden, bieten Medizinische Versorgungszentren – medizinische Einrichtungen, in denen Ärztinnen und Ärzte angestellt arbeiten.

Nach einer langen Aus- und Weiterbildung – Abitur in Marne/Dithmarschen, Medizinstudium in Kiel, Arzt im Praktikum in Brunsbüttel, fachärztliche Weiterbildung in Itzehoe – kam 1999 unser Sohn zur Welt. Baby und Beruf – beides zugleich ging für mich nicht, ich zog mich daher zunächst aus dem Berufsleben zurück. Um den Kontakt zur Arbeitswelt, vor allem zu den Kolleginnen und Kollegen, zu halten, übernahm ich regelmäßig Urlaubsvertretungen in gynäkologischen Praxen in den Kreisen Steinburg und Dithmarschen. Später arbeitete ich einmal wöchentlich in einer Praxis in Wilster. Somit konnte ich die Entwicklungen in der Medizin stets verfolgen und meine Kenntnisse in Fortbildungen weiter vertiefen.

Arbeiten als Angestellte

Das war die Situation bis zur Gründung des Medizinischen Versorgungszentrums Brunsbüttel (MVZ). Ein Schwerpunkt dieses MVZ ist das gynäkologische Zentrum, in dem auch zwei niedergelassene Ärzte aus der Region ihre Kassensitze haben. Für mich war dies die Chance, meine beruflichen Aktivitäten in der Nähe meines Wohnortes auszuweiten. Mir wurde ein hohes Maß an Flexibilität in der Gestaltung der Arbeitszeit geboten. So kann ich als vielfach engagierte Mutter meinen Sohn, der noch in die Grundschule geht, ohne wesentliche Abstriche selbst betreuen, was für mich unter anderem auch das Engagement in der Schule miteinbezieht.

Im MVZ bin ich vor allem für zwei Bereiche, die meinen fachlichen Interessen entsprechen, zuständig. Zum einen halte ich eine gut frequentierte Teenager-Sprechstunde

einmal pro Woche und zum anderen eine allgemeine gynäkologische Sprechstunde. Die zuständigen Ärzte innerhalb des frauenärztlichen Bereichs des MVZ vertreten und beraten sich gegenseitig.



Die Herausforderung: Familie und Beruf unter einen Hut bringen.

Zahlreiche Vorteile

Heute, nach einigen Monaten als angestellte Frauenärztin am Medizinischen Versorgungszentrum Brunsbüttel, freue ich mich immer noch über die zahlreichen Vorteile, die mir das Arbeiten als angestellte Ärztin bietet:

- Selbstständiges Arbeiten, ohne das hohe wirtschaftliche Risiko, das mit einer eigenen Praxis verbunden ist
- Soziale Absicherung über den Arbeitgeber, Beiträge zur Sozialversicherung, Krankenkasse und Haftpflichtversicherung
- Flexible Arbeitszeiten mit der Möglichkeit, die Stundenzahl nach Wunsch zu erhöhen
- Wahl der Arbeitsschwerpunkte in Absprache mit den Kolleginnen und Kollegen
- Konzentration auf ärztliche Tätigkeiten; wirtschaftliche und administrative Arbeiten werden weitgehend von Fachangestellten oder der Verwaltung des MVZ übernommen

- Gesicherte Vertretung in Krankheitsfällen und im Urlaub
- Keine Nachtdienste, Schichtarbeit beziehungsweise Rufbereitschaft

Ich denke, dass das Medizinische Versorgungszentrum Ärzten eine sehr gute Möglichkeit bietet, bei flexibler Arbeitszeitgestaltung und sozialer Absicherung ihrem Beruf nachzukommen. Besonders wertvoll finde ich den stetigen fachlichen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen: Insgesamt arbeiten allein im gynäkologischen Zentrum des MVZ sechs Fachärztinnen und -ärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe mit unterschiedlichen Spezifikationen; auch der Chefarzt der Frauenklinik des Westküstenklinikums Heide ist im MVZ tätig.

Fazit

Für Ärztinnen, die Mütter sind und ihren Beruf nicht aufgeben möchten, ist eine Anstellung in einem MVZ eine gute Option. Grundsätzlich ist es für jede Mutter (und auch Väter) nicht einfach, Familie und Beruf „unter einen Hut“ zu bringen. In kaum einem Beruf ist es jedoch so schwierig wie bei Ärztinnen. Anstrengende Schicht- und Bereitschaftsdienste in Kliniken sind dabei ebenso familienfeindlich wie das wirtschaftliche Risiko einer eigenen Praxis mit dem Zwang zu großen Fallzahlen und einem hohen administrativen Aufwand. Wenn eine Ärztin ihre Kinder nicht im Hort oder von einer Tagesmutter betreuen lassen will, ist sie daher mit einer Stelle im MVZ gut beraten.

Dr. Susann Billig,
Fachärztin für Gynäkologie

Die große Freiheit

Zahlreichen Ärztinnen mit Kindern scheint eine gelungene Work-Life-Balance eher mit einer angestellten Tätigkeit zu gelingen. Dies geht jedoch mit mehr oder weniger starren Vorgaben, wie die dort praktizierte Medizin auszusehen hat, einher. Eine eigene Praxis bedeutet sicherlich viel Arbeit, aber auch viel Freiheit.

Nachdem ich mich zehn Jahre lang in verschiedenen Krankenhäusern Norddeutschlands neben weit über tausend freudigen Ereignissen in Form von Geburten doch überwiegend den mehr oder weniger schweren Frauenenerkrankungen gewidmet habe, bin ich seit Mai 2005 in eigener Privatpraxis für Frauenheilkunde und Naturheilverfahren niedergelassen.

Die offensichtlichen Vorteile liegen auf der Hand: Nicht mehr nachts um 3:10 Uhr von einer freundlichen Hebamme mit den Worten „Frau Meyer entbindet lauthals in der Badewanne, das Kind kommt gleich, komm doch mal dazu“ geweckt zu werden, hat etwas für sich. Die Arbeit in der Klinik hat mir immer viel Freude gemacht, aber meine Arbeitszeiten selber bestimmen zu können und nicht mehr im Dienstzimmer einer Klinik zu übernachten, ist wunderbar.

Patientinnen begleiten

Im Krankenhaus erlebte ich Patientinnen oft über kurze Zeit sehr intensiv, häufig in krisenhaften Situationen bei Operationen oder schweren Diagnosen. Menschen über einen längeren Zeitraum zu begleiten, Entwicklungen zu verfolgen und Frauen zu ermutigen, Verantwortung für ihren Körper und ihre Gesundheit selbst in die Hände zu nehmen, zum Beispiel mit Brustselbstuntersuchungen an Silikonmodellen, ist mir heute eine weitaus größere Freude. Die bewusste Entscheidung, den Schwerpunkt meiner Arbeit zur Frauengesundheit zu verlegen, Frauen in natürlichen Prozessen wie der Wechselzeit zu begleiten und mit Ernährungsberatung, Homöopathie und Heilpflanzen die Selbstregulationskräfte anzuregen, wenn der Monatszyklus aus dem Rhythmus

gerät oder ein erwünschtes Kind auf sich warten lässt, erlebe ich als sehr bereichernd.

Selbst und ständig

Ein Nachteil der Selbstständigkeit, den ich vor allem am Anfang meiner Zeit als Praxisinhaberin stark empfunden habe, ist der, „selbst und ständig“ für alle Belange meines Betriebes zuständig zu sein. Heute das Telefonat mit dem Elektriker, morgen das Steuerbüro und der IT-Spezialist – da sehne ich mich manchmal zurück nach der Zeit, in der im Operationssaal milde über die Bewohner der „Teppichetage“ (sprich: Verwaltung – dort müssen die Böden nicht wischbar und desinfektionsmittelfest sein) gespottet wurde. Aber doch waren alle froh, das von dort aus die Lohnfortzahlung für die kranke Kollegin, die Beantragung von Ausgleichszahlungen bei der Umlagekasse bis hin zu Ausschreibungen für Geräteanschaffungen und vieles mehr geregelt und in die Wege geleitet wurde.

Auf die unternehmerische Seite als Praxisinhaberin und das Thema der Selbstorganisation fühlte ich mich durch das Studium und die Facharzt Ausbildung nicht gut vorbereitet. Vieles ist noch immer Learning by doing, und manche Entscheidung ging mit teuer bezahltem Lehrgeld einher. Mir selbst Strukturen geben und mich um alles kümmern zu müssen, oder zumindest Personal zu finden und einzuarbeiten, an das ich bestimmte Aufgaben delegieren kann, zwingt mich aber auch dazu, Prozesse genau anzusehen und immer wieder zu überlegen, wie ich diesen Bereich gestalten möchte. Mittlerweile erlebe ich diesen Aspekt eher als Vorteil und spannendes Feld.

Medizin wird weiblich

2007 absolvierten mit 54,8 Prozent erstmals mehr Frauen als Männer ihr Medizinstudium und bei einem Berufsmonitoring von Medizinstudenten lagen die Studienanfängerinnen mit 64 Prozent deutlich vorne.

Ein russisches Sprichwort sagt: „Wo das Geld ist, sind die Männer, wo die Arbeit ist, da sind die Frauen.“ In den Ländern des ehemaligen Ostblockes ist der dort schlecht bezahlte Arztberuf seit Langem eine Domäne der Frauen. Könnte es nicht auch sein, dass in Zeiten der stärkeren Ökonomisierung der Medizin und des steigenden Druckes von Seiten der Politik und der Krankenversicherungsträger eine Verschiebung zu einem höheren Frauenanteil darin begründet ist, dass die Karriere- und Verdienstmöglichkeiten sich ändern und mehr Männer diese Berufsoption unattraktiv finden?

Ich habe mich sehr bewusst mit einer Privatpraxis für Frauenheilkunde und Naturheilverfahren niedergelassen, um eine individuelle, frauenorientierte Medizin mit viel Zeit für ärztliche Gespräche, zum Beispiel für Verhütungsberatung, leben zu können. Mittlerweile arbeite ich im Team mit zwei Physiotherapeutinnen, einer Krankenschwester, einer Mamma-Care-Trainerin und Kneipp-Gesundheitsberaterin, einer Sport- und Entspannungspädagogin sowie einer Sekretärin, um unsere Patientinnen umfassend zu begleiten. So zu arbeiten ist täglich eine Freude und ich würde mich jederzeit wieder für den Schritt in die Selbstständigkeit entscheiden.

Dr. Dorothee Struck,
selbstständige Gynäkologin,
www.frauengesundheit-kiel.de

Seit dem 1. August 2006 ersetzt das neue Berufsbild Medizinische Fachangestellte die bisherige Arzthelferin. Besonderes Qualitätsmerkmal dieser Ausbildung in Schleswig-Holstein ist die überbetriebliche Ausbildung im Edmund-Christiani-Seminar, der Berufsbildungsstätte der Ärztekammer Schleswig-Holstein.

Freitag, 28. August 2010, 15:30 Uhr: Inka Wolter ist ein Jahr nach Abschluss ihrer Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten (MFA) wieder im Edmund-Christiani-Seminar (ECS). 2006 hatte sie als eine der Ersten einen Ausbildungsvertrag zur MFA unterschrieben; sie wollte schon immer „mit Menschen arbeiten“. Damals war die Ausbildung zur Arzthelferin von der neuen Ausbildungsverordnung zur MFA abgelöst worden. Den überbetrieblichen Ausbildungsteil hatte sie im ECS absolviert, wo auch ihre praktische Abschlussprüfung stattfand. Die Ausbildung hat sie mit „sehr gut“ abgeschlossen und ein Stipendium der Begabtenförderung berufliche Bildung bekommen.

Veränderte Anforderungen

Entwickelt wurde die Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten als eine Antwort auf die veränderten medizinischen, technischen, strukturellen und wirtschaftlichen Anforderungen in der ambulanten Patientenversorgung. Dabei wurde die bewährte Gleichgewichtung der Ausbildungsanteile in den Bereichen Behandlungsassistenz und Betriebsorganisation/-verwaltung weitgehend beibehalten. Im medizinischen und technischen Bereich wurden die Inhalte erweitert und an die Anforderungen einer modernen, qualitativ hochwertigen Patientenversorgung angepasst. Ziel ist nach wie vor die „Allroundkraft“, die in allen medizinischen Bereichen und Betrieben einsetzbar ist und in großer Zahl in Schleswig-Holstein gesucht wird.

Zukünftige Fachkräfte

Im Jahr 1986 gründete die Ärztekammer mit dem Edmund-Christiani-Seminar eine Berufsbildungsstätte mit angeschlossenen Internat,

um Ärztinnen und Ärzte bei der Ausbildung von Arzthelferinnen zu unterstützen. Mit einem Team von zehn fest angestellten Ausbilderinnen und inzwischen 25-jähriger Erfahrung ist das ECS das Kompetenzzentrum in Norddeutschland.

In jedem Ausbildungsjahr kommen alle MFA-Auszubildenden des Landes mindestens für eine Woche zur überbetrieblichen Ausbildung zusammen. In dieser Zeit werden zentrale fachliche Inhalte erläutert und praktische Tätigkeiten geübt, die in einzelnen Arztpraxen nicht vollständig vermittelt werden können. So kann man beispielsweise in einer augenärztlichen oder psychiatrischen Praxis nicht lernen, wie man den Blutzucker bestimmt oder EKGs geschrieben werden.

Durch intensives Üben in Partnerarbeit und handlungsorientierte Aufgabenstellungen in den sehr gut ausgestatteten Fachräumen des ECS wird es möglich, dass alle Auszubildenden die grundlegenden Tätigkeiten ihres Berufes erlernen können.

Zusätzliche überbetriebliche Lehrgänge gibt es für Auszubildende aus nicht allgemeinmedizinisch orientierten Fachpraxen, damit diese einen erhöhten Übungsanteil haben. Letztlich trägt diese überbetriebliche Angebotspalette dazu bei, dass dem schleswig-holsteinischen Gesundheitswesen sehr gut ausgebildete Fachkräfte zur Verfügung stehen.

Im Sinne des lebenslangen Lernens und aufgrund der dynamischen Entwicklung im Gesundheitswesen ist es immer wieder notwendig, bestehendes Wissen aufzufrischen beziehungsweise neues Fachwissen zu erlernen. Hierfür veranstaltet das



Quelle: Deutscher Ärzteverlag

Ein Beruf mit Zukunft: die Medizinische Fachangestellte

ECS eine Vielzahl von berufsbegleitenden Fortbildungen für Fachkräfte.

Aufstiegsfortbildung

Neben den tageweisen Fortbildungen bietet das ECS auch Lehrgänge zur Erlangung einer neuen Qualifikation an. Dabei hat die staatlich anerkannte Aufstiegsfortbildung zur „Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen“ eine bundesweit positive Resonanz und Anerkennung erfahren und wird inzwischen auch von Kammern anderer Bundesländer angeboten. Der Kurs richtet sich an Personen mit einer Ausbildung in einem Gesundheitsberuf und Berufserfahrung. Der Abschluss eröffnet sogar den Weg zum Studium an einer Fachhochschule.

Auch Inka Wolter hat sich entschlossen, sich in den kommenden zwei Jahren zur Betriebswirtin weiterzubilden. Ihr nächstes Ziel: eine Managementfunktion in einem Medizinischen Versorgungszentrum. Sie möchte lernen, wie sie „die betriebswirtschaftlichen Ziele von Arztpraxen oder anderen Versorgungseinrichtungen in enger Abstimmung mit der ärztlichen Leitung realisieren und eigenverantwortlich Führungs- und Managementaufgaben übernehmen“ kann. Und heute beginnt die Weiterbildung.

Sabina Baraucke, Koordinatorin der überbetrieblichen Ausbildung im Edmund-Christiani-Seminar der Ärztekammer Schleswig-Holstein, www.aeksh.de/ecs

► OPERATIONSTECHNISCHE/R ANGESTELLTE/R (OTA)

In früheren Jahren wurden in den Operationssälen (OPs) Schleswig-Holsteins überwiegend OP-Schwestern oder -Pfleger eingesetzt. OP-Schwester oder -Pfleger konnten ausgebildete Krankenschwestern/-pfleger werden, die eine mehrjährige Berufserfahrung vorweisen konnten und eine Zusatzqualifikation für den OP-Bereich erworben hatten. Dies war ein langer Weg zu einer dringend benötigten Fachkraft.

Neuer Beruf: OTA

Seit 2004 gibt es in Schleswig-Holstein die duale Ausbildung zur Operationstechnischen Angestellten (OTA) nach dem Berufsbildungsgesetz und der Verordnung des Landes Schleswig-Holstein. Sie ist durch das zeitliche Nebeneinander in Schule und Betrieb gekennzeichnet. OTAs werden über drei Jahre speziell für die Arbeit im OP ausgebildet und erhalten dafür vom Ausbildungsbetrieb eine Vergütung. Der Umweg über die Krankenpflegeausbildung und die anschließende Weiterbildung entfällt.

Ausbildungsinhalte und -struktur

Die Ausbildung bündelt das notwendige organisatorische, technische und pflegerische Fachwissen. Die praktische Ausbildung in Krankenhäusern oder in ambulanten Operationszentren wird durch eine überbetriebliche Ausbildung ergänzt. Die theoretische Ausbildung findet in der Landesberufsschule in Heide statt. Die Ausbildung schließt nach erfolgreicher Prüfung vor der Ärztekammer Schleswig-Holstein mit einem staatlich anerkannten Abschluss ab.

In der Berufsschule lernen die Auszubildenden berufsbezogene Inhalte der Chirurgie, der Anatomie, der Physiologie und Pathologie. Aber auch berufsübergreifende Fächer wie Politik oder lateinische Terminologie stehen auf dem Lehrplan.

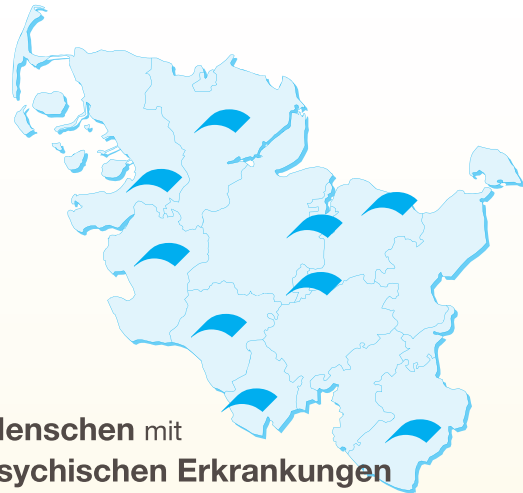
In der Praxis assistieren die Auszubildenden zunehmend selbstständig bei OP-Tätigkeiten in verschiedenen chirurgischen Fachgebieten und -abteilungen.

Im Rahmen der überbetrieblichen Ausbildung trainieren die angehenden OTAs Arbeitsabläufe im Übungs-OP. Insgesamt vier dieser praxisnahen „Intensivkurse“ absolvieren die Auszubildenden, um unter anderem den „OP-Tisch-Führerschein“ zu erlangen.

Weitere Informationen gibt es auf www.aeksh.de unter „Medizinische Assistenzberufe“.



Brücke SH



Menschen mit psychischen Erkrankungen

bietet die gemeinnützige Brücke Schleswig-Holstein verlässliche und wohnortnahe Hilfen



ZUKUNFTSprogramm Arbeit
Investition in Ihre Zukunft

Job 4000



mehr ... www.bruecke-sh.de



Integrierte Versorgung psychische Gesundheit –

gern informieren wir Sie

Ruf (04 31) 9 82 05-0

Brücke Schleswig-Holstein gGmbH
Landesgeschäftsstelle
Muhliusstraße 94
24103 Kiel



DER PARITÄTISCHE
UNSER SPITZENVERBAND

Modellprojekt HELVER

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung wird ein Nachfrageanstieg nach medizinischen Leistungen erwartet. Zudem treten in den nächsten Jahren überdurchschnittlich viele niedergelassene (Haus-)Ärzte in den Ruhestand, sodass ein Mangel absehbar ist. Eine Weiterentwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten des Flächenlandes Schleswig-Holstein ist notwendig.

Kirsten Utz, Arzthelferin in der Arztpraxis Burhenne/Dr. Schmitz in Nortorf kommt von einem Hausbesuch in die Praxis zurück. Seit ihrer Teilnahme am Modellprojekt HELVER – Arzthelferinnen in der ambulanten Versorgung – gehören regelmäßige Hausbesuche zu ihren festen Aufgaben.

Das Modellprojekt HELVER richtete sich an (Haus-)Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein, die sich vorstellen konnten, von ihnen ausgewählte Versorgungsaufgaben bei Hausbesuchen – insbesondere älterer und chronisch kranker Patienten – an Mitarbeiter/-innen ihrer Praxis zu delegieren. Dazu kann beispielsweise Blutdruck messen, Wunden kontrollieren, aber auch die Erhebung des Funktions- und Fähigkeitsstatus beim Patienten gehören.

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein hat das Projekt im Auftrag der Versorgungsforschung der Bundesärztekammer durchgeführt, ideell und finanziell vom Gesundheitsministerium in Schleswig-Holstein unterstützt.

HELVER-Fortbildung

Im Rahmen des Modellprojekts wurden zunächst berufserfahrene Arzthelferinnen wie Kirsten Utz auf die neuen Aufgaben vorbereitet. Sie nahmen dazu an einer speziell konzipierten Fortbildung im Edmund-Christiani-Seminar der Ärztekammer teil.

Die Fortbildungseinheiten behandelten „Patientenbegleitung und Koordination“ und die „ambulante Versorgung älterer Menschen“ mit den Bausteinen häufige Krankheitsbilder und typische Fallkonstellationen, geriatrisches Basisassessment,

Hausbesuche, Versorgungsmanagement und Wundmanagement.

Zusätzlich wurden im Rahmen der Fortbildung Hausbesuche gemacht, die von den Ärzten, den HELVER-Teilnehmer/-innen und ihren Patienten evaluiert und dokumentiert wurden. Die Dokumentation der Tätigkeiten und der Patientenbewertungen fließt in eine Studie ein. Ziel dieser Studie ist, festzustellen, wie die Fortbildung vom Fachpersonal angenommen wurde, ob die erlernten Inhalte dem delegierenden Arzt und seinen Patienten nützlich sind und wie sich ein erweiterter Handlungsspielraum auf die Zufriedenheit der Ärzte, der Arzthelferinnen und insbesondere der betreuten Patienten auswirkt. Der Abschlussbericht wurde Ende 2010 vorgelegt.

Gute Erfahrungen mit HELVER

Jan Burhenne als verantwortlicher Arzt ist von den bisherigen Ergebnissen in seiner Praxis überzeugt: „Ich freue mich, dass ich in meiner Arbeit entlastet werde, indem ich Aufgaben delegiere. Ich bin mir sicher, dass meine bisherigen Aufgaben in kompetenten Händen sind. Die Weiterentwicklung der Praxisorganisation und die Zusammenarbeit im Team sind nach der Teilnahme an HELVER absolut positiv.“ Insbesondere das Plus an Kommunikation mit den Ärzten zeigt Kirsten Utz, „dass ich als kompetente Ansprechpartnerin akzeptiert werde. Die Fortbildung bewirkt einen intensiveren fachlichen Austausch mit den Ärzten. Es findet mehr Kommunikation auf Augenhöhe statt und ich kann die Ärzte wirklich entlasten. Diesen fällt es umso leichter, weitere Aufgaben an mich zu delegieren.“

Für Kirsten Utz hat sich die Teilnahme am HELVER-Projekt gelohnt: „Ich freue mich, mehr Verantwortung übernehmen zu können und auch außerhalb der Praxis mitzuhelfen, insbesondere unsere älteren Patienten gut zu versorgen.“

Vom Modellprojekt zur Zusatzqualifikation

Mit der 2009 geschlossenen Delegationsvereinbarung gemäß Paragraph 87 Absatz 2b (Sozialgesetzbuch V) ist die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit des Patienten in Abwesenheit des Arztes verankert worden. Dies ist die Basis für die neue Zusatzqualifikation „nicht-ärztliche Praxisassistentin“, in der sich sämtliche Fortbildungsinhalte des Modellprojekts HELVER wiederfinden. Voraussetzung für die Zusatzqualifikation „nicht-ärztliche Praxisassistentin“ ist ein qualifizierter Berufsabschluss als Medizinische Fachangestellte/Arzthelferin oder als Krankenschwester/-pfleger und eine mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer hausärztlichen Praxis. Zudem müssen theoretische Fortbildungen zu den Themen Berufsbild, Notfallmanagement, medizinische Kompetenz, Kommunikation/Dokumentation sowie eine praktische Fortbildung in Form von Hausbesuchen absolviert werden. Der Umfang der nachzuweisenden Fortbildungsstunden richtet sich nach der Dauer der bisherigen Berufstätigkeit.

Volker Warneke, Bildungsreferent der Ärztekammer Schleswig-Holstein, www.aeksh.de



Ihr Gesundheitspartner 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**.



Das Flensburger (Erfolgs-)Modell

So unterschiedlich die derzeit vier Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege auf den ersten Blick auch sein mögen, eine wesentliche Gemeinsamkeit hat sie an der Ev.-Lutherischen Diakonissenanstalt (DIAKO) in Flensburg zusammengebracht: der Wunsch nach Vereinbarkeit von Familie und Ausbildung.

Eine der Auszubildenden ist Annette Petersen, 42 Jahre, verheiratet, Mutter von drei Kindern im Alter von elf, zwölf und 15 Jahren. Die ausgebildete Apothekenhelferin hat in der Zeit, als die Kinder klein waren, nicht gearbeitet. Ihren lang gehegten Wunsch, eine Ausbildung in der Pflege zu absolvieren, wollte sie später verwirklichen. Eine Ausbildung in der traditionellen Form hätte sie aber zu diesem Zeitpunkt nicht machen können, denn auch etwas ältere Kinder und Jugendliche brauchen Zeit und Zuwendung. Ein gutes Beispiel für die große Herausforderung, Familie und Beruf unter einen Hut zu bekommen.

Die Diakonissenanstalt zu Flensburg leistet zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf einen entscheidenden Beitrag. Gemeinsam mit dem Ökumenischen Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen gGmbH, der Beratungsstelle „Frau & Beruf“ und dem Projekt „Ausbildung in Teilzeit“ (alle in Schleswig-Holstein angesiedelt) wurde ein stundenreduziertes Angebot für eine Teilzeitausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege erarbeitet. Der erste Kurs dieser Art in Schleswig-Holstein begann im Oktober 2009.

Mit Familie in die Teilzeitausbildung

Eine der großen Herausforderungen ist es, einem steigenden Pflegebedarf gerecht zu werden, denn immer mehr alte Menschen mit chronischen Erkrankungen und möglichen Demenzercheinungen müssen kurzfristig und akut versorgt werden. Zugleich stellt sich die Frage, wer künftig die erforderliche Pflege leisten kann: Die Zahl der Bewerberinnen, die für den Beruf aufgrund ihrer persönlichen und sozialen Kompetenzen geeignet sind,

ist rückläufig. Sie wird in den Zeiten geburtenschwacher Jahrgänge noch weiter abnehmen.

Die Einführung der Teilzeitausbildung spricht Frauen an, die sich noch in der Familienphase befinden und sich beruflich neu orientieren wollen. Mit dieser Ausbildungsform können sie den Berufswunsch mit ihrer familiären Situation, die Flexibilität erfordert, verbinden. Die Frauen können ihren Beitrag zur finanziellen Sicherheit der Familie leisten. Zugleich wird ein zusätzliches Potenzial an Fachkräften aktiviert.

Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Pflegekräfte auch vor Ort bleiben und nicht nach ihrer Ausbildung abwandern, ist hoch: Die Frauen sind in der Regel sozial und familiär gebunden – sie haben einen Freundeskreis, ihre Kinder besuchen Schulen vor Ort, der Mann hat Arbeit in der Region.

Neuer Ansatz: Gesundheitsorientierung

Mit der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und KrankenpflegerIn“ trägt der Gesetzgeber den gesellschaftlichen Wandlungsprozessen Rechnung. Er verweist auf einen neuen Ansatz in der Pflege – weg von der Krankheits- hin zur Gesundheitsorientierung. Aufgabe der Pflege ist es nun, neben der Behandlung von Krankheitsfolgen ebenso die individuellen Bedingungen der Gesundheitserhaltung zu berücksichtigen. Pflege soll sich an den Bedürfnissen und dem individuellen Versorgungsbedarf orientieren. Ausdruck findet dies auch in neuen Handlungsfeldern wie beispielsweise Gesundheitsförderung, Anleitung und Beratung.

Ziel der Ausbildung ist die Erlangung beruflicher Handlungskompetenzen, das Wissen in der Mitwirkung bei

der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten. Zu den eigenverantwortlichen Aufgaben gehören die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs sowie die Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege von Menschen jeden Alters. Lernende sollen in die Lage versetzt werden, ihr Fachwissen unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation des Patienten anpassen zu können und eigene Handlungsstrategien zu entwickeln.

Die praktische Ausbildung wird in Teilzeit durchgeführt, das heißt, die Auszubildenden haben eine 24-Stunden-Woche und nehmen am Schichtdienst teil. Dabei werden die Dienstzeiten der Teilzeitauszubildenden möglichst ihren Bedürfnissen angepasst und Dienstpläne mit Rücksicht auf die benötigte Flexibilität geschrieben. Die Einteilung für Nachtschichten findet erst nach dem zweiten Ausbildungsjahr statt. Dennoch nehmen die Frauen ebenso wie die Auszubildenden in Vollzeit alle Aufgaben wahr, die zur praktischen Ausbildung gehören. Die umstrukturierte Ausbildung betrifft zunächst den praktischen Anteil; weitere Überlegungen zielen auf eine noch familienfreundlichere Stundenverteilung der theoretischen Ausbildung ab.

Wegen der reduzierten Wochenarbeitszeit dauert die Ausbildung dreieinhalb statt der üblichen drei Jahre.

Integrierte Ausbildung im „Flensburger Modell“

Die Ausbildung ist nach dem „Flensburger Modell“ integrierend strukturiert. Die DIAKO hat bereits 2003 als landesweit erste Einrichtung eine integrierte Ausbildung für die drei klassischen Pflegeberufe (Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege)



Teilzeitauszubildende Annette Petersen wird praktisch angeleitet von der Gesundheits- und Krankenpflegerin Marion Kofler (v.r.)

eingeführt. Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege und der Altenpflege lernen zu etwa zwei Dritteln der Ausbildung gemeinsam, ein Drittel wird in spezialisierenden Modulen unterrichtet. In den meisten anderen Ausbildungsgängen in Schleswig-Holstein wird noch getrennt unterrichtet. Neben den verschiedenen Abteilungen des Krankenhauses findet die praktische Ausbildung in der ambulanten Pflege, in der stationären Altenpflege sowie in psychiatrischen Fachabteilungen statt.

Das Curriculum ist nicht an Fächern, sondern an Situationen orientiert, denen sich die Auszubildenden als Angehörige einer beruflichen Praxis und als Lernende gegenübersehen.

Der Start ist geglückt: positives Feedback

Die Auszubildenden und die Initiatorinnen des neuartigen Ausbildungsganges in Teilzeit sind zufrieden. Die positiven Erfahrungen haben auch das Malteser St. Franziskus-Hospital überzeugt. Im Oktober 2010 begannen vier Frauen ihre Ausbildung in Teilzeit an der DIAKO und vier am Malteser St. Franziskus-Hospital in Flensburg.

Vorbehalte, dass das Ausbildungsniveau der Teilzeitausbildung möglicherweise nicht vergleichbar sei mit der dreijährigen Vollzeitausbildung, wurden schnell zerstreut. Bei den Ergebnissen im theoretischen Teil liegen die Teilzeitauszubildenden im oberen Viertel und auch die Rückmeldungen aus der praktischen Ausbildung sind durchweg positiv. Den vier Vorkämpferinnen wird hohes Engagement, guter Zugang zu den Patienten und Zielorientiertheit bescheinigt.

Gründe dafür liegen sicher auch in der besonderen Motivation der Auszubildenden: Sie stehen in der Mitte des Lebens und wissen, was sie wollen. Mitunter erfüllen sie sich einen langgehegten Wunsch.

Untereinander haben die Frauen ein Netzwerk entwickelt, helfen sich gegenseitig bei der Kinderbetreuung und beim Lernen.

Die Initiatorinnen dieser Teilzeitausbildung werben für die Etablierung familienfreundlicher Ausbildungswege auch in anderen Berufsfeldern wie zum Beispiel dem kaufmännischen Sektor. Sie verfolgen denselben Beratungsansatz in ihren

Organisationen: die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als wichtige Voraussetzung für eine eigenständige Lebensperspektive.

Persönliche Erfahrungen mit der Teilzeitausbildung

„Das war ein tolles Jahr und ich würde es sofort wieder machen“, sagt Annette Petersen, die durchweg positive Rückmeldungen und Unterstützung aller Beteiligten erfahren hat. Bei der Einteilung der Dienstzeiten wurde auf ihre Belange Rücksicht genommen und Einsätze konnten flexibel gestaltet werden. Die Kinder finden es prima, dass ihre Mutter wieder die „Schulbank drückt“. Natürlich klappt das nicht ohne organisatorischen Aufwand – auch Ehemann und Eltern tragen ihren Teil dazu bei.

Schwester Ulrike Hinrichsen, stellv. Pflegedirektorin, Diakonissenanstalt zu Flensburg; Frauken Laß, Schulleiterin am Ökumenischen Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen gGmbH

Vermittlerin zwischen den Ebenen

Eine Arztpraxis wurde früher in der Regel von den Arzhelferinnen und dem niedergelassenen Arzt organisiert – manchmal half dabei auch seine Ehefrau. Doch die Strukturen werden immer komplexer, der Druck zur Wirtschaftlichkeit wächst und in allen Bereichen wird es wichtiger, die Effizienz zu steigern. Die Anforderungen an die Organisation der Betriebsführung haben sich verändert. Diese Aufgaben übernehmen nun qualifizierte Fachkräfte: Praxismanagerinnen und -manager.

Die Strukturen der Arztpraxen ändern sich rasant. Ärzte tun sich zusammen, um in größeren Verbänden beispielsweise Verwaltungs- und Managementaufgaben zentral von spezifisch ausgebildetem Personal erledigen zu lassen. Aber auch in der „traditionellen“ Arztpraxis sind die Anforderungen an Professionalität und Effizienz in der Organisation gestiegen.

Diese Veränderung spiegelt sich auch in den dazugehörigen Berufen wider. So hat sich zum Beispiel das Arbeitsfeld einer Medizinischen Fachangestellten auf die Entwicklung eingestellt. In Schleswig-Holstein hat die Ärztekammer frühzeitig mit einem entsprechenden Weiterbildungsangebot auf die veränderten Rahmenbedingungen reagiert. Im Jahre 2001 begann sie – bundesweit einzigartig – mit dem Modellversuch „Weiterbildung zur Praxismanagerin“. Mittlerweile ist daraus die Aufstiegsqualifizierung zur „Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen“ mit staatlichem Abschluss geworden.

Die große Mehrheit der Kursteilnehmer ist weiblich, da ein medizinischer Ausbildungsberuf Voraussetzung für die Teilnahme ist – ein Berufszweig, der ebenfalls überwiegend von Frauen besetzt wird. Die zweite Voraussetzung ist eine zweijährige Berufserfahrung, weil die Situation in einer medizinischen Versorgungseinheit spezifisch ist.

Betriebswirtschaftliche Ziele im Team erreichen

Mit der Weiterbildung zur Praxismanagerin sollen die Teilnehmerinnen in die Lage versetzt werden, die betriebswirtschaftlichen Ziele eines Medizinischen Versorgungszent-

rums (MVZ) oder einer Arztpraxis in Abstimmung mit der ärztlichen Leitung zu realisieren. Die Praxismanagerin übernimmt eigenverantwortlich Führungsaufgaben gegenüber dem nicht ärztlichen Personal und Managementaufgaben für die Gesamtpraxis.

Der Kurs ist berufsbegleitend und dauert zwei Jahre. Die Seminare finden an Wochenenden und in zwei Wochenblöcken in Bad Segeberg im Edmund-Christiani-Seminar der Ärztekammer Schleswig-Holstein statt. Eine Förderung durch „Meister-Bafög“ und Bildungsfreistellung nach Bildungsfreistellungs- und Qualifizierungsgesetz ist möglich.

Vermittelt werden die Inhalte:

- Planung und Kommunikation
- Informations- und Kommunikationstechnologien
- Qualitäts- und Projektmanagement
- Personal- und Ausbildungsmanagement
- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Betriebswirtschaftliches Rechnungswesen und Finanzwesen

Methodisch vorgehen statt intuitiv

In all meinen früheren Tätigkeiten war ich mit Organisation und Strukturierung der Praxen beschäftigt, dort lag immer auch mein persönliches Interesse. Daher meldete ich mich sofort für den ersten Kurs des Modellversuchs. Zu diesem Zeitpunkt arbeitete ich in einer Gemeinschaftspraxis in Kiel, sodass ich meine Kenntnisse gleich praktisch anwenden konnte.

Ich war 40 Jahre alt und hatte eine Reihe von Arztpraxen kennen-

gelernt, die sehr unterschiedlich geführt wurden. Aufgrund dieser langjährigen und vielfältigen Erfahrung wusste ich – oft eher intuitiv –, wie ich die anstehenden Aufgaben lösen konnte. Doch erst in der Weiterbildung erwarb ich die Kompetenz, diese Methoden zu benennen, sie zielgerichtet und zum richtigen Zeitpunkt anzuwenden. Ich bekam darüber hinaus die Argumente an die Hand, um deren Einsatz gegenüber der ärztlichen Leitung zu begründen. Dies alles gab und gibt mir Sicherheit und ist noch heute der Schlüssel dafür, Werkzeuge wie Statistik, Kostenanalyse, Teambesprechungen, Ist-Analyse der Praxis-situation und Qualitätsmanagement einzusetzen.

Erfolgreich in die Praxis umgesetzt

Heute bin ich in einem MVZ als Praxismanagerin tätig. Hier sind die Organisation und Strukturierung des Ablaufs, die Vermittlung zwischen den hierarchischen Ebenen, Personalauswahl und -planung sowie Qualitätsmanagement meine Hauptarbeitsfelder. Die Tätigkeiten einer Praxismanagerin in dieser Position können aber je nach Bedarf des Arbeitgebers und eigenem Interesse variieren.

Die Weiterbildung zur Betriebswirtin im Gesundheitswesen war für mich der Ausgangspunkt für weitere Qualifizierungen und Zertifizierungen, so dass ich heute unter anderem auch Seminare im Qualitätsmanagement veranstalte und Einzelpraxen berate.

Ida Diestel, Praxismanagerin,
www.diestel-praxismanagement.de



— → Nähe und Vertrauen

Für die Menschen in unserem Land stellt das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein die medizinische Versorgung auf höchstem Niveau sicher und bietet ihnen das gesamte Spektrum der modernen Medizin. Mit über 70 Kliniken und Instituten in Kiel und Lübeck sind wir das größte Universitätsklinikum im Norden.

Das UK S-H steht für medizinische Exzellenz: Diagnostik und Therapien stimmen wir individuell für Sie ab, orientiert am aktuellen Stand der Wissenschaft. Dazu gehört ein enger fachlicher Austausch mit den niedergelassenen Kollegen, Krankenhausärzten und das persönliche Gespräch mit unseren Patienten. Ihr Vertrauen ist uns wichtig.

Wir wollen die Medizin in Schleswig-Holstein vernetzen und stehen als Garant für eine optimale gesundheitliche Versorgung. 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.uksh.de

Wissen **schafft** Gesundheit

Fragen an die Professorin

Prof. Heidi Höppner lehrt an der Fachhochschule Kiel, wo der Studiengang Physiotherapie in Kooperation mit Physiotherapieschulen angeboten wird. Sie ist Mitglied in Expertengruppen, die zum Beispiel das Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie den Wissenschaftsrat zum Thema Forschung und Hochschulqualifikation in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen beraten. Außerdem ist sie seit 2008 Vorstandsvorsitzende des Hochschulverbundes Gesundheitsfachberufe (www.hv-gesundheitsfachberufe.de).

Frau Höppner, Sie werben für eine Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe. Was ist darunter zu verstehen?

Was in Europa Standard ist, wird hier erst seit 2001 angeboten: ein Studium für therapeutische Berufe, das heißt für Physio- und Ergotherapie sowie für Logopädie.

Die Arbeit von Therapeuten im Gesundheitswesen hat sich in den letzten Jahren stark verändert und wird dies auch weiter tun. Es geht nicht mehr nur um beispielsweise die Nachbehandlung im Anschluss an eine Operation. Es geht um die Behandlung von Menschen mit Behinderung, chronisch Kranken und hochbetagten Menschen, die meist an mehreren Krankheiten leiden. Dies erfordert äußerst professionelle Leistungen wie zum Beispiel Beratungskompetenz auch in sehr schwierigen Situationen der Therapie, kreative und konstruktive Problemlösungen oder aber eine effektive Kooperation mit den Patienten, ihren Angehörigen oder anderen Gesundheitsfachleuten. Es bedarf einer entsprechenden Qualifikation.

Die Hochschulausbildung von Therapeutinnen und Therapeuten in Kiel, die die Ausbildung an einer Fachschule integriert, führt zu einem anderen Denken und Handeln im Umgang mit den Patienten. Damit ergänzen und unterstützen sie die medizinischen Maßnahmen der Ärzte. Das moderne Selbstbild von Therapeuten – insbesondere nach dem Studium – ist also nicht mehr die reine Assistenz (wie im Heil- und Hilfsberuf Krankengymnastik), sondern vielmehr die partnerschaftliche Kooperation.

Hier ist auch ein Umdenken in den



Prof. Heidi Höppner

bisherigen Ausbildungsstrukturen von Therapeuten notwendig. Der Gesetzgeber hat mit der Modellklausel im Berufsgesetz 2009 erstmalig erlaubt, dass Hochschulen – natürlich in Kooperation mit praktischen Ausbildungsstätten – Studiengänge anbieten, die zur Berufsausübung führen. Professionalität von Physiotherapeut(inn)en heißt für uns: nach den Regeln der beruflichen Kunst, wissenschaftlich fundiert, kompetent und kooperativ patientenorientiert zu arbeiten und auch in einem sich wandelnden Gesundheitssystem handlungsfähig zu sein und zu bleiben – für die Patienten.

Welche Vorteile hat die akademische Ausbildung von Physiotherapeut(inn)en für die medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein?

Schleswig-Holstein kann aus meiner Sicht stolz darauf sein, als eines der ersten Bundesländer auf diese Entwicklung gesetzt und den Studiengang an der Fachhochschule Kiel ermöglicht zu haben. Für die

Gesundheitsversorgung im Land heißt dies, dass hier „anders“ ausgebildete Physiotherapeut(inn)en auf den Markt kommen. Sie lernen, die Patienten im mehrfachen Sinne „dort abzuholen“, wo diese sind. Das bedeutet, sie in ihrer konkreten Lebens- und Arbeitsumgebung zu sehen.

Die Arbeit in Betrieben, Kindertagesstätten oder Schulen unterstreicht die Prävention, die in Zukunft mehr in den Blick rücken sollte. Dort sind es ja noch keine Patienten. Auch Kooperationen der Berufe, beispielsweise in Modellen der integrierten Versorgung, und die Versorgung im ländlichen Raum, wo in der Regel mehr ältere Leute zu betreuen sind, gewinnen an Bedeutung.

Da stellen akademisch ausgebildete Physiotherapeut(inn)en meines Erachtens eine große Ressource für Schleswig-Holstein dar: Sie kommen mit neuen Ideen für notwendigerweise kooperative und vernetzte Gesundheitsarbeit in die Praxis. Beispielsweise haben wir an der FH Kiel eine CampusPraxis für Physiotherapie eingerichtet, die sehr arbeitsplatzbezogen auf

„Physiotherapie ist ...

... abhängig vom Kontext und befasst sich mit der Körperlichkeit und den Körperfunktionen, den individuellen Aktivitäten des täglichen Lebens und der gesellschaftlichen Teilhabe einer Person in ihren spezifischen sozialen Bezügen. Diese sollen durch den gezielten Einsatz wissenschaftlich fundierter Techniken und Methoden verbessert werden.“ (Höppner 2005)



Studierte Physiotherapeuten arbeiten wissenschaftlich fundiert und patientenorientiert.

die Beschwerden, mit denen die Studierenden oder aber Mitarbeiter/-innen kommen, eingehen können – arbeitsplatznahe Behandlung und Gesundheitsförderung sozusagen.

Warum sollten Physiotherapeut(inn)en studieren?

Er darf sich Bachelor of Science nennen, hat also ein Aushängeschild im Wettbewerb mit anderen. Bedeutender ist jedoch, dass er durch sein sechssemestriges Studium in viereinhalb Jahren sehr viel und vor allem ganz Neues kennengelernt hat.

Studierte Physiotherapeut(inn)en sichern sich sowohl im Inland als auch im Ausland die Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Davon bin ich überzeugt. Doch zurzeit befinden wir uns in einer Übergangsphase. Die Absolvent(inn)en treffen auf eine Berufspraxis mit Tradition und das Neue löst Unsicherheit aus. Das zeigen erste Ergebnisse von Befragungen der Hochschulen mit solchen Studienangeboten. Wichtig wird sein, dass die Absolvent(inn)en auch wirklich gefordert werden und merken, dass ihre Ideen oder ihre Herangehensweise an Probleme im Berufsalltag auf fruchtbaren Boden

fallen und sie unterstützt werden. Berufsverbände und Hochschulen ziehen hier an einem Strang: Wir brauchen neue Kompetenzen, zum Beispiel Kolleginnen und Kollegen, die wissenschaftlich arbeiten können und die konsequent Ergebnisse der Gesundheitswissenschaften in die Praxis umsetzen. Es geht nicht mehr um ein Behandeln im klassischen Sinne von Experten und Patient, sondern um den professionellen Blick und die Motivation des Patienten bei der Verwirklichung seiner Chancen auf mehr Gesundheit. Dies schließt Verhaltensänderungen ebenso ein wie Tipps für die konkrete Gestaltung, zum Beispiel der Arbeitsumgebung.

Welchen Nutzen hatte das Studium für Sie persönlich?

Ich persönlich bin durch mein (spätes) Studium eine zufriedener und wie ich finde auch bessere Therapeutin geworden: Ich habe an der Hochschule gelernt, mir Informationen zu beschaffen und Neues zu wagen. Ich lernte nicht nur die Patient(inn)en besser zu verstehen, sondern auch das Gesundheitssystem. Passend zum Titel des Jahrbuches: Mit der Annahme der Professur für Physiotherapie an der

Schleswig-Holstein als Vorreiter

Als eines der ersten Bundesländer führte Schleswig-Holstein 2001 den Studiengang Physiotherapie an der Fachhochschule Kiel im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit ein. Das besondere Merkmal des „Kieler Modells“ ist die Verzahnung von Ausbildung und Studium ab dem ersten Tag: Der Studiengang findet in Kooperation mit Fachschulen in Kiel, Damp und Itzehoe statt. Deshalb ist eine der Zulassungsvoraussetzungen für einen Studienplatz ein Ausbildungsvertrag mit einer der kooperierenden Fachschulen.

Zukunftsorientierte Ausbildung

Zurzeit erhalten 40 Studierende pro Jahr eine zukunfts- und bedarfsorientierte Ausbildung zu Physiotherapeuten und -therapeutinnen. Vermittelt werden theoretische und anwendungsbezogene Qualifikationen in den Bereichen Public Health/Gesundheitswissenschaften, Pädagogik und Psychologie, Rehabilitationswissenschaften, Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement, Sozial- und Gesundheitspolitik, Bewegungswissenschaften, wissenschaftliche Methodik, problemorientiertes interdisziplinäres Arbeiten, klinische Entscheidungsfindung, Management und soziale Kompetenz, zum Beispiel Kommunikation und Umgang mit Konflikten. Das erfolgreich absolvierte Studium schließt mit dem Bachelor of Science ab.

Mehr Informationen gibt es auf den Seiten www.fh-kiel.de

Fachhochschule Kiel 2002 folge ich also dann wohl meiner „zweiten“ Berufung.

Die Fragen stellte Gesine Stück.

Vom Allrounder zum Spezialisten

Die Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung führten zu neuen Abrechnungssystemen (beispielsweise in den Krankenhäusern) und zu neuen Leistungsbereichen in der Versorgung der Versicherten wie beispielsweise zur Pflegeversicherung. Infolgedessen wurden in den Verwaltungen der Krankenkassen entsprechende Berufsbilder neu geschaffen und bestehende modifiziert.

Bis in die 1980er-Jahre waren die Mitarbeiter in den Krankenkassen in der Regel Generalisten, die nach erfolgreichem Abschluss ihrer Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten (abgekürzt „Sofa“) in allen Bereichen der Verwaltung einsetzbar waren. Durchaus üblich und möglich war es, dass die Karriere des Leiters einer Krankenkasse mit der Ausbildung zum Sofa begonnen hatte.

Der Wandel im deutschen Gesundheitswesen, der seit 1989 maßgeblich von neuen gesetzlichen Regelungen geprägt ist, sorgte dafür, dass sich auch die Krankenkassen einem Wandel unterziehen mussten: Die Anforderungen an die Kompetenzen ihrer Mitarbeiter änderten sich grundlegend. Verwalter des Leistungsgeschehens und ein Kostenträger des Gesundheitssystems zu sein, reichte nicht mehr aus. Spezialisten mussten her.

Vom Sofa zum Fallmanager

Wurden früher festgesetzte Tagessätze an die Krankenhäuser ausgezahlt, sind die Berechnungen inzwischen komplexer geworden: Abgerechnet wird heute nach dem Klassifikationssystem der Diagnosis Related Groups (kurz DRG, auf Deutsch: Diagnosebezogene Fallgruppen). Das DRG-System basiert auf der Abrechnung von Einzelleistungen statt von Tagespauschalen. So muss ein Arzt, der die Leistung Blinddarmoperation erbringt, diese verschlüsselt in das Abrechnungssystem eingeben. Die Krankenkassen wiederum prüfen, ob die Eingaben des Arztes in das Abrechnungssystem mit den Leistungen übereinstimmen und somit von ihnen erstattet werden. Hierfür sind pflegerische und medizinische Kenntnisse erforderlich.

Für diese Kontrolle der speziellen Leistungen und Codes reicht eine einfache Ausbildung zum Sofa alleine nicht mehr aus. Entsprechende Fort- und Weiterbildungsangebote helfen bei der Spezialisierung zum sogenannten Fallmanager.

Kaufmännisch und medizinisch qualifizierte Fachkräfte sind es auch, die für die Krankenkassen und medizinischen Leistungserbringer im gemeinsamen Bundesausschuss sitzen und über die Leistungen verhandeln. Hier wird bestimmt, welche Leistungen wie abgerechnet werden dürfen.

Vom Sofa zum Pflegeberater

Mit dem seit 1995 geltenden Gesetz zur sozialen Pflegeversicherung wurden die Pflegekassen unter der Obhut der Krankenkassen eingeführt. Seit der Einführung sind die Aufgaben der Pflegekassen immer vielfältiger geworden. So haben Pflegebedürftige seit 2009 gemäß Paragraf 7a (Sozialgesetzbuch XI) Anspruch auf Beratung und Hilfeleistung durch einen Pflegeberater der zuständigen Pflegekasse. Aufgabe der Pflegeberatung ist es, neben der Feststellung des Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen auch einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen. Gemäß der gesetzlichen Vorgabe setzen die Pflegekassen für die persönliche Beratung und Betreuung der Versicherten Sozialversicherungsfachangestellte, Pflegefachkräfte oder Sozialarbeiter mit entsprechender Zusatzqualifikation ein.

Verträge verhandeln

Erweitert haben sich die Tätigkeitsfelder eines Sofas auch insofern, als dass die Anerkennung und damit Kostenerstattung bei Heil- und Hilfsmitteln sowie für Präventions- und

Reha-Maßnahmen umfangreicher geworden ist.

So haben die Krankenkassen und deren Verbände auch die Aufgabe, mit Leistungserbringern von Heil- und Hilfsmitteln Verträge zu verhandeln und abzuschließen. Dies geschieht, indem der Verband der Ersatzkassen die Leistungserbringer prüft und gegebenenfalls daraufhin anerkennt. Anerkannte Leistungserbringer können dann Heil- und Hilfsmittel mit den beteiligten Krankenkassen abrechnen.

Ein ähnliches Verfahren läuft bei der Anerkennung von Präventions- und Reha-Maßnahmen: Ein Krankengymnast beispielsweise kann einen Antrag beim Verband der Ersatzkassen auf die Anerkennung eines Kurses zur Rückenschulung stellen. Die Krankenkasse prüft das Angebot auf Qualität und Preis/Leistung. Wenn sie es anerkennt, werden dem Patienten, der an dem Kurs teilnimmt, die Kosten von seiner Krankenkasse erstattet. Sowohl ein Arzt als auch ein entsprechend qualifizierter Mitarbeiter der Krankenkasse kann den Patienten beraten, welche Angebote anerkannt sind und welche nicht.

Ludger Buitmann und Thomas Neldner, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Landesvertretung Schleswig-Holstein, www.vdek.com/LVen/SHS

Rückenschule reicht nicht

Die Krankenstandsanalyse für den Betrieb zeigt es deutlich: Die Fehlzeiten sind im Vergleich zum Vorjahr gestiegen. „Wir müssen etwas tun. Weitere Krankenstandserhöhungen können wir uns nicht leisten“, weiß der Geschäftsführer und wundert sich, dass sich diese Entwicklung trotz geringerer körperlicher Belastung wegen der Einführung von mobilen Hebekränen sowie des Angebots einer Rückenschule im Betrieb nicht aufhalten lässt.

Die meisten Fehltag in Deutschland werden weiterhin durch Muskel-Skelett-Erkrankungen verursacht. Einzelne Maßnahmen zu deren Vermeidung sind weitverbreitet: Etwa jeder dritte Arbeitnehmer erhält in seinem Betrieb ergonomische Arbeitsmittel, jedem fünften Arbeitnehmer wird eine arbeitsplatzbezogene Rückenschule angeboten (iga-Barometer, 2007).

Viele Studien haben nachgewiesen, dass solche Maßnahmen wirkungslos verpuffen, wenn sie allein eingesetzt werden. Erst wenn alle Ursachen für die Entstehung von Muskel-Skelett-Erkrankungen in den Blick genommen werden, besteht eine Chance, diesen auch nachhaltig vorzubeugen. Dies gilt übrigens auch für andere Krankheitsbilder, die bei den Arbeitnehmern für häufigere und längere Ausfallzeiten sorgen: zum Beispiel psychische Erkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Ein komplexes Thema

Wissenschaftler haben herausgefunden, dass es einen Schlüssel gibt, mit dem sowohl die Leistungsfähigkeit als auch die Motivation eines Mitarbeiters beeinflusst werden kann: das psychische Befinden. Emotionen beeinflussen nicht nur das Sozial- und Arbeitsverhalten, sondern lösen auch immer eine körperliche Reaktion aus. Das psychische Befinden wirkt sich direkt auf das Immunsystem, das Herz-Kreislauf-System, das Muskel-Skelett-System oder auf die psychische Gesundheit aus.

Ein Betrieb kann das psychische Befinden und die Motivation seiner Mitarbeiter fördern, indem er Arbeitsbedingungen schafft, die für die Mitarbeiter einen Sinn ergeben, deren Ziele klar formuliert sind, die

weder über- noch unterfordern, angemessene Handlungsspielräume gewähren und den Mitarbeitern Vertrauen, Wertschätzung und Fairness entgegenbringen sowie sie in Entscheidungsprozesse einbinden. Hier liegt die Herausforderung für Betriebe, die sich am Markt behaupten wollen.

Aufgrund der Komplexität der Wirkzusammenhänge ist es erforderlich, gesundheitsfördernde Prozesse in die Arbeits- und Managementprozesse eines Betriebes zu integrieren. Dies kann in Projektform stattfinden, muss aber in der Folge in einen kontinuierlichen Prozess im Betrieb überführt werden. Wichtig ist dabei, an die vorhandenen Strukturen und Gegebenheiten eines Betriebes anzuknüpfen.

Einsatz von Präventionsexperten

Für diesen Zweck hat die AOK NORDWEST qualifizierte und erfahrene Präventionsexperten. Sie stehen bei der Einführung, Planung und Umsetzung eines individuellen, umfassenden und nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsmanagements zur Verfügung. Zunächst wird die Ist-Situation erfasst. Berücksichtigt werden dabei neben der Analyse der Fehlzeiten, der Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen und betrieblichen Besonderheiten auch die Organisationsstrukturen im Betrieb. In vielen Fällen verfügt der Betrieb bereits über Gremien, in denen das Thema Gesundheit einen Platz findet und somit kontinuierlich verfolgt werden kann. Entscheidend für den Erfolg ist, dass das Thema zu einem Betriebsziel wird. Im Rahmen einer Betriebsvereinbarung stellen die Betriebsleitung und die Personalvertretung die Weichen für einen prozessorientierten Weg zu mehr Gesundheit im Betrieb. In



Präventionsexperten unterstützen Betriebe bei ihrem Gesundheitsmanagement

vier Phasen wird der Prozess zum „gesunden Betrieb“ systematisch von den AOK-Experten begleitet: Analyse, Planung und Diskussion, Umsetzung von Maßnahmen und Erfolgskontrolle. Um einen langfristigen Erfolg zu sichern, sollen diese Phasen in die Betriebsabläufe so integriert werden, dass sie ein selbstverständlicher Bestandteil sind und regelmäßig durchlaufen werden. Eine wichtige Voraussetzung, um mit leistungsstarken und -bereiten Mitarbeitern erfolgreich in die Zukunft blicken zu können.

Betriebe, die den Service der erfahrenen Experten der AOK NORDWEST nutzen wollen, können sich an die AOK vor Ort oder ihren Firmenkundenbetreuer wenden.

Dr. Dieter Paffrath, stellv. Vorstandsvorsitzender der AOK NORDWEST, www.aok.de/nw

In der Regel ambulante Geriatrie

Die Ambulante Geriatrische Rehabilitative Versorgung ist in Schleswig-Holstein in den Jahren 2007 bis 2010 als Modell erfolgreich erprobt worden. Seit April 2010 ist das Konzept mit einem bundesweit einmaligen Vertrag – der Landesrahmenvereinbarung zur geriatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein – in den Regelbetrieb übernommen worden. Die Selbstständigkeit geriatrischer Patienten soll mit verstärkter ambulanter Versorgung erhalten werden.

Ein älterer Herr sitzt auf einem Stuhl mit Armlehnen. Auf Kommando eines Arztes steht er auf, geht vier Meter bis zu einer Markierung auf dem Boden, kehrt festen Schrittes um und setzt sich wieder auf den Stuhl. Insgesamt hat dieser Ablauf nicht ganz 20 Sekunden in Anspruch genommen. Der Mann ist mobil – mobiler als noch vor einem halben Jahr. Dieser Test, der die Beweglichkeit und das Körpergleichgewicht prüft, heißt „Timed-Up-And-Go“-Test und misst die Zeitdauer für Aufstehen und Gehen. Ein anderer Test, der sogenannte Barthel-Index, bewertet alltägliche Fähigkeiten wie selbstständiges Essen und Trinken, Körperpflege und Mobilität und beurteilt diese nach einem Punktesystem. Mit diesen beiden und weiteren Methoden wird überprüft, wie und ob die ambulante Versorgung und die auf die geriatrischen Patienten abgestimmten Maßnahmen wirken. Die Tests werden vor Beginn, direkt im Anschluss sowie ein halbes Jahr nach Abschluss der Maßnahmen durchgeführt. Die Veränderung des Gesamtzustandes wird im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitforschung protokolliert, um insgesamt die Effekte des Behandlungskonzepts Ambulante Geriatrische Rehabilitative Versorgung (AGRV) messen zu können. Schon im Zwischenbericht 2008 in der Modellphase zeigte sich die Wirkung des neuen Konzepts.

Vom Modell zur Regel

Unter der Federführung des Gesundheitsministeriums wurde am 1. Januar 2007 Schleswig-Holstein im Rahmen der Krankenhaus- und Versorgungsplanung mit einer mit allen gesetzlichen Krankenversicherungen abgestimmten Erprobung des

Modells „Ambulante Geriatrische Versorgung“ – kurz AGV genannt – begonnen.

Das ursprünglich nur in Flensburg, Heide, Itzehoe und Lübeck erprobte Modell wurde ab Mitte 2009 auf drei weitere Standorte in Schleswig-Holstein ausgedehnt. Seit dem 1. April 2010 kann die ambulante Versorgung – nun in der Form einer Landesrahmenvereinbarung als Ambulante Geriatrische Rehabilitative Versorgung (AGRV) bezeichnet – an allen vierzehn geriatrischen Kliniken im nördlichsten Bundesland im Regelbetrieb durchgeführt werden. Zu den geriatrischen Standorten in Schleswig-Holstein gehören neben den vier oben genannten auch Bad Bramstedt, Elmshorn, Eutin, Geesthacht, Husum, Kiel, Middelburg, Neumünster, Ratzeburg und Rendsburg. Für die ambulante geriatrische Behandlung werden die Patienten nach bestimmten Kriterien gesucht; das Behandlungskonzept wird genau auf ihre Bedürfnisse abgestimmt. Dafür ist der Kontakt mit einer geriatrischen Klinik erforderlich. Dort werden dann individuell ergo- und physiotherapeutische Übungen sowie Gesprächssitzungen mit einem Sozialarbeiter oder einer Sozialarbeiterin absolviert. Mit diesen Maßnahmen soll die Mobilität der Patienten erhöht und die Selbstständigkeit in einem weitgehend eigenständigen Leben zu Hause unterstützt werden – so kann auf den stationären Klinikaufenthalt verzichtet werden.

Zwei Ziele im Vordergrund

Primär soll das bisherige stationäre und tagesklinische geriatrische Angebot in Schleswig-Holstein um diesen ambulanten Baustein erweitert werden. Dabei werden die Patienten

frühzeitig in die jeweils geeignete Versorgungsstufe gebracht und die stationären Kapazitäten können ausschließlich für die Behandlung adäquater Fälle genutzt werden. Dafür ist es jedoch notwendig, dass, wie im Modell, die lückenlose Weiterversorgung der aus den Kliniken und/oder Tageskliniken entlassenen Patienten gesichert ist und ein ambulantes Nachsorgeprogramm erstellt wird (rehabilitative, wieder-eingliedernde Maßnahme nach dem Klinikaufenthalt).

Ein weiteres Ziel ist in der oben genannten Landesrahmenvereinbarung ausdrücklich erwähnt. So sollen drohende Einschränkungen der selbstständigen Lebensführung rehabilitativ behandelt werden, um die Pflegebedürftigkeit oder einen Klinikaufenthalt zu vermeiden (rehabilitativ präventive Maßnahme). Patientinnen und Patienten, die vorher nicht als geriatrisch behandlungsbedürftig erfasst worden sind, weil ihnen noch kein stationärer oder tagesklinischer Aufenthalt in den Geriatrien drohte, die aber trotzdem nur einen niedrigen Grad an Selbstständigkeit aufweisen, sollen mit diesem Konzept erreicht werden. Diese Patienten, die bisher ausschließlich von ihrem Hausarzt versorgt worden sind, weisen Schmerzsyndrome und Mobilitätsstörungen auf. Sie sind aber nicht stationär behandlungsbedürftig und können daher ambulant betreut werden.

Neue Inhalte

Neu im Konzept der AGRV in Schleswig-Holstein gegenüber der Modellphase ist die Mobile Geriatrische Rehabilitative Versorgung (MGRV). Die Betroffenen werden dabei im eigenen häuslichen Umfeld therapiert. Diese Versorgungsform wurde bis-

her überwiegend am Malteser Krankenhaus in Flensburg erprobt, soll aber in Zukunft auch alle anderen Regionen erreichen und an die geriatrischen Kliniken im Land angegliedert werden. Dort wird die gesamte Behandlungsplanung zentriert, wozu auch die Schulung der ärztlichen Kollegen und beteiligten Therapeuten im Umgang mit den neuen Versorgungsbausteinen gehört.

Die Kapazität des Behandlungsangebots von AGRV und MGRV kann sich sehen lassen: Mit 2.000 bis 3.000 Fällen pro Jahr soll bereits in den ersten beiden Regelbetriebsjahren eine relativ hohe Zahl an ambulant behandelbaren geriatrischen Patientinnen und Patienten versorgt werden.

Schulung der Hausärzte

Die beteiligten Hausärztinnen und Hausärzte wurden bereits in der Modellphase zur Auswahl der Pati-

entinnen und Patienten geriatrisch geschult. Sie sollen auch in Zukunft die Steuerung im ambulanten Bereich, das heißt die Vorauswahl der Kandidaten für die neue ambulante Behandlungsform, leisten. Außerdem übernehmen sie die Beurteilung des Behandlungserfolgs durch Nachuntersuchungen sechs Monate nach dem ambulanten Versorgungsbaustein. Für diese aufwendige Begleitung der Patienten haben die Krankenkassen finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt. So hat der Hausarzt auch während der Behandlungszeit in der AGRV die Möglichkeit, persönlich an den Teambesprechungen der geriatrischen Ambulanz teilzunehmen. Die im Rahmen der AGRV angewandte intensive Heilmitteltherapie belastet das Praxisbudget des Hausarztes nicht.

Nachweisbarer Erfolg

Der Erfolg ist für die Patientinnen und Patienten spürbar. Sie können

nicht nur den Klinikaufenthalt verkürzen oder gar darauf verzichten. Sie steigern auch nachweislich ihre Mobilität, erhalten ihre Selbstständigkeit oder gewinnen sie wieder.

Der Herr, der nun wieder aufrecht in dem Stuhl mit den Armlehnen sitzt, ist dank auf ihn abgestimmter Konzepte mobiler und konnte die Sicherheit seiner Schritte und die Dauer, die er für den Test benötigte, wesentlich verbessern. Selbst ein halbes Jahr nach Abschluss der Maßnahmen konnte er sich um rund fünf Sekunden – von 25 auf unter 20 – steigern.

Dr. Sonja Krupp und Dr. Martin Willkomm, Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck, Geriatriezentrum; Otto Meyer zu Schwabedissen, Malteser Krankenhaus Flensburg; Dr. Bernd Sgries, Klinikum Itzehoe; Dr. Dr. Ulrich Kuipers, Westküstenklinikum Heide.



Gemeinsam Zukunft gestalten.

**Die Ärztegenossenschaft
und ihre Tochterunternehmen.**

ärzte genossenschaft
Schleswig-Holstein

e-Pharm &
– eine Leistung
der Ärztegenossenschaften

ädg
... weil's von Ihrer
Ärztegenossenschaft ist

mediageno
Verlags GmbH

„SmartAssist“

Unter dem Begriff „Ambient Assisted Living“ (AAL) sind in den letzten Jahren eine Reihe interessanter technischer Lösungen entwickelt worden, um das häusliche Umfeld sicherer, gesünder und komfortabler zu machen. Das Projekt „Smart Assist“ will Hürden wie die mangelnde Vernetzung verschiedener Geräte und den hohen technischen Aufwand überwinden.

AL umfasst beispielsweise die intelligente Steuerung technischer Geräte im Haushalt, die Überwachung von Aktivitäten zur Erkennung von Notfallsituationen, drahtlos vernetzte medizinische Messgeräte und telemedizinische Versorgung. Die Palette reicht dabei vom einfachen Bewegungsmelder über die vollautomatische Toilette mit Blutzuckermessung bis hin zum Pflegeroboter.

Paten helfen

Ein Lübecker Wachunternehmen leitet das Projekt „Smart Assist“ und führt Informatiker und Systemtechniker der Wachfirma mit regionalen Projektpartnern aus Wirtschaft und Wissenschaft zusammen. Ihr Ziel ist es, ein sozio-technisches Unterstützungssystem zu schaffen, das es Senioren ermöglichen soll, länger selbstständig in den eigenen vier Wänden zu leben. Voraussetzung dafür ist, dass Sensoren den Gesundheitszustand des Bewohners kontinuierlich erfassen. Aus der Auswertung der erfassten Daten werden bedarfsorientierte Dienstleistungen abgeleitet und initiiert. Trotzdem soll die Technik so weit wie möglich in den Hintergrund treten. Stattdessen soll das soziale Netz gestärkt werden – ein sogenannter Pate wird benannt. Solche Patenschaften können Freunde, Verwandte, Bekannte und Nachbarn, aber, wenn ausdrücklich gewünscht, auch kommerzielle Dienstleister übernehmen. Erkennt das System eine gesundheitsrelevante Veränderung der Lebensgewohnheiten, wird der Pate informiert und kann sich persönlich um die Bedürfnisse des älteren Menschen kümmern.

Technische Möglichkeiten

„SmartAssist“ besteht aus einem stationären und einem mobilen

Teil. In der Wohnung wird ein Netzwerk aus drahtlosen Sensorknoten installiert. Das Sensornetz ist per Internet mit dem Serviceportal verbunden. Hier werden zentral die Signale ausgewertet und die entsprechenden Dienstleistungen gesteuert. Beispielsweise werden bei schleichenden Veränderungen wie einer tagelang ungenutzten Kaffeemaschine SMS-Nachrichten oder E-Mails an den Paten geschickt, bei akuten Notfällen wie Stürzen wird ein Arzt informiert. Vor einem Dialysetermin wird automatisch ein Taxi bestellt. Die Bedienung erfolgt über stationäre Portale im Haushalt wie Fernseher oder Computer oder über mobile Endgeräte wie Handy oder Handcomputer.

Akzeptanz

Für die Akzeptanz eines solchen Systems – sowohl durch potenzielle Kunden als auch durch Dienstleister – ist ein schlüssiges und leicht verständliches Konzept zum Datenschutz und zur Wahrung der Privatsphäre von elementarer Bedeutung. In Zusammenarbeit mit dem Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein erarbeiten die Projektpartner zurzeit eine umfassende Strategie, inklusive rollenspezifischer Zugriffsrechte, permanenter Möglichkeit, die aufgezeichneten persönlichen Daten zu löschen, Anonymisierung der Auswertungen bei Interaktion mit Drittanbietern und vieler weiterer Mechanismen. Die Teilnehmer am Projekt werden in die Konzeption eingebunden.

Zudem werden im Spannungsfeld zwischen den Chancen hilfreicher technologischer Assistenz und den Risiken elektronischer Bevormundung oder Entmündigung auch die ethischen, sozialen, ergonomischen



Bei schleichenden Veränderungen wie einer tagelang ungenutzten Kaffeemaschine werden die Paten benachrichtigt.

und ökonomischen Aspekte eingehend untersucht.

Auswertung und Ausblick

Das Projekt wird seit 2009 im Rahmen der Fördermaßnahme „Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben – AAL“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Die Projektpartner haben drei Jahre Zeit und 1,7 Millionen Euro Budget.

Es ist geplant, in 50 Single-Haushalten von über 70-Jährigen Testsysteme zu installieren. In kontinuierlichen Messungen und halbjährlichen Erhebungen werden Befindlichkeit sowie der körperliche und seelische Gesundheitszustand evaluiert. Ferner wird die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit der Testpersonen mit Menschen gleichen Alters und anfänglich gleichem Pflege- und Hilfsbedarf verglichen. Während der Studie sind die Teilnehmer von Gebühren befreit. Für die Verbreitung der Serviceangebote nach Projektende wird eine kommerzielle Lösung angestrebt.

Prof. Dr. Ing. Andreas Schrader,
Arbeitsgruppe Ambient
Computing am Institut für
Telematik, Universität zu Lübeck,
www.smartassist.de

Gewohnt wohnen

Um den Wünschen und Bedürfnissen älterer Menschen gerecht zu werden, sind in Schleswig-Holstein vor allem zwei Maßnahmenpakete umzusetzen: der Ausbau von altersgerechtem Wohnraum und die Erweiterung des alternativen Wohn-Pflege-Angebots. Neue Wohn-Pflege-Formen verlangen wiederum nach neuen beruflichen Qualifikationen.

Entgegen landläufiger Meinung leben 93 Prozent der Menschen, die 65 Jahre und älter sind, in den eigenen vier Wänden. Lediglich vier Prozent aller alten Menschen werden stationär in einem Pflegeheim versorgt. Zwar steigt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit, auf Betreuung oder Pflege angewiesen zu sein, aber immer noch 40 Prozent der über 90-Jährigen leben zu Hause und werden dort gegebenenfalls ambulant betreut und gepflegt.

Diese Zahlen belegen, dass selbst im hohen Alter das Wohnen und nicht die Pflege im Vordergrund steht. Alltag im Alter heißt vor allem Wohnalltag. Das selbstständige Wohnen in der vertrauten Umgebung ist Wunsch der Mehrheit der älteren Menschen. Mit zunehmendem Alter nimmt die Bedeutung der eigenen Wohnung in dem Maße zu, wie der Bewegungsradius abnimmt. Dies zeigt sich darin, dass der alte Mensch durchschnittlich vier Fünftel des Tages in der Wohnung oder im Garten verbringt.

Um den Wünschen älterer Menschen nach Selbstbestimmtheit, Selbstständigkeit, Sicherheit, Vertrautheit und Kontinuität sowie nach sozialen Kontakten und Anregungen gerecht zu werden, ist in Schleswig-Holstein die Umsetzung zweier Maßnahmenpakete erforderlich.

Ausbau von altersgerechtem Wohnraum

Das Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA) hat in einer aktuellen Studie festgestellt, dass gerade einmal fünf Prozent aller sogenannten Altershaushalte in Wohnungen leben, die als barrierefrei beziehungsweise barrierearm gelten. Für diese Menschen gilt: Wenn sie irgendwann zum Beispiel einen Rollator oder einen Rollstuhl brauchen, müssen sie umziehen – gegebenenfalls sogar in ein Pflegeheim. Die Sachverständigenkommission „Wohnen im Alter“ ermittelte auf der Grundlage dieser Studie, dass allein für mobilitätseingeschränkte Seniorinnen und Senioren bis 2013 rund 2,5 Millionen Wohnungsanpassungen notwendig wären.

Erweiterung der Wohn-Pflege-Angebote

Vor dem Hintergrund, dass in Schleswig-Holstein bundesweit die meisten Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen versorgt werden, muss der Ausbau neuer Wohn-Pflege-Angebote intensiviert und das Ergebnis beworben werden.

Wohn-Pflege bedeutet, dass pflegebedürftige Menschen nicht in einer stationären Einrichtung, sondern ambulant in einer vertrauten Wohnumgebung versorgt werden. Diese Wohn-Pflege-Formen können ganz unterschiedlich konzipiert sein und bieten eine Alternative zu stationären Pflegeeinrichtungen.

Die Koordinationsstelle für innovative Wohn-Pflege-Formen (KIWA) berät zu Neugründung und Organisation von derartigen Projekten und entwickelt selbst Konzepte für neue Wohnformen. Ziel ist, regional ein ausgewogenes und differenziertes Angebot an Wohn- und Betreuungs-

formen im ambulanten und stationären Bereich zu etablieren.

Neue Wohnformen – neue Aufgaben

Wohn-Pflege-Formen zielen darauf ab, die „häusliche Normalität“ so lange wie möglich zu erhalten. Für die ambulant betreuten Wohn- und Hausgemeinschaften bedeutet das, den Tagesablauf am gewohnten Alltag zu orientieren. Die rein körperliche Pflege nimmt eine eher untergeordnete Rolle ein, während Betreuung und Begleitung beispielsweise von Menschen, die an Demenz leiden, von großer Wichtigkeit sind. Aufgrund der ständig steigenden Zahl von Menschen mit Demenz sind Betreuungsassistenten/-innen und Alltagsbegleiter/-innen eine wichtige Ergänzung und Unterstützung für die Pflegefachkräfte. Die zusätzlichen Betreuungskräfte haben zum Beispiel die Aufgabe, demenziell erkrankte Menschen in ihrem Alltag zu unterstützen. Je nach Krankheitsstadium bieten sie für diese Menschen angemessene Beschäftigungen und Anregungen, um sie möglichst aktiv und geistig rege zu halten. Auch Menschen, die sich ehrenamtlich engagieren möchten, müssen in entsprechenden Weiterbildungseinrichtungen auf diese Aufgaben vorbereitet werden. Angehörige werden gerne in das Leben der Wohn- und Hausgemeinschaften miteinbezogen. Sie können jedoch nicht fest in den Tagesplan einplant werden. Mitunter haben sie schon längere „Pflegebiographien“ hinter sich und/oder können nicht verbindlich ihre Anwesenheit zusagen.

Rüdiger Waßmuth, Leiter der Koordinationsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen im Alter (KIWA), www.kiwa-sh.de



Die Zahl der pflegebedürftigen alten Menschen nimmt zu. Das gilt auch für die Menschen in Deutschland, die aus einer anderen Kultur stammen, mitunter nicht die deutsche Sprache sprechen, eigene Werte- und Normensysteme haben. Professionelle Pflegehilfe muss all dies berücksichtigen. Hier setzt das EU-Projekt ilka an. Mit ilka lernen Altenpflegehelferinnen und -helfer in der Ausbildung den professionellen Umgang mit den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund.

Die kulturelle Vielfalt stellt neue Anforderungen an alle, die in der Altenpflege tätig sind. Sie müssen sich mit Vorurteilen und Rassismus als gesellschaftliche Extreme auseinandersetzen. Sie müssen aber auch ihr eigenes Verhalten überprüfen: Habe ich Vorurteile und rassistisch gefärbte Werte verinnerlicht, die mir gar nicht mehr auffallen?

Um diesem sogenannten Alltagsrassismus zu begegnen, müssen eingefahrene Denkmuster aufgebrochen und das eigene Handeln überdacht werden.

Toleranz kann man lernen

Toleranz gegenüber Menschen aus anderen Ländern und Kulturen kann – wenn sie nicht vorhanden ist – gelernt werden. Da setzt ilka an. Der Projektname ist die Abkürzung für das Programm „Interkulturalität lernen und Kompetenz entwickeln in der Altenpflegehilfeausbildung“. Deshalb ist das eine zentrale Ziel des Projektes, für die anderthalbjährige Ausbildung in der Altenpflegehilfe Schleswig-Holsteins einen landesweiten Lehrplan unter dem Leitbild von Integration und Vielfalt zu entwickeln.

An zwei Altenpflegehilfekursen in Neumünster und Lübeck wird das neue Konzept seit 2009 erprobt. Ein neuer Kurs begann im April 2010 in Rendsburg.

Nach der Projektphase werden die entwickelten Inhalte auch den anderen Altenpflegesschulen zur Verfügung gestellt.

Die interkulturelle Kompetenz, die vermittelt werden soll, basiert auf einer klaren Haltung des Respekts und der Anerkennung anderer Kulturen.

Sie ist nicht als politisch korrektes „Plus“ gedacht, das die pflegerische Kernkompetenz ergänzt, sondern als roter Faden, der sich durch die gesamte Ausbildung zieht.

Persönliche Sensibilisierung

Der andere Projektschwerpunkt sind Kurse, in denen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit den Themen Interkulturalität und Konfliktmanagement auf verschiedenen Tätigkeitsebenen in der Altenpflege auseinandersetzen.

Angeboten werden bedarfsorientierte Trainingseinheiten für die theoretische Ausbildung (Lehrkräfte, Praxisbegleiter und Schulleiter) sowie für die praktische Ausbildung (Praxisanleiter und Einrichtungsleiter). Die Kurse sensibilisieren für die einschlägigen Fragestellungen. Diese Sensibilisierung sowie zusätzliches Wissen sollen später den Kursteilnehmerinnen und -teilnehmern ermöglichen, Konsequenzen in ihrem beruflichen Umfeld, das heißt in Schulen, Einrichtungen und Unternehmen, zu realisieren.



Interkulturelles Lernen

Außerdem wird eine eigene Publikationsreihe erstellt, in der die Zielsetzung, Vorgehensweise sowie Inhalte und Ergebnisse der im Rahmen von ilka entwickelten und durchgeführten Trainingseinheiten dargestellt werden. Geplant sind die folgenden Veröffentlichungen:

- Grundlagenwissen zur Situation von Migranten und Migrantinnen in Deutschland und Sensibilisierung zum Thema Migration (Ende 2010)

- Didaktik und Methoden interkulturellen Lernens (Ende 2010)
- Konflikte erkennen – verstehen – bewältigen (Anfang 2011)
- Einrichtungen interkulturell öffnen – warum eigentlich? Vorteile und Chancen (Ende 2011)

Gemeinsam mit den Auszubildenden wird zusätzlich die Publikation „Kulturell bedingte Ernährung: Beispiele und Rezepte“ erarbeitet.

Unterstützung und Förderung

ilka wird von einem Netzwerk aus operativen und strategischen Partnern getragen. Das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, das Norddeutsche Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege, die Altenpflegesschulen des Landes Schleswig-Holstein, die Migrationsfachstellen und Verbände der Wohlfahrtspflege sowie weitere Xenos-Projekte in Schleswig-Holstein unterstützen die Aktivitäten. Gefördert wird ilka im Rahmen des Xenos-Programms „Integration und Vielfalt“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales und von den Europäischen Sozialfonds bis Ende 2011.

Das Institut für Arbeitsmarktforschung und Jugendberufshilfe in Oldenburg begleitet das gesamte Projekt wissenschaftlich.

Michaela Helmrich,
Projektkoordinatorin,
www.ibaf.de/xenos_ilka.html

Lotsen für alle Pflegefälle

„Manchmal braucht der Mensch einen Lotsen.“ Die Case Manager der Lotsendienste sind da, wenn passgenaue Hilfen benötigt werden, um möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben in der häuslichen Umgebung zu führen.

Wenn ein Mitglied der Familie plötzlich pflegebedürftig wird, sind die Angehörigen mit dieser neuen Situation oftmals zeitlich, körperlich, organisatorisch und nicht zuletzt emotional überfordert. Sie müssen sich in kurzer Zeit mit ganz verschiedenen Fragestellungen auseinandersetzen. Die Vielzahl der Hilfsangebote ist mitunter unübersichtlich und für Unerfahrene nur schwer zu beurteilen. Eine übergeordnete Anlaufstelle vor Ort, an die sich die Angehörigen unkompliziert und schnell wenden können, ist da eine gute Möglichkeit, um Beratung und Hilfe zu geben. Ziel der wohnortbezogenen Dienstleistungen sollte es sein, möglichst lange ein Leben zu Hause zu ermöglichen.

Das Projekt Lotsendienst

Eine Gemeinde, die seniorenfreundlich sein will, muss als einen zentralen Baustein ein dichtes Netz mit Hilfsangeboten für ein selbstbestimmtes Wohnen im Alter haben. Aus diesem Grunde entschieden sich im Jahre 2007 die Gemeinde Altenholz, die Ämter Flintbek/Molfsee und die Beratungsstelle von „Pro Regio“ in Eckernförde, sich dem Projekt „Generationenfreundliche Gemeinden in Schleswig-Holstein“ anzuschließen. Dies ist ein Projekt des Landesseniorenrates Schleswig-Holstein und der Forschungsgruppe Gerontologie an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Das Ziel war damals und ist es heute, den Menschen aus der Region eine wohnortnahe und neutrale Beratung anzubieten.

Ein Ergebnis war der Lotsendienst, den die Gemeinde Altenholz ins Leben rief. Der Lotsendienst ist eine professionelle Beratungsstelle – trägerunabhängig und kostenlos. Er ist eine Anlauf- und Koordinierungsstelle am Ort, in der alle Generationen

Informationen und Beratung von sogenannten Case Managern, den Lotsen, erhalten können. Die Finanzierung wurde durch den Kreis Rendsburg-Eckernförde sowie die Gemeinden und Ämter sichergestellt.

Aufgaben der Lotsen

Die Fortbildung zum Case Manager baut auf einer Pflegeausbildung oder einem sozialwissenschaftlichen Studium auf. Meist haben die Case Manager bereits in der praktischen Pflege gearbeitet, bevor sie diese Managementtätigkeit übernehmen. Die Fallbegleitung läuft typischerweise so ab: In einem ersten Gespräch erfragt der Case Manager den Pflege- oder Unterstützungsbedarf seines „Klienten“ – so die Bezeichnung für einen Hilfesuchenden im Sozialbereich. Daraufhin recherchiert der Case Manager Angebote und stellt eine Auswahl zusammen. In einem zweiten Gespräch werden gemeinsam mit dem Klienten die passenden Angebote ausgewählt. Der Case Manager hilft bei der Organisation und prüft im weiteren Verlauf, ob die Angebote den Pflegebedarf auch wirklich decken. Wenn es nötig ist, steuert der Case Manager nach, indem er weitere Unterstützung organisiert oder Dienstleistungen auch wieder kündigt. Bei Bedarf vertreten die Lotsen auch die Interessen des Klienten gegenüber einzelnen Anbietern oder der Pflegeversicherung.

Oberstes Ziel für die Lotsen ist es, Menschen bei der Suche nach Angeboten vor Ort, die ihnen helfen, länger selbstständig in den eigenen vier Wänden zu leben, konkret zu unterstützen. Dazu gehört beispielsweise die Suche nach

- einem Menüdienst, der auch am Wochenende heißes Essen liefert,
- einem Haus-Notruf-Anbieter mit

entsprechendem Preis- und Leistungsvergleich,

- einem ambulanten Pflegedienst, der Pflegebedürftige auch noch um 22 Uhr ins Bett bringt,
- einer Haushaltshilfe,
- einer Tagesmutter,
- ehrenamtlichen Besuchsdiensten, die sich für ein oder zwei Stunden in der Woche um den Pflegebedürftigen kümmern, um die Angehörigen zu entlasten.

Weitere Aussichten

Langfristig ist geplant, für den Kreis Rendsburg-Eckernförde einen zentralen Pflegestützpunkt in Rendsburg aufzubauen. Da der Kreis Rendsburg-Eckernförde sehr groß ist, wird es fünf Nebenstellen geben, damit die Bürgerinnen und Bürger eine wohnortnahe Beratung erhalten. Der Lotsendienst der Gemeinde Altenholz hat sich als eine solche Nebenstelle beworben. Wenn die Gemeinde Altenholz Nebenstelle des Pflegestützpunktes wird, werden von dort rund 58.000 Einwohner betreut, was die Region stärken und Altenholz als Gemeinde attraktiv machen könnte.

Iris-Uta Räther-Arendt, Lotsendienst der Gemeinde Altenholz, www.lotsendienste.de

Kompetenzzentrum Case Management

Zertifikatskurse „Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen“ bietet das Institut für berufliche Aus- und Fortbildung gGmbH (IBAF) an, das in Schleswig-Holstein angesiedelt ist. Die Kurse sind von der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) anerkannt und finden in den Kompetenzzentren in Kiel und Hamburg statt. www.ibaf.de

„Dolmetscherin“ für die Patienten

Wie ergeht es schwer kranken, hochgradig pflegebedürftigen Patienten und ihren Angehörigen nach der Entlassung aus der Klinik? Oft sind die Betroffenen von der neuen Situation und der Vielzahl unterschiedlicher Ansprechpartner überfordert. Hier ist der Care Manager gefragt. Ein spezifisch qualifizierter Ansprechpartner für alle Beteiligten und alle Belange.

Wer mit schweren chronischen Erkrankungen aus dem Krankenhaus entlassen wird – sei es nach Hause oder in eine Pflegeeinrichtung – ist erst einmal erleichtert, den Klinikaufenthalt hinter sich zu haben. Trotzdem gehen viele Patienten nur kurze Zeit nach ihrer Entlassung freiwillig wieder zurück in die Klinik – der sogenannte „Drehtüreffekt“ tritt ein. In vielen Fällen sind Patienten und/oder ihre Betreuungspersonen überfordert mit der neuen Situation und einer Krankheit, die intensive Pflege, wie beispielsweise die Ernährung über eine Magensonde oder Wundversorgung, erfordert. Im schlimmsten Fall ist der Patient ohne adäquates Entlassungsmanagement (keine Medikamentenpläne, keine Anweisungen für die Weiterbehandelnden) aus der Klinik entlassen und seine Pflege bis zum nächsten Tag improvisiert worden. Aus dieser unsicheren Situation heraus gehen die Patienten zurück in die Klinik. Dort wurden fast alle Leistungen an Ort und Stelle erbracht, ohne dass sie sich selbst darum kümmern mussten. Zu Hause stehen die Betroffenen und ihre Angehörigen einer Vielzahl von Ansprechpartnern gegenüber: Da ist der Hausarzt, der für die medizinische Therapie zuständig ist; da ist der ambulante Pflegedienst; da sind Firmen, die technische Hilfsmittel bereitstellen; da ist die Krankenkasse, die Leistungen bewilligt oder ablehnt; da ist die Apotheke, die die Medikamente verkauft. Hinzu können noch weitere Fachärzte und Therapeuten kommen. Wie soll man das alles bewältigen?



Die Care Managerinnen übersetzen die Behandlungs- und Pflegeanweisungen in die Sprache der Patienten.

Die Schnittstelle: Care Manager

Es muss jemanden geben, der diese Aufgaben übernimmt. Eine Schnittstelle, die die Lücke zwischen stationärem Aufenthalt und dem Gang nach Hause schließt und die Versorgung chronisch schwer kranker Menschen zu Hause koordiniert. Dies war unsere Idee, als wir uns Ende 2009 als Care Managerinnen in dem relativ jungen Berufsfeld selbstständig gemacht haben.

In erster Linie sehen wir uns als „Dolmetscherinnen“ für die Patienten: Denn wir übersetzen die Behandlungs- und Pflegeabläufe in eine für den Patienten verständliche Sprache. Wir koordinieren die notwendigen Schritte und Leistungen unterschiedlicher beteiligter Stellen, übernehmen bürokratische Formalitäten und stehen generell als Ansprechpartnerinnen zur Verfügung. Dies alles mit dem Ziel, die Lebens-

qualität schwer kranker Menschen, die in Intensivbehandlung zu Hause leben, zu verbessern.

Unsere Arbeit beginnt bereits in der Klinik. Gemeinsam mit den dortigen Ärzten und Pflegenden besprechen wir alles Nötige für die Entlassung des Patienten. Und auch die weiteren Beteiligten – Hausarzt, Pflegedienste, Hilfsmittellieferanten – werden im Vorwege informiert. Ist der Patient zu Hause, geht es weiter mit der Koordinierung.

Chefin sein

Nachdem wir jahrelang als Krankenschwestern angestellt waren, wollten wir unsere „eigenen Chefinnen“ werden, selbstständig planen und uns von institutionellen Zwängen frei machen. Daher haben wir uns – aufbauend auf unserem beruflichen Wissen – zu zertifizierten Care Managerinnen weitergebildet. Diese

Qualifikation halten wir laufend auf dem neuesten Stand, indem wir ein kontinuierliches Fortbildungsprogramm absolvieren. Nur wenn wir auf dem Niveau des aktuellen medizinischen und pflegerischen Wissens sind, können wir auch unsere Lotsenfunktion in der außerklinischen Intensivversorgung wahrnehmen, Patienten informieren, Ärzte beraten, Pflegekräfte schulen oder auch mit Krankenkassen verhandeln.

Manche dieser Aufgaben lassen sich besser im Verbund bewältigen: Für die Qualifizierung, die Verhandlungen mit Herstellern, Aushandlung von Verträgen mit Kliniken und Kassen haben wir uns einem bundesweit tätigen Partner angeschlossen, der n:aip Deutschland GmbH. n:aip steht für „Netzwerk für außerklinische Intensiv- und Palliativtherapie“. Auf diese Weise sind wir mit anderen Homecare-Unternehmen in Deutschland, die ihre Leistungen eigenständig erbringen, vernetzt. Wir verfolgen die gleiche Philosophie, stehen in einem fachlichen

Austausch und werden vor allem gemeinsam in einem Qualifikationsprogramm gestärkt.

Wenn wir uns als Care Managerinnen um die Versorgung der Patienten mit Hilfsmitteln kümmern, etwa um die Ernährungstherapie, Stoma-Artikel und die anderen von uns angebotenen Therapie-segmente, handeln wir herstellerunabhängig. Wir sind an kein Unternehmen gebunden, sondern beraten den Arzt bei der Auswahl von Medikamenten und Hilfsmitteln allein nach den Gesichtspunkten der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Unsere Beratung, Schulung und unterstützenden Maßnahmen sind kostenfrei und müssen nicht bei der Krankenkasse beantragt werden. Die Finanzierung unserer Leistungen erfolgt über die Rezeptabrechnungen für Hilfsmittel.

Für uns ist diese unternehmerische Organisationsform – bei allem Stress und Aufwand eines „Start-ups“ – ideal. Mittlerweile haben wir sie-

ben Mitarbeiter, die uns in Service und Verwaltung unterstützen. Wir sind jedoch bislang die einzigen Care Managerinnen, die in Schleswig-Holstein den Schritt in die Selbstständigkeit gewagt haben.

Die Arbeit wird nicht weniger

Unser Arbeitsbereich wird noch weiter an Bedeutung gewinnen, denn die Zahl der Intensiv- und Palliativpflegepatienten, die außerhalb der Klinik qualifiziert gepflegt und versorgt werden möchten, nimmt zu. Auch der im gesamten Gesundheits- und Sozialbereich steigende Druck zur Wirtschaftlichkeit und Effizienzsteigerung spielt eine Rolle. Unsere Tätigkeit zielt darauf ab, als Lotsen in einem Prozess der Integrierten Versorgung in der Intensiv- und Palliativbehandlung gemeinsam mit und für alle Beteiligten optimale Abläufe zu entwickeln.

Meryem Demircigil und Claudia Henkel, selbstständige Care Managerinnen, n:aip Netzwerk Kiel DeGohMed Homecare GbR

► CASE/CARE MANAGER

Was ist eigentlich der Unterschied zwischen Case Management und Care Management? Die Begriffe werden häufig so verwendet, als hätten sie die gleiche Bedeutung (synonym). Beide Berufe haben viele Gemeinsamkeiten, es gibt aber auch einige Unterschiede.

Case Management

Case Management, auch Fallmanagement genannt, behandelt den konkreten Unterstützungsbedarf einer einzelnen Person – eines „Falles“. Der Begriff wird nicht nur im Gesundheitssektor, sondern auch im sozialen oder juristischen Bereich verwendet. Im Gesundheitsbereich, also in der Pflege oder medizinischen Versorgung, ist das Ziel eines Case Managers, den Bedarf eines Patienten zu ermitteln (Assessment) und seine individuelle Versorgung auf Basis bestehender Angebote zu planen. Dafür koordiniert der Case Manager alle Beteiligten, die im Behandlungsprozess

oder in der Versorgung eines Patienten mitwirken. Schließlich wird die Wirksamkeit der Versorgung bewertet (Evaluation) und wenn nötig verbessert. Im gesamten Prozess werden die Wünsche des Patienten einbezogen; angestrebte Ziele sind Qualität, Effektivität und Kostenminimierung.

Ein Case Manager behandelt also den Fall.

Care Management

Care Management, auch Systemmanagement genannt, hat zum Ziel, die Versorgung in verschiedenen Bereichen oder „Systemen“ zu optimieren. Im Bereich „Krankenhaus“ kümmert sich ein Care Manager beispielsweise darum, das Entlassungsmanagement zu verbessern, indem Standards formuliert, Informationswege entwickelt oder neue Prozesse eingeführt werden. Der Unterschied zum Case Management liegt darin, dass im Care Manage-

ment allgemeine organisatorische Strukturen neu entwickelt und fortlaufend optimiert werden, ohne dabei an einem konkreten Fall zu arbeiten. Care Manager begleiten keine Patienten auf ihrem Weg, sondern werden zur Verbesserung des Systems eingesetzt.

Ein Care Manager behandelt also das System.

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC)

Die DGCC fördert die Anwendung und Entwicklung von Care und Case Management im Sozialwesen, im Gesundheitswesen, in der Pflege, im Versicherungswesen und in der Beschäftigungsförderung. Bei der DGCC finden Interessierte ausführliche Informationen zu Ausbildung, Praxis und Forschung im Case und Care Management.
www.dgcc.de

Die Molekulare Bildgebung als neues Verfahren macht es möglich, Krankheiten schneller zu diagnostizieren, ohne Gewebeproben entnehmen zu müssen, und Therapiewirkungen kurzfristig und sicher zu verfolgen. Spezialisten aus verschiedenen Berufsfeldern arbeiten im Projekt MOIN CC gemeinsam daran, das Verfahren weiterzuentwickeln und marktfähig zu machen.

Bildgebende Verfahren in der Medizin liefern Bilddaten von Organen und Strukturen des menschlichen Körpers. Der Großteil dieser Bilder beruht auf der Darstellung von Gewebeveränderungen. Die bildgebende Diagnostik hat in den letzten Jahrzehnten eine rasante Entwicklung durchlaufen und liefert immer detailliertere Aufnahmen. Trotzdem sind diese nicht immer eindeutig, um Erkrankungen zu diagnostizieren. Daher müssen zum Teil Aufnahmen mit mehreren Methoden angefertigt werden, was häufig mit einer Vielzahl von Untersuchungen für den Patienten verbunden ist. Darüber hinaus spiegelt sich eine Krankheit nicht sofort in der Gewebestruktur wider. Oft kann man erst nach einiger Zeit feststellen, ob eine Therapie anschlägt. In dieser Zeit belasten Ungewissheit und Nebenwirkungen den Patienten.

Blick in die Zelle

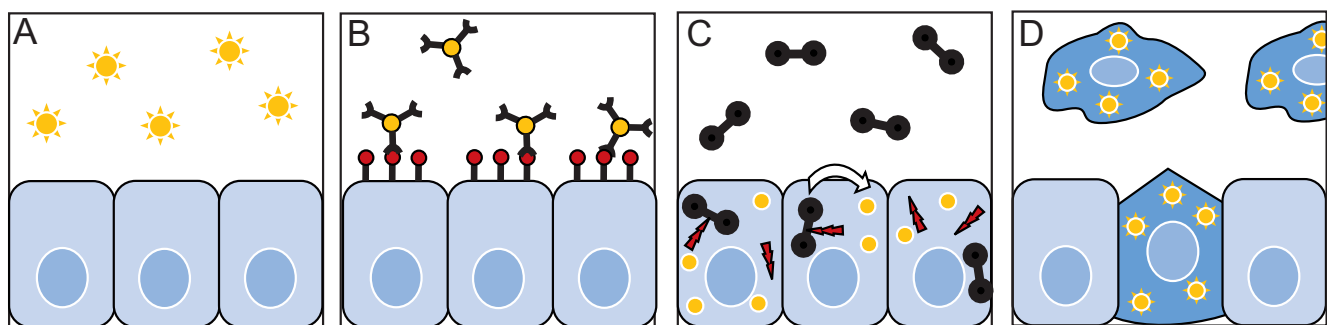
Das Prinzip der Molekularen Bildgebung baut auf der Erkenntnis auf, dass die menschlichen Zellen bereits auf die Erkrankung reagieren, bevor strukturelle Änderungen in der Gewebestruktur sichtbar werden. Die Molekulare Bildgebung wirft daher einen Blick in den kleinsten Bestandteil des menschlichen Körpers, die Zelle. Kontrastmittel werden entwickelt, um diese molekularen Veränderungen in den Zellen mit den Geräten sichtbar machen zu können, die bereits heute in der Klinik eingesetzt werden. So hofft man zum Beispiel Entzündungen oder Narbengewebe besser von Tumoren unterscheiden zu können, ohne Gewebeproben entnehmen zu müssen. Die Diagnose wird präziser.

In der Therapie soll die Molekulare Bildgebung in gleicher Weise

die Wirkung neuer Medikamente sichtbar machen. So kann der behandelnde Arzt früher erkennen, ob eine Therapie wirkt, und schneller entscheiden, ob eine andere Behandlung notwendig ist.

Spezialisten mit Überblick

Der Ansatz der Molekularen Bildgebung soll die Diagnostik individueller auf den Patienten zuschneiden und helfen, schneller die optimale Therapie zu finden. Die zu lösenden Aufgaben reichen von der Identifizierung geeigneter Zielmoleküle und der Entwicklung spezifischer Kontrastmittel über die Weiterentwicklung der Gerätetechnik und der Bildauswertung bis hin zu klinischen Studien. Diese komplexen und miteinander verschränkten Aufgabenfelder sind nur gemeinsam in einem Team zu bearbeiten – ein Team aus Radiologen, Nuklearmedizinern,



Unspezifische Kontrastmittel markieren die Gefäße.

Spezifische Kontrastpartikel binden an zelluläre Strukturen.

„Smart Marker“ geben ein Signal, wenn sie mit krankheitsspezifischen Enzymen reagieren.

Zellen, die beispielsweise zur Stammzelltherapie verwendet werden sollen, werden vorher markiert, um sie wiederzufinden.

Die Molekulare Bildgebung soll zukünftig eine präzisere Diagnostik und Darstellung der Therapiewirkung mithilfe von spezifischen Kontrastmitteln ermöglichen. Die Entwicklung von verschiedenen Kontrastmitteln ist beispielsweise eine der Aufgaben von MOIN CC.



(Bio-)Chemikern, Biologen, Physikern, Pharmazeuten und Informatikern. Dabei ist jedes Teammitglied Spezialist für sein Fachgebiet, muss aber zugleich einen Überblick über das Gesamtprojekt und ein Grundverständnis für die anderen Disziplinen haben.

Wissenschaft mit Wirtschaft

In dem 2010 gegründeten Molecular Imaging North Competence Center (MOIN CC) arbeiten solche Spezialisten. Ihr Ziel ist es, Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung in die Entwicklung spezifischer Kontrastmittel und neuer Nachweismethoden für Diagnostik und Therapiekontrolle umzusetzen. Herzstück des Gesamtprojekts ist eine Laboreinheit, die mit Geräten für Kernspin- und Computertomographie sowie für optische und Ultraschallbildgebung ausgestattet ist. Die wissenschaftliche Arbeit ist in Teilprojekten organisiert, von denen sechs in Kiel und eins in Lübeck angesiedelt sind. Alle Teilprojekte arbeiten mit industriellen Partnern zusammen, um eine Übertragung der Ergebnisse in die Klinik zukünftig zu ermöglichen.

Eine weitere Einheit, die MOIN Services, wird die Ergebnisse aus den Projektarbeiten an Unternehmen vermarkten, die nicht selbst über die notwendige Infrastruktur verfügen. So können beispielsweise Pharmaunternehmen entwickelte Medikamente oder Kontraststoffe bei MOIN Services auf Wirksamkeit testen lassen.

Es gibt nur wenige Forschungszentren, die auf eine ähnliche Infrastruktur zugreifen können, wie sie nun MOIN CC zur Verfügung steht. Somit bietet es eine großartige Chance, den Standort Schleswig-Holstein auf einem Gebiet der medizinischen Forschung mit höchsten Innovationsraten zu positionieren. MOIN CC wird vom Ministerium für Wissenschaft, Wirtschaft und Verkehr des Landes Schleswig-Holstein gefördert; industrielle Partner unterstützen die einzelnen Teilprojekte.

Dr. Carola Heneweer, Prof. Claus-Christian Glüer,
Prof. Martin Heller, Klinik für Diagnostische
Radiologie, UK S-H, Campus Kiel

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

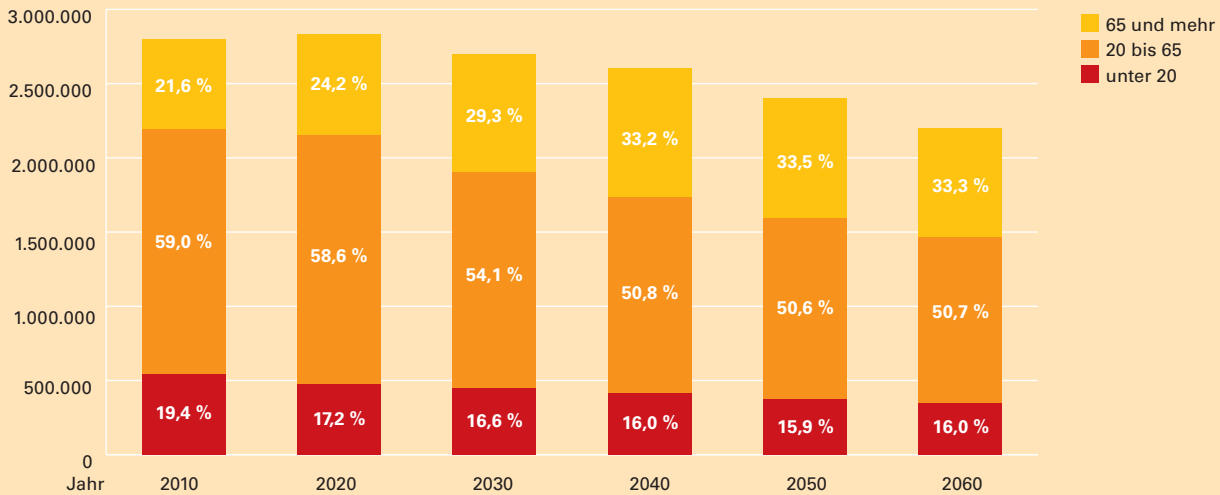
Lorentzendamms 24 | 24103 Kiel
www.wtsh.de

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

Jetzt
Broschüre
anfordern!

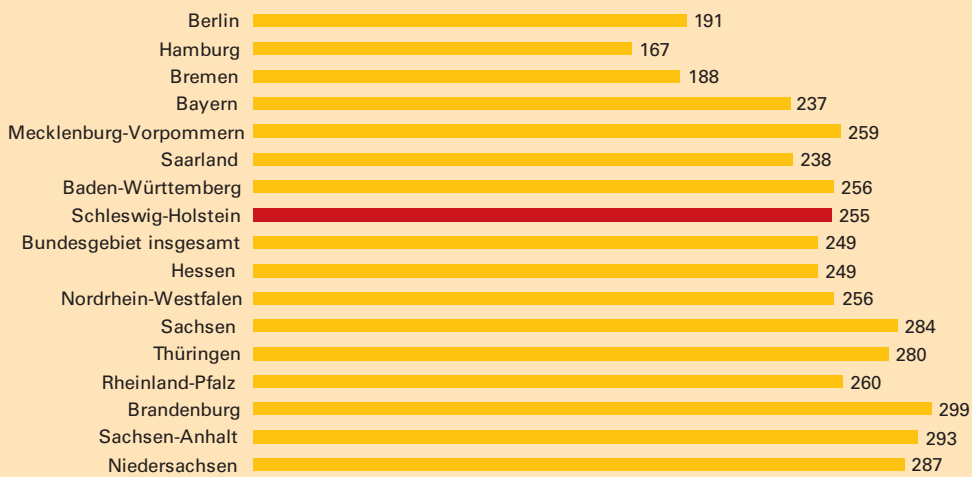
► DATEN ZUM GESUNDHEITSLAND SCHLESWIG-HOLSTEIN

Bevölkerungsveränderung in Schleswig-Holstein bis 2060 nach Altersgruppen



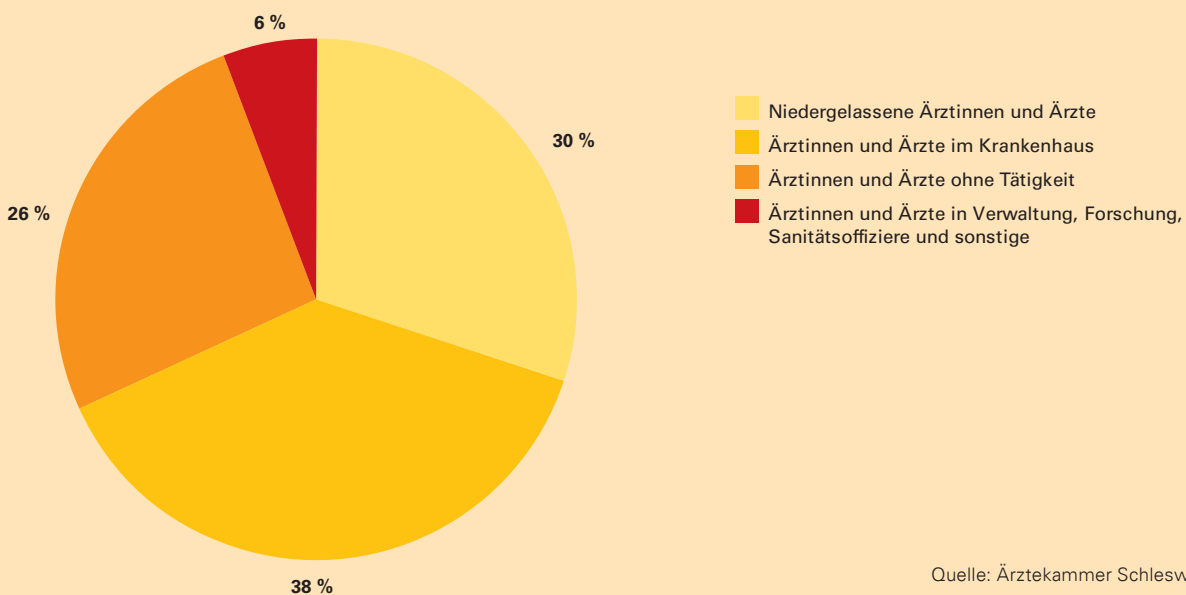
Quelle: 12. KBV, Statistisches Bundesamt 2010

Einwohner je Arzt in den Bundesländern



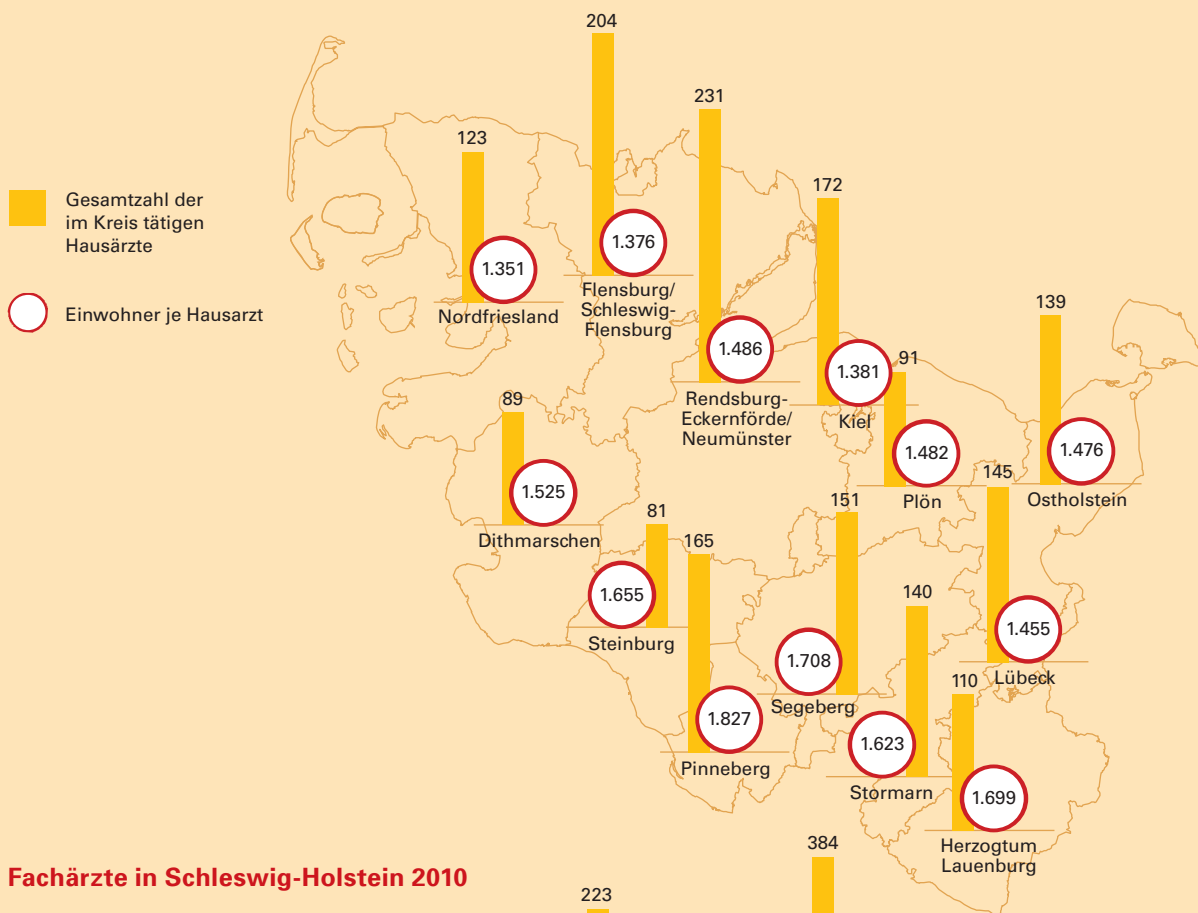
Quelle: Bundesärztekammer 2009

Anteil der Arztgruppen in Schleswig-Holstein 2008

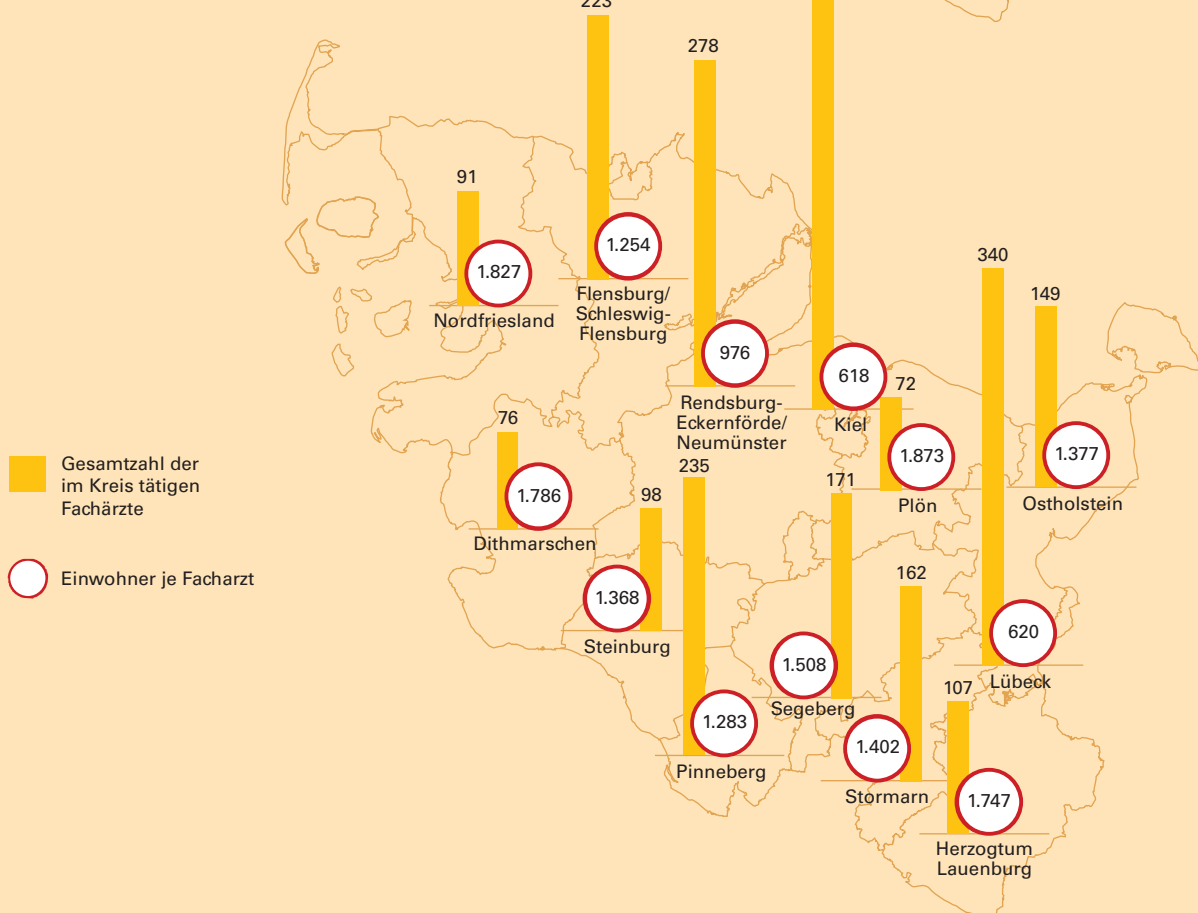


Quelle: Ärztekammer Schleswig-Holstein 2009

Hausärzte in Schleswig-Holstein 2010



Fachärzte in Schleswig-Holstein 2010



Quelle: KVSH 2010, Statistisches Bundesamt

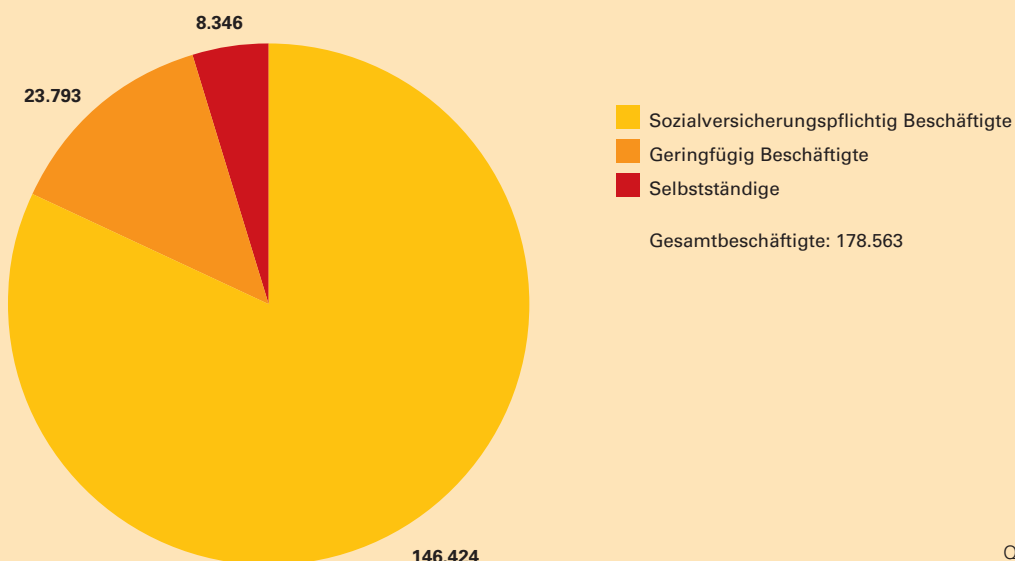
► DATEN ZUM GESUNDHEITSLAND SCHLESWIG-HOLSTEIN

Entwicklung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein 1999–2007

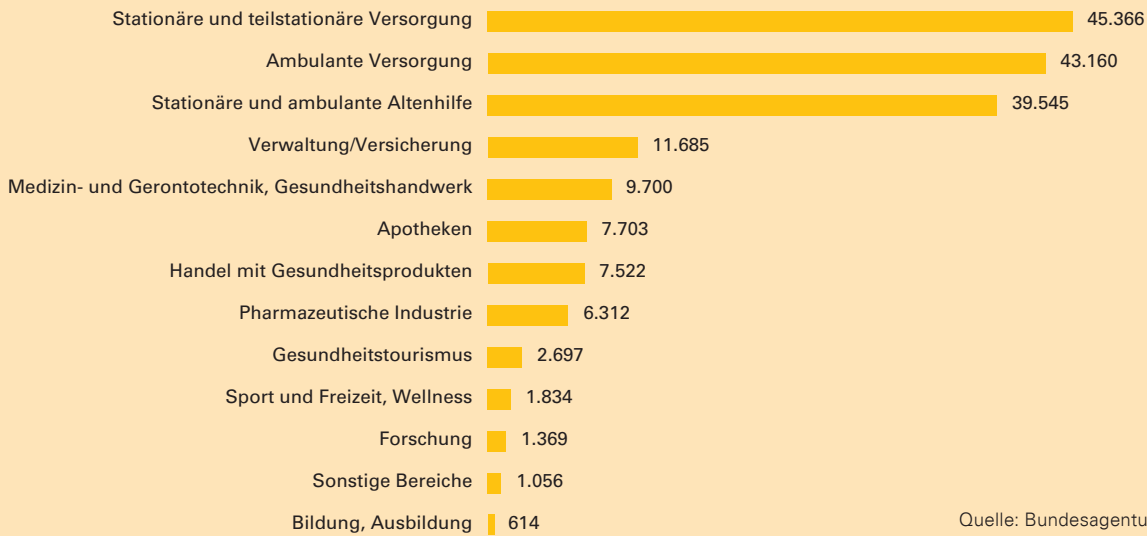


Der Kernbereich beinhaltet die ambulante und stationäre Versorgung, die Altenpflege sowie Verwaltung und Versicherung. Zu den gesundheitsrelevanten Randbereichen zählen Sport, Wellness und Gesundheitstourismus. Zu den Vorleistungs- und Zulieferindustrien gehören neben der pharmazeutischen Industrie, der Medizin- und Gerontotechnik und der Bio- und Gentechnologie das Gesundheitshandwerk sowie der Groß- und Facheinzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Produkten.

Gesamtbeschäftigte in der Gesundheitswirtschaft nach Art der Beschäftigung 2009

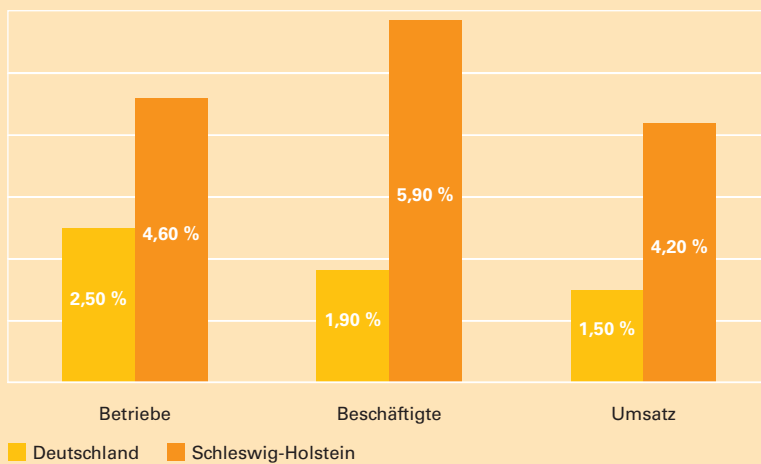


Verteilung der 178.563 Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft nach Bereichen in Schleswig-Holstein 2009



Quelle: Bundesagentur für Arbeit (BA) u. a.,
Berechnung: Institut Arbeit und Technik (IAT)

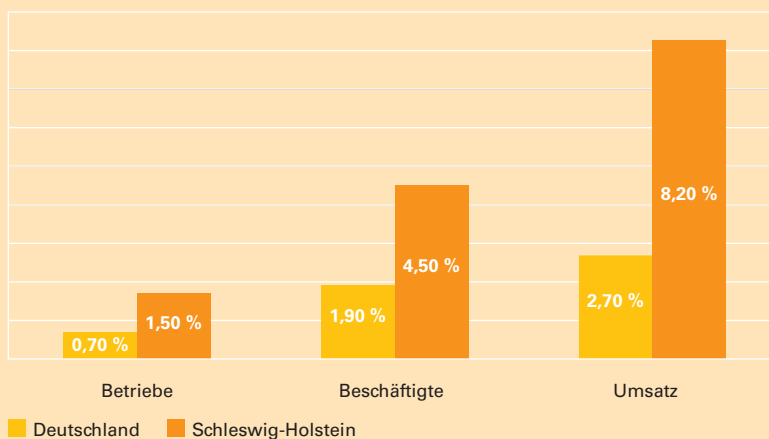
Medizinische Geräte und orthopädische Erzeugnisse 2009 in Prozent des verarbeitenden Gewerbes



Im verarbeitenden Gewerbe Schleswig-Holsteins sind die Bereiche Medizintechnik und pharmazeutische Erzeugnisse ein wichtiger Schwerpunkt. Ihr Anteil an Arbeitsplätzen und Umsatz ist deutlich höher als im Bundesdurchschnitt.

Quelle: Statistikamt Nord, Statistisches Bundesamt 2010

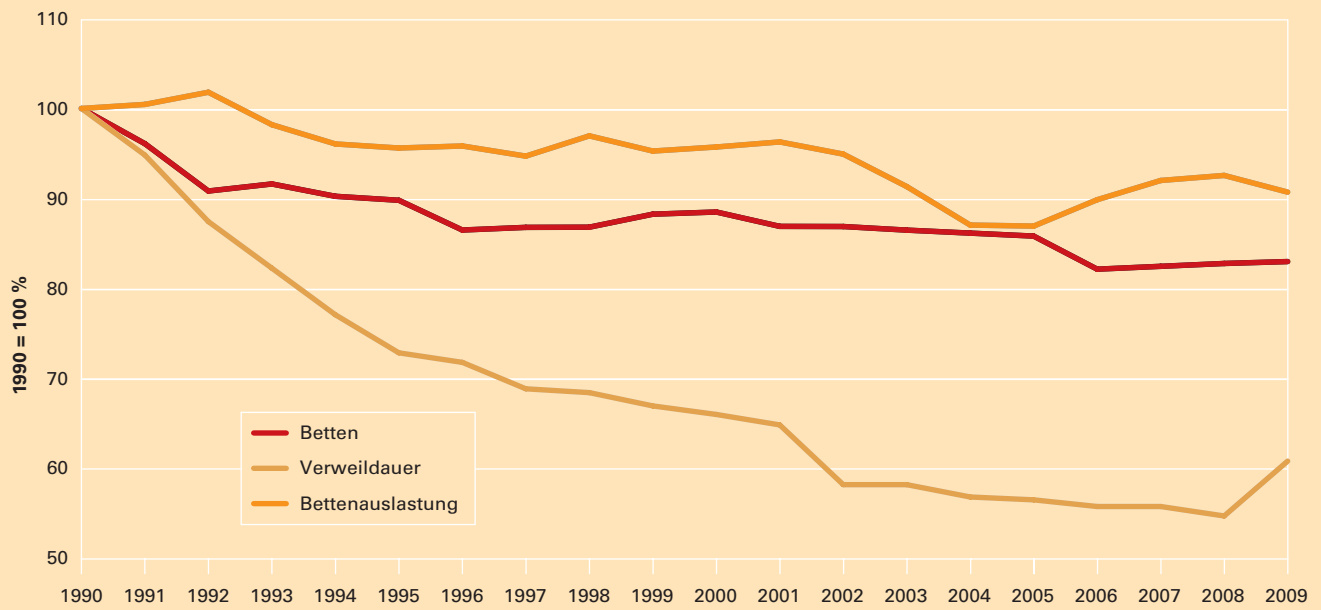
Pharmazeutische Erzeugnisse 2009 in Prozent des verarbeitenden Gewerbes



Quelle: Statistikamt Nord, Statistisches Bundesamt 2010

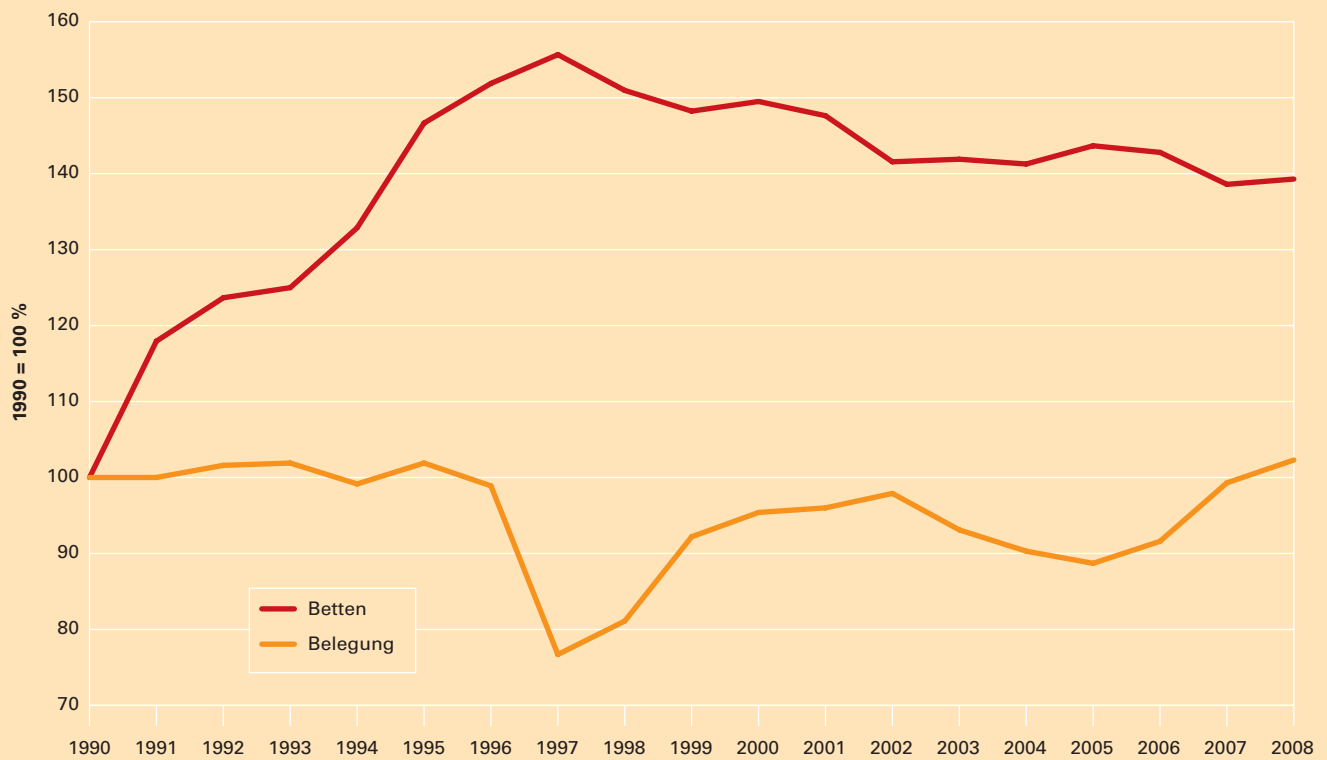
► DATEN ZUM GESUNDHEITSLAND SCHLESWIG-HOLSTEIN

Entwicklung ausgewählter Krankenhausdaten in Schleswig-Holstein 1990–2009



Quelle: KGSH, Statistikamt Nord 2010

Entwicklung ausgewählter Daten schleswig-holsteinischer Reha-Einrichtungen 1990–2008



Quelle: KGSH 2010

► PALLIATIVE-CARE-TEAMS

Wenn ein Mensch unheilbar krank ist, benötigt er eine aufwendige Pflege und medizinische Betreuung. In einem solchen Fall kann der behandelnde Arzt die Leistungen eines Palliative-Care-Teams (PCT) verordnen. Im Gegensatz zum Hospiz, wo eine stationäre Betreuung in den letzten Wochen des Lebens erfolgt, kümmert sich das PCT ambulant über mehrere Monate und manchmal auch Jahre hinweg um den Patienten.

In Schleswig-Holstein wurden seit 2007 rund 20 PCTs etabliert. Dazu schließen die gesetzlichen Krankenkassen Versorgungsverträge mit den Teams, die daraufhin die Versorgung Schwerkranker sicherstellen.

Ein PCT setzt sich aus mehreren Fachleuten aus dem Gesundheitsbereich zusammen, die interdisziplinär zusammenarbeiten, um Schwerkranke zu behandeln. Fachärzte für Palliativmedizin sorgen für weitgehende Schmerzfreiheit, Krankenschwestern oder -pfleger mit einer Weiterbildung zu Palliativ-Fachkräften, Physiotherapeuten, Psychologen und Seelsorger betreuen und versorgen die Patienten.



Für die umfassende Versorgung ist eine 24-Stunden-Rufbereitschaft Voraussetzung. Das heißt, dass Pflegekräfte und Fachärzte rund um die Uhr telefonisch erreichbar und verfügbar sind. Zu den Aufgaben

des Teams gehören auch die Dokumentation und Koordination der verschiedenen Behandlungen sowie die Kommunikation mit den Angehörigen und deren Einbindung.

Gesundheit in besten Händen.

AOK
Die Gesundheitskasse.

DAS AOK BLEIB-GESUND-PAKET

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

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

Jetzt zur
AOK
wechseln!

Maßnahmen beim Mitarbeiter

Die Komplexität steigt, die Tätigkeiten verdichten sich – das ist an sich keine neue Erkenntnis und sicherlich nicht auf den Gesundheitsbereich beschränkt. Dennoch ist es in diesem sensiblen Bereich besonders wichtig, die Mitarbeiter bei Veränderungen mitzunehmen, damit sie den Anforderungen gewachsen sind und die Patienten nach den neuesten Erkenntnissen behandeln und pflegen können.

Im Licht durchfluteten Konferenzraum mit Blick auf den Kleinen Eutiner See sitzen die Oberärzte des Zentrums für Chirurgie der Klinik Eutin zusammen mit ihrem Supervisor. Sie reden über ihre Arbeit, die Umsetzung neuer Therapieformen und Leitlinien – und wie sie mit der persönlichen Belastung umgehen, die aus dem ständigen Wechsel zwischen OP, Station und Notaufnahme entsteht. Themen sind auch die fachliche und persönliche Führung der Assistenzärzte und der Umgang mit Konflikten zwischen Mitarbeitern verschiedener Fachgruppen sowie Stressbewältigung.

Anlassbezogen und vorbeugend

Die Supervision ist eine Möglichkeit, Teams oder Einzelpersonen in Belastungssituationen oder mit besonderen Führungsaufgaben zu unterstützen. Beispielsweise in Bereichen, in denen Patienten mit schweren Erkrankungen behandelt werden, die mit einer starken psychischen Belastung einhergehen können. Oder wenn Teams mit neuen Organisationsstrukturen umgehen müssen und sich finden sollen. In diesen Situationen ist es sinnvoll, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gezielt Supervision und Coaching anzubieten. Auch in Konfliktsituationen gibt es positive Erfahrungen mit diesen Techniken.

Parallel dazu können Fortbildungen im Sinne einer Gesundheitsvorsorge für Mitarbeiter wirken. Aufeinander aufbauende Seminare zur Stressbewältigung, die von speziell geschulten Psychologen angeboten werden, sensibilisieren die Teilnehmer, machen auf Gefahren für die Gesundheit aufmerksam und bieten Techniken zur Stressbewältigung an. Von den Mitarbeitern der Sana Kliniken Ostholstein, zu der auch die

besagte Klinik Eutin gehört, werden diese Seminare sehr gut angenommen. Im jährlichen Mitarbeitergespräch überlegen Mitarbeiter und Führungskraft gemeinsam, wie es mit der ganz persönlichen Arbeitszufriedenheit steht. Neue Mitarbeiter werden nach einem Konzept eingearbeitet, das Aspekte der Kundenorientierung und Stressbewältigung beinhaltet, und werden so auf ihren Einsatz vorbereitet. Berufsbegleitende Fortbildungsangebote reichen vom Führungskräfte-Training bis zur Telefonschulung für Rezeptionsmitarbeiter.

Vernetzung, um zu versorgen

In den Sana Kliniken Ostholstein steigt die Zahl der Ärzte: Waren es 2006 noch 130 Ärzte, sind es 2010 bereits 144. In Anbetracht der Tatsache, dass sich die Entwicklung in Schleswig-Holstein auf einen Mangel an Fachärzten zubewegt, bedeutet dies, dass Fachärzte bereits mit Ende dreißig oder Anfang vierzig Verantwortung übernehmen.

Wir gehen auch davon aus, dass die Kooperation zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern in Zukunft noch viel wichtiger, geradezu unausweichlich wird. Als Klinik der Schwerpunktversorgung mit dem Anspruch auf Wohnortnähe in einem Flächenlandkreis wie Ostholstein müssen wir nicht alle Kompetenzen selbst vorhalten, wenn wir dafür Partner finden können: Im Brustzentrum Ostholstein sind wir mit anderen Kliniken und niedergelassenen Onkologen, Gynäkologen, Pathologen, Radiologen, Strahlentherapeuten, Vereinen und sozialen Institutionen vernetzt. Auf diese Weise können wir eine leitliniengerechte, qualitative und zudem patientennahe Behandlung gewährleisten. Wir haben beispielsweise auch ei-

ne gemeinsame Gesellschaft mit dem Förderverein Gesundheitsnetz Östliches Holstein e. V. gegründet, um eine kooperative ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung in Ostholstein zu realisieren, die die niedergelassenen Ärzte, Kliniken, Psychotherapeuten, Therapeuten, ambulanten Pflegedienste, stationären Pflegeeinrichtungen, Sanitätshäuser und Apotheken miteinander vernetzt – in enger Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen. Die Vernetzung von Leistungserbringern ist zentral für die flächendeckende Gesundheitsversorgung. Doch was bedeutet das für die Mitarbeiter?

Damit die Behandlung der Patienten reibungslos und sektorübergreifend funktioniert, ist ein hoher Grad an Organisation erforderlich. Dies fordert den Mitarbeitern ab, nicht nur in ihrem ureigensten Fachgebiet sehr gute Leistungen zu erbringen, sondern darüber hinaus viele Partner zu koordinieren und sich mit anderen abzustimmen. Daher ist es unabdingbar, dass alle Führungskräfte im Krankenhaus versuchen, über ihr eigenes Fachgebiet hinaus zu denken. So hat zum Beispiel der Ärztliche Direktor Privatdozent Dr. Mohammad Maghsudi noch einen weiteren Titel: Master of Hospital Management. Für den Abschluss in Gesundheitsmanagement tauschte er über einen Zeitraum von zwei Jahren am Freitagabend und am Wochenende weißen Kittel und OP gegen Hörsaal. Über den Aufbau eines Risikomanagementsystems hinaus unterzieht die Sana Kliniken AG bereits seit 2008 die Kliniken einem Risiko-Audit.

Individuelle Arbeitszeitmodelle

Krankenhäuser sind seit jeher ein Arbeitsplatz, der einen hohen Anteil an weiblichen Mitarbeitern aufweist.

Obwohl heute noch wenige Chef- arztpositionen von Frauen besetzt sind – bei den Sana Kliniken Osthol- stein sind es immerhin schon ein Viertel –, ist es doch so: Die Zukunft der medizinischen Versorgung ist in vielen Bereichen weiblich – in der Pflege ist sie es längst. In der Inneren Medizin liegt der Anteil von Ärztinnen in unseren Kliniken bei 50 Prozent, Tendenz steigend, in der Gynäkologie und Geburtshilfe sogar bei über 80 Prozent. Viele Mitarbeiterinnen haben Kinder und arbeiten in Teilzeit. Da liegt es nahe, dass wir uns mit neuen Formen der familiengerechten Arbeit beschäfti- gen. Wir brauchen hoch qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die eine überdurchschnittliche Leistungsbereitschaft mitbringen. Darum versuchen wir bereits heute, Mitarbeitern in allen Berufsgruppen zu ermöglichen, besondere Formen der Organisation von Familie und Arbeit zu leben: Manche Mitarbeite- rinnen arbeiten gern und immer im Nachtdienst, manche von zu Hause aus abends und am Wochenende per Telearbeitsplatz. Doch nicht nur Frauen mit Kindern sind auf flexible Arbeitszeitmodelle angewiesen, auch Mitarbeiter, die Familienange-

hörige pflegen, profitieren von die- sen Möglichkeiten.

Zusätzlich befassen wir uns auch mit Konzepten für altersgerechtes Arbeiten, denn eins ist sicher: Auf Mitarbeiter über 60 können wir in Zukunft nicht verzichten. Wir versu- chen es zu ermöglichen, Mitarbeiter in den letzten Jahren ihres Berufs- lebens in Bereichen einzusetzen, in denen die körperliche Belastung nicht ganz so hoch ist wie im Sta- tionsalltag. Auch nach Vollendung des 65. Lebensjahrs brauchen wir Kompetenz: Es gibt ehemalige Chefärzte, die auch nach der Pensio- nierung praktizieren, weil sie sich fit dafür fühlen und ihre Zeit weiterhin aktiv mit Patienten gestalten wollen. Und wir wollen auf ihre langjährige Erfahrung bei der Betreuung der Pa- tienten nicht verzichten.

Offene Fehlerkultur

Damit die Sicherheit für die Pati- enten auf hohem Niveau bei Innova- tionen und steigender Komplexität erhalten bleibt und weiter erhöht werden kann, sind Systeme des Risikomanagements und Risiko-Au- dits notwendig. Konkret bedeutet dies, dass viele Bereiche des Kran-

kenhausalltags darauf überprüft werden, ob allen Mitarbeitern die Informationen zugänglich sind, die für eine sichere und gute Patienten- behandlung notwendig sind, und ob Sicherheitsprüfungen eingerichtet sind, um Fehler zu vermeiden. Von den Mitarbeitern erfordert dies eine starke Kultur im Umgang mit Fehlern. Ein System zur Meldung kritischer Ereignisse, das sogenann- te CIRS (Critical Incident Reporting System), ist in unseren Kliniken im Einsatz – ähnlich wie in der Luft- fahrt, wo solche Programme die Sicherheit der Passagiere gewähr- leisten. Wer entdeckt, wie beinahe ein Fehler entstanden wäre, teilt seine Erfahrung mit anderen. Alle überlegen gemeinsam, wie weitere potenzielle Fehler in Zukunft verhin- dert werden können. Die Offenheit, sich einzugestehen, dass beinahe ein Fehler passiert wäre, wird ab- gelöst von der Gewissheit, eine Regelung gefunden zu haben, damit dieser Fehler nicht wieder auftritt. Mittlerweile auditieren sich die Sana Kliniken alle zwei Jahre gegenseitig.

Dr. Stephan Puke,
Geschäftsführer Sana Kliniken
Ostholstein GmbH

Creating value through cooperation

www.dsn-online.de

dsn
ANALYSEN & STRATEGIEN
KOOPERATIONSMANAGEMENT

Demographie im Krankenhaus

Was den demographischen Wandel betrifft, geht es den Krankenhäusern nicht viel besser als anderen Unternehmen: Auf der einen Seite fehlt der Nachwuchs, auf der anderen Seite steigt die Zahl älterer Mitarbeiter. Nicht zuletzt diese Konstellation hat dazu geführt, dass noch mehr Aufmerksamkeit auf Gesundheit und Erhalt der Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitern gelegt wird. Im Krankenhaus der Zukunft werden die Bedürfnisse der älteren Mitarbeitenden berücksichtigt und deren Erfahrungen systematisch genutzt.

Im Laufe unseres Berufslebens gewinnen wir an Erfahrungen, im Gegenzug dazu sinkt ab einem bestimmten Alter unsere körperliche und geistige Leistungsfähigkeit. Hohe Leistungsansprüche, differenziertere Arbeitsprozesse und neue mediale Techniken erfordern aber Personal, das auf dem aktuellsten Stand ist. Darum sind lebenslanges Lernen und die Bereitschaft zum Erhalt der physischen und psychischen Leistungsfähigkeiten die Basis für die Arbeitsgestaltung im Alter.

Arbeitsbedingungen

Zunächst sind Maßnahmen umzusetzen, die die körperliche Leistungsfähigkeit erhalten, zum Beispiel die Bildung altersgemischter Arbeitsgruppen, die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Fachkräftegruppen und die Planung von Erholungsphasen innerhalb von Arbeitsabläufen. In der DIAKO wurde zu diesem Zweck mit dem Projekt GABI – Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und im Altenheim (www.gabiprojekt.de) – ein Anfang gemacht. Darauf aufbauend soll zukünftig ein geeignetes betriebliches Gesundheitsmanagement installiert werden, das unter anderem die ergonomische Anpassung der Arbeitsplätze umfasst. Zu optimalen Arbeitsplatzbedingungen gehören auch individuelle Arbeitszeitmodelle. Auch wenn ältere Mitarbeiter selber nicht mehr auf eine Kinderbetreuung angewiesen sind, so ist für die Flexibilisierung insgesamt eine unternehmenseigene Kindertagesstätte eine große Hilfe. So werden auch die Jüngeren flexibler – im Krankenhaus der Zukunft vielleicht mit einem 24-Stunden-Angebot.

Kompetenz und Entwicklung

Um das Wissen und die Fähigkeiten der Mitarbeitenden ständig aktuell zu halten und somit das vielbeschworene Konzept vom lebenslangen Lernen in die Tat umzusetzen, implementiert das Krankenhaus der Zukunft ein elektronisches Wissensmanagementsystem. So können ältere Mitarbeiter ihre Erfahrungen festhalten, jüngere Mitarbeiter können darauf zugreifen und so davon profitieren. Auch für den direkten Erfahrungsaustausch ist die Bildung altersgemischter Arbeitsgruppen sinnvoll.

Außerdem müssen Qualifikationen gesichert und ausgebaut werden. Eine Maßnahme ist zum Beispiel die Einrichtung eines standardisierten und kontinuierlichen „OP-Simulator“-Trainings, in dem die Chirurgen ihre manuellen und sensomotorischen Fähigkeiten trainieren und erhalten können.

Für die berufliche Weiterentwicklung der Mitarbeitenden werden persönliche Laufbahnkonzepte erstellt, die mit entsprechenden Maßnahmen in Aus-, Fort- und Weiterbildung unterstützt werden. Solche Konzepte betreffen zum einen die Laufbahn vom Anfänger- bis zum Expertenstatus, zum anderen die Organisation altersgerechter Arbeitskarrieren, also die Orientierung an den Lebensphasen der Mitarbeiter, und eine horizontale Karriereplanung.

Die Laufbahnkonzepte müssen regelmäßig aktualisiert werden. Gibt es veränderte Berufsbilder und Aufgabenfelder, die neue Entwicklungsmöglichkeiten bieten? Wie zum Beispiel die Delegation und Substitution von Tätigkeiten – was bedeutet, dass sowohl ärztliche als

auch pflegerische Tätigkeiten unter bestimmten Voraussetzungen von anderen Berufsgruppen übernommen werden können. Dann werden Mitarbeitende von nicht medizinischen Tätigkeiten entlastet und sie können sich auf ihre eigentlichen Kernkompetenzen konzentrieren.

Lebensqualität am Arbeitsplatz

Auch die Arbeitszufriedenheit ist ein wichtiger Faktor für die Erhaltung der Leistungsfähigkeit bei den Mitarbeitern. Zufriedene Mitarbeiter sind leistungsfähiger, weil sie nicht so stark durch Stress beeinträchtigt werden, motiviert sind und gern zur Arbeit gehen. Der Schlüssel dazu ist, „Lebensqualität“ am Arbeitsplatz herzustellen. Auf Unternehmensseite müssen Arbeitsbedingungen geschaffen werden, die für alle Mitarbeiter angenehm und zufriedenstellend sind. Dazu gehören zum Beispiel ein guter Führungsstil, eine hohe Lobkultur, sinnvolle und transparente Arbeitsabläufe, Förderung von Kreativität und der Abbau von Stressbelastungen. Zusätzlich dazu sollen Maßnahmen ergriffen werden, die unter anderem das Zeitmanagement optimieren, die Arbeitslogistik verbessern und den Führungsstil analysieren.

Wenn es gelingt, die geschilderten Maßnahmen im „Krankenhaus der Zukunft“ zu realisieren, dann liegen im demographischen Wandel zweifellos weiterhin viele Risiken, aber auch viele Chancen. Sie bestehen darin, die Kompetenzen der älteren Mitarbeiter zu nutzen und qualifiziertes Personal langfristig an das Krankenhaus zu binden.

Dr. Christian Peters und Claudia Erichsen, Ärztliche Direktion der DIAKO, www.diako.de



www.marktrausch.com

„Im Team die Stärken aller nutzen“



- Vereinte Kräfte
- Gemeinsame Kompetenz
- Kollektives Wissen
- Konforme Zielsetzungen

5K

KlinikVerbund
Schleswig-Holstein

www.5k-kliniken.de

Gut versorgt entlassen

In der professionellen Pflege hat sich der Begriff „Entlassungsmanagement“ etabliert. Darunter fasst man pflegerische, organisatorische und interdisziplinäre Maßnahmen zusammen, die ergriffen werden, bevor Patienten aus einem Krankenhaus entlassen werden. Ziel ist es, die lückenlose Versorgung des Einzelnen sicherzustellen.

Wenn Patienten aus dem Krankenhaus entlassen werden, heißt das nicht immer, dass sie vollständig gesund sind. Nach einem Schlaganfall zum Beispiel bedarf es einer weiteren Betreuung und Anleitung. Manchen Menschen stehen keine Angehörigen oder andere Bezugspersonen zur Seite, die sich in dieser Übergangszeit um sie kümmern könnten. Aber auch Patienten mit einem intakten sozialen Umfeld sind unter Umständen auf die Unterstützung von außen angewiesen. Darum hat der Gesetzgeber für jeden Patienten einen Anspruch auf einen reibungslosen Übergang von der stationären Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder in eine Pflegeeinrichtung festgeschrieben. Auf dieser gesetzlichen Grundlage haben die Krankenhäuser Maßnahmen für ein Entlassungsmanagement entwickelt.

Nahtloser Übergang

Oberstes Ziel des Entlassungsmanagements ist ein nahtloser Übergang in der medizinischen Betreuung und Pflege des Patienten. Der Patient soll sich nicht selber um die für ihn notwendigen Maßnahmen kümmern müssen, sondern systematisch durch die einzelnen Stationen in der Nachbehandlung „geleitet“ werden. Dieser Prozess wird bereits bei Einlieferung des Patienten in Gang gesetzt, ohne dass dieser die Leistungen einfordern muss. Zeitgleich zum Behandlungsprozess wird das Entlassungsmanagement betrieben, sodass zum Zeitpunkt der Entlassung die weiterführenden Maßnahmen feststehen. Auf diese Weise soll der sogenannte Drehtüreffekt vermieden werden. Dieser tritt häufig auf, wenn Patienten mit der Organisation von Nachbehandlung und Reha-



Im Team wird die Entlassung des Patienten geplant.

men überfordert sind. Sie begeben sich dann freiwillig zurück in die Klinik.

Aufgaben des Managements

Verantwortlich für die Entlassung ist der behandelnde Arzt. Doch für die Planung und Durchführung der Entlassung sind andere zuständig: die Bezugspflegekraft, Stationsarzt, Sozialdienst, die Physio- oder Ergotherapeuten. Das wird von den Kliniken unterschiedlich gehandhabt, einige setzen eigens einen „Entlassungsmanager“ ein. Gesetzlich festgelegt ist das Entlassungsmanagement noch nicht; typischerweise läuft es jedoch so ab: Bereits zu Beginn des stationären Krankenhausaufenthalts stellt der Entlassungsmanager fest und plant, welche weitere Unterstützung der Patient nach dem Krankenhausaufenthalt brauchen wird. Rechtzeitig vor dem Verlassen der Klinik stellt er die notwendigen Unterlagen zusammen und veranlasst alle benötigten Versorgungsmaßnahmen. Er berät den Patienten und seine Angehörigen in medizinischen, pflegerischen und sozial-rechtlichen Fragestellungen. Beispielsweise leitet der Stationsarzt die nötigen medizinischen Unterlagen an den weiterbehandelnden Arzt oder die Rehaklinik weiter oder der Sozial-

dienst eines Krankenhauses beantragt für einen älteren Patienten Kurzzeitpflege.

Für ein gut funktionierendes Entlassungsmanagement sind Standards, die den Pflege- und Hilfebedarf eines Patienten erfassen, unabdingbar. So gibt es verbindliche Kommunikationsstrukturen zwischen allen Beteiligten – also den „Entlassungsmanagern“, Patienten, Krankenhausärzten, Hausärzten, Angehörigen, Krankenversicherungen und weiterbehandelnden Einrichtungen. Alle Behandlungsschritte müssen natürlich lückenlos dokumentiert und die gewonnenen Daten in einheitlichen Formularen eingetragen werden. Dadurch können die Informationen, die für die anschließende Betreuung notwendig sind, problemlos weiterverwendet werden.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Generell ist das Entlassungsmanagement nicht auf einzelne Berufsgruppen und Institutionen festgelegt. Vielmehr bedarf es eines Netzwerkes verschiedener Professionen, Dienstleistungsanbieter und informeller Hilfen vor Ort. Dazu gehören ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Sanitätshäuser, niedergelassene Ärzte, Selbsthilfegruppen und nicht zuletzt pflegende Angehörige. Entlassungsmanagement ist daher ein multi- und interprofessioneller Prozess. Bereitschaft zur Kooperation verschiedener Professionen ist dabei Grundvoraussetzung für die Effektivität und Qualität des Entlassungsmanagements.

Ulrike Petersen, Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e. V., www.kgsh.de

Der Einzelne zählt

Um den Herausforderungen der Zukunft zu begegnen, setzt das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UK S-H) auf gezielte Personalentwicklung. Damit Dynamik entstehen kann, müssen Selbstbewusstsein und Verantwortungsbewusstsein der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gestärkt sowie Kompetenz und Wissen ausgebaut werden.

Das UK S-H ist mit rund 10.500 Mitarbeitern einer der größten Arbeitgeber in Schleswig-Holstein; als Krankenhaus der Maximalversorgung hat es einen entsprechenden Anspruch auf hoch differenzierte medizinische Leistungen. Für Spitzenleistungen ist es notwendig, die Mitarbeiter fortlaufend zu schulen – im Umgang mit den Patienten und miteinander. Unter dem berufsübergreifenden Motto „Gemeinsam lernen – gemeinsam wachsen“ wird dieser Gedanke mit zahlreichen internen Projekten in die Tat umgesetzt.

Eigenes Bildungszentrum

Jährlich absolvieren mehr als 2.000 Menschen in 170 Programmen Aus- und Fortbildungen im hauseigenen Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe (BIZ) und machen das UK S-H somit zu einer der landesweit größten außerschulischen Bildungseinrichtungen. Die Aus- und Fortzubildenden lernen von Fachleuten, die aus eigener täglicher Praxis wissen, worauf es ankommt.

Training für den Kunden

Bei der Behandlung von Patienten geht es nicht nur um die bestmögliche fachliche Betreuung. Besser zugängliche Informationen und zunehmende Entscheidungsfreiheit machen aus dem Patienten auch immer mehr einen Kunden. Deshalb hat das UK S-H gemeinsam mit einem internationalen Anbieter von Trainingsprogrammen ein fach-, berufs- und hierarchieübergreifendes Weiterbildungskonzept für Ärzte, Pflege- und Servicekräfte entwickelt. Damit soll der Servicegedanke aus der Hotellerie in die Patientenversorgung am UK S-H übertragen werden. Ausgehend von der Betreuung anspruchsvoller Menschen werden Handlungs- und Betreuungs-

ansätze kritisch überprüft, um ein individuelles, glaubwürdiges Kommunikationsverhalten zu erreichen, die Wahrnehmung zu schulen und den professionellen Umgang mit schwierigen Situationen zu trainieren.

Internationales Know-how

Mit der Expertise des neuen Systempartners VZS – dahinter stehen drei Konzerne aus dem Facility-Management – werden die tertiären Dienstleistungsbereiche des UK S-H derzeit modernisiert. 15 erfahrene Fachberater coachen die Mitarbeiter der Service GmbH, die mit ihrem Leistungsangebot auch externe Unternehmen gewinnen will. Logistik, Verpflegung, Hauswirtschaft, Zentralsterilisation, Pfortendienst und Außenanlagen werden optimiert. Bislang extern vergebene Aufträge im Patiententransport sowie der Sicherheitsdienst wurden wieder in eigener Regie übernommen. Damit ist es in kurzer Zeit gelungen, Kosten zu sparen, Wartezeiten zu verringern und die Servicequalität für die Patienten zu verbessern.

Persönlichkeit entwickeln

Bei der Personalentwicklung stehen drei Handlungsfelder im Fokus: Kommunikation, Kooperation und Kundenorientierung. Sie sollen die Unternehmenskultur stärker prägen. Führungskräfte und Mitarbeiter müssen hierarchieübergreifend mehr und in derselben Sprache miteinander sprechen, über Fachgrenzen hinweg besser zusammenarbeiten und den Dienstleistungsgedanken an steigende Ansprüche anpassen. Konkret werden diese Ziele in berufsgruppenübergreifenden Seminaren über strategisches Managementwissen, Entscheidungsfindung, Coaching von Mitarbeitern und Change Management verfolgt. Führungskräfte sollen so in die Lage

versetzt werden, Missverständnisse, Meinungsverschiedenheiten oder Vorurteile innerhalb des Unternehmens auszuräumen.

Jeder am richtigen Platz

Eine hohe Zufriedenheit mit der Arbeitssituation kann das Engagement der Mitarbeiter steigern. Daher werden denjenigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die sich aus persönlichen oder gesundheitlichen Gründen neu orientieren möchten, systematisch Alternativen angeboten. „Job intern“ ist eine Inhouse-Agentur, die unternehmenseigene Arbeitsplätze in den mehr als 70 Kliniken, Instituten und Abteilungen vermittelt. Dabei werden die Mitarbeiter auch in Fragen der Qualifizierung beraten und Förderungsprogramme und Hospitationen werden organisiert. Zudem wird die Wiedereingliederung von Frauen nach der Familienphase über „Job intern“ betrieben. Das im September 2010 verliehene Gütesiegel „audit beruf- undfamilie“ unter der Schirmherrschaft des Bundeswirtschafts- und des Bundesfamilienministeriums unterstreicht den Erfolg dieser Aktivitäten. Die Auszeichnung für familienfreundliche Unternehmen dürfen nur wenige große Universitätskliniken in Deutschland tragen. Nur mit zufriedenen Mitarbeitern lässt es sich gemeinsam lernen und gemeinsam wachsen.

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

Auf das Wesentliche

Wie können wir dem Fachkräftemangel im Pflegebereich begegnen? Neue Assistenzberufe können Pflegefachkräfte entlasten und ihnen wieder mehr Zeit für ihre originären Aufgaben geben. Altersgerechte Arbeitsbedingungen sollen die Freude an der Arbeit bis zum Rentenalter bewahren.

774.000 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger arbeiten derzeit in Deutschland. Damit stellen sie die mit Abstand größte Berufsgruppe unter den insgesamt 4,6 Millionen Beschäftigten im deutschen Gesundheitswesen. In den letzten Jahrzehnten hat sich der Beruf des Gesundheits- und Krankenpflegers stark gewandelt. Nicht nur die Berufsbezeichnung ist seit Januar 2004 neu, auch hat Mitte der 80er-Jahre eine Akademisierung des Berufsstandes begonnen. Mittlerweile ist die Zahl der pflegewissenschaftlichen Studiengänge gestiegen.

Der Blick ins europäische Ausland zeigt jedoch, dass das Angebot an deutschen Fachhochschulen und Universitäten noch ausbaufähig ist. Dies gilt vor allem auch für Schleswig-Holstein, wo zwar mittlerweile auch neue Studiengänge in therapeutischen Fächern wie der Physiotherapie entstanden sind, aber in Hinblick auf die Pflege noch Nachholbedarf besteht. Die Akademisierung der Pflege findet in der öffentlichen Diskussion starken Zuspruch. Nichtsdestotrotz – der Pflegeberuf hat in den letzten Jahren an Attraktivität verloren. Bereits heute ist absehbar, dass sich der Fachkräftemangel verstärken wird. Laut der Studie einer Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft und einem Wirtschaftsforschungsinstitut werden bereits 2020 in Deutschland (nach Vollzeitstellen berechnet) fast 140.000 Pflege- und andere nicht-ärztliche Fachkräfte fehlen. Die Personallücke droht bis 2030 weiter anzuwachsen.

Es besteht also dringender Handlungsbedarf – vor allem auch wegen der demographischen Entwicklung, die sich nicht nur in steigenden Patientenzahlen, sondern auch im Altersdurchschnitt des Pflegeperso-

nals bemerkbar macht. Zuvorderst gilt es dabei, die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern und die Arbeit auf den Stationen neu zu organisieren.

Mehr Zeit für die Pflege

In der Dampf Gruppe haben die Verantwortlichen deshalb begonnen, die examinierten Pflegekräfte in ihren Fachgebieten zu stärken, indem für einfache pflegerische Tätigkeiten wie Betten beziehen und Essen servieren speziell geschulte Serviceassistenten auf Station tätig sind. Die Fachkräfte erhalten so die Möglichkeit, sich auf Bereiche wie das Wundmanagement und die Schmerztherapie zu konzentrieren.

„Derzeit mangelt es in vielen Einrichtungen an Servicepersonal, das dafür qualifiziert ist, Kundenwünsche zu erkennen und Serviceleistungen für die speziellen Bedürfnisse von Patienten zu erbringen. Assistenz-, Service- und Hilfstätigkeiten werden in vielen Einrichtungen immer noch von hoch qualifiziertem Personal ausgeführt, was die Zeit für dessen eigentliche, spezifische Aufgaben mindert“, erklärt Michael Hümmling, Leiter des Schulzentrums für Gesundheitsberufe der Akademie Dampf in Schleswig. In der Bildungseinrichtung werden Arbeitssuchende und Interessierte in einer dreimonatigen Schulung auf eine serviceorientierte Tätigkeit im pflegerischen und Altenpflegerischen Bereich vorbereitet. Nach Rücksprache übernimmt die Agentur für Arbeit die Schulungskosten. Die Schulung gliedert sich dabei in einen zweimonatigen Theorie- und einen vierwöchigen Praxisteil. In der Theorie stehen unter anderem Hygiene, Krankheits- und Ernährungslehre, aber auch die Dokumentation von Pflegeprozessen und Kommunikationsmodelle auf

dem Stundenplan. Während der vierwöchigen Praxisphase in einer Einrichtung eigener Wahl kann das erworbene Wissen vertieft und ein erster Kontakt zum potenziellen Arbeitgeber geknüpft werden. „Voraussetzung für die Qualifizierung ist ein Haupt- oder Realschulabschluss, die gesundheitliche Eignung sowie das Interesse am Umgang mit Menschen“, so Hümmling.

Das Entstehen von neuen Berufszweigen in der Pflege ist insofern ein Mittel, dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken und dem examinierten Pflegepersonal wieder mehr Zeit für die Pflege zu geben.

Altersgerechtes Arbeiten

Zur Aufwertung des Pflegeberufes gehört es aber auch, insbesondere für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Programme zu entwickeln, die es ihnen ermöglichen, bis zur Rente ihren Beruf auszuüben. Dazu gehören Kurse zum rücken-schonenden Arbeiten genauso wie Strategien gegen Burn-out. Beides wird bereits heute in der Ausbildung angehender Gesundheits- und Krankenpfleger thematisiert. „Stressbewältigung ist ein wichtiges Thema in der Ausbildung. Denn die Arbeitsbelastung in der Pflege ist in den letzten fünf Jahren gestiegen. Wir vermitteln unseren Auszubildenden daher Strategien, wie sie damit umgehen können, um ihren Beruf auch langfristig mit Freude auszuüben“, erklärt Ute Köller, Lehrerin am Schulzentrum für Gesundheitsberufe. Denn auch im ersten Lehrjahr zeichnete sich oft schon ab, wer für den Beruf geeignet ist und wer eher versuchen sollte, sich neu zu orientieren. „Wichtig ist ein Ausgleich in der Freizeit, um sich von den physischen und psychischen Anforderungen des Berufes zu erholen“, so Köller.

Wunsch nach Akademisierung

Den Wunsch nach Akademisierung in der Pflege unter ihren Schülerinnen und Schülern kann die Lehrerin seit einigen Jahren beobachten. Zwar sind es immer nur vereinzelt Absolventen, die im Anschluss an die Ausbildung ein weiterführendes Studium im Bereich der Pflege, beispielsweise im Pflegemanagement oder in der Pflegepädagogik, ergreifen, doch in den letzten Jahren sei das Interesse an Weiterqualifikation gestiegen. Dies belegen auch aktuelle Zahlen des Deutschen Instituts für angewandte Pflegewissenschaften, wonach jede zweite Pflegekraft unter 25 Jahren eine akademische Weiterqualifizierung anstrebt.

Im Widerspruch zur Akademisierung steht, dass die Politik aufgrund des drohenden Fachkräftemangels in der

Pflege die Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Altenpflege aufgeweicht hat. So ist es heute möglich, sich nach einem zehnjährigen Schulbesuch mit einem guten Hauptschulabschluss um einen Ausbildungsplatz zu bewerben.

„Pflege wird oft unterschätzt, dabei wird nicht nur eine hohe soziale Kompetenz von Pflegekräften gefordert, sondern auch ein fachlich hohes Niveau“, betont Ute Köller.

Insofern sei die Akademisierung der Pflege ein wichtiger Schritt zur gesellschaftlichen Aufwertung des Berufsstandes. Der Blick in die europäischen Nachbarländer zeigt, dass die Pflege als unabhängige Profession neben anderen Fachgebieten

eine wichtige, sektorenübergreifende Funktion im Gesundheitswesen übernimmt.

Diese Schnittstellenfunktion in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung könnte also eine gute Chance für die Pflege sein, ihre Kompetenzen weiter auszubauen und zu stärken. Ob dies allerdings zu einer Kostensenkung im Gesundheitsbereich beitragen wird, steht auf einem anderen Blatt. Denn mit einem Studienabschluss in der Tasche werden auch die Akademiker unter den Pflegefachkräften eine entsprechende Entlohnung einfordern. Hier ist die Pflegebranche gefordert, ihre Lobby zu verbessern.

Aguedita Afemann, Leitung Unternehmenskommunikation der Damp Holding AG, www.damp.de



Ihre Ersatzkassen in Schleswig-Holstein
Die mitgliederstärkste Krankenversicherungsgemeinschaft



Diagnose: Erschöpfungsdepression

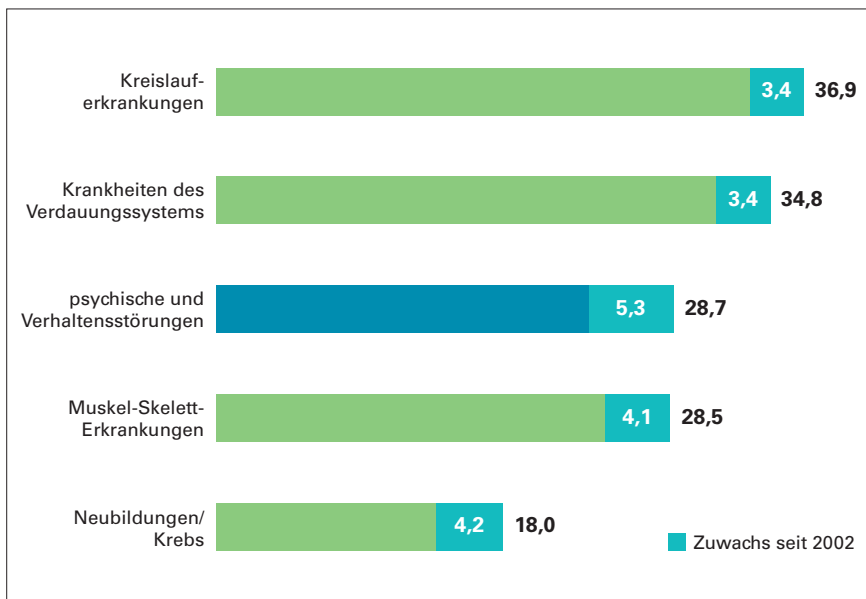
Zuerst verfliegt die Euphorie bei der Arbeit, dann werden die Klienten und Kollegen zur Last. Betroffene vergessen wichtige Termine und vernachlässigen ihre Arbeit. Sie fühlen sich kraftlos und leer und können sich auch zu Hause nicht entspannen, denn die Sorgen vom Arbeitsplatz nehmen sie dorthin mit. So erging es auch einem Sozialpädagogen bei der Brücke Schleswig-Holstein gGmbH. Am Ende schaffte er es nicht einmal mehr, zu seinem Arbeitsplatz zu fahren, und ließ sich krankschreiben – Diagnose: Erschöpfungsdepression.

Diese Art der Depression erleben heutzutage viele Arbeitnehmer, die wegen der vielfältigen beruflichen und persönlichen Überforderungen in eine Sackgasse geraten. Rund 30 Prozent der Deutschen erkranken innerhalb eines Jahres an einer diagnostizierbaren psychischen Störung. Am häufigsten leiden Arbeitnehmer an Depressionen, Angststörungen, psychosomatischen Erkrankungen und Suchterkrankungen. Der Anteil psychischer Erkrankungen an der Arbeitsunfähigkeit nimmt seit 1980 kontinuierlich zu und beträgt zwischen 15 und 20 Prozent. Psychische Erkrankungen sind inzwischen die häufigste Ursache für eine vorzeitige Verrentung. Besonders Angehörige sozialer Berufe sind gefährdet, weil die eigene Person als Arbeitskraft nirgendwo sonst so im Mittelpunkt steht wie bei der Arbeit mit Menschen.

Werte verknüpfen

Seit 25 Jahren ist es die Aufgabe der Brücke Schleswig-Holstein gGmbH (Brücke SH), die Lebenssituation von Menschen mit seelischen Erkrankungen und Behinderungen nachhaltig zu verbessern. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützen ihre Klienten in deren seelischer Stabilisierung und Genesung und der Selbstbefähigung, Autonomie und Verantwortung für das eigene Leben. Dahinter stehen fachliche Konzepte, die in der Fachsprache mit Begriffen wie Empowerment, Recovery, personenzentrierte Hilfen und Salutogenese umschrieben werden.

Aber wer unterstützt die Mitarbeiter? Die Brücke SH übernimmt als Arbeitgeber diese Verantwortung. Es besteht ein enger Zusammen-



Krankheitskosten in Deutschland in Milliarden Euro: Psychische Erkrankungen haben 2008 den höchsten Zuwachs.

Quelle: Destatis, Robert Koch-Institut

hang zwischen der Attraktivität als Arbeitgeber, der Zufriedenheit der Mitarbeitenden, der Qualität der Dienstleistungen und einer Zustandsverbesserung der Klienten. Nur zufriedene Mitarbeiter, die sich bei der Erledigung ihrer Aufgaben von ihren Vorgesetzten und Kollegen sowie durch die Strukturen und Prozesse in der Organisation unterstützt fühlen, erleben Freude an der Wirksamkeit ihres Handelns, sind belastbar und bleiben gesund.

Das heißt, dass am Arbeitsplatz die Prinzipien der Selbstorganisation, Mitarbeiterförderung, Chancengleichheit sowie eine offene Kommunikation und der wertschätzende Umgang einen zentralen Stellenwert haben. Die Autonomie von Teams und die Solidarität zwischen den Teams sind ebenso wichtig.

Diese Werte sollen auf die eigene Person, die Arbeitsbeziehungen und

das Personalmanagement angewendet werden, denn alle Beteiligten tragen ihren Anteil zu angenehmen Arbeitsbedingungen bei. So liegt auch bei der Personalführung Verantwortung, diese Werte gegenüber den Mitarbeitenden einzuhalten. Denn wenn die Werte nicht übereinstimmen und übertragen werden, schwinden die Glaubwürdigkeit der Führung und das Vertrauen der Mitarbeitenden rapide.

Wohlfühlen am Arbeitsplatz

Die Brücke SH hat in den vergangenen Jahren stetig an einer Verbesserung der Arbeitsplatzbedingungen gearbeitet. Mit hohen Zufriedenheitswerten bei den Mitarbeitenden und den Nutzern der Angebote wurden die Bemühungen belohnt. Die Brücke SH hat sich als familienfreundliches Unternehmen zertifizieren lassen und die Auszeichnung als „Bester Arbeitgeber im Gesundheitswesen“ durch das Great Place

to Work® Institute erhalten. Im Grunde lautet die einfache Einsicht: Wer in der Betreuung psychisch Kranker selbst gesund bleiben will, muss sich an seinem Arbeitsplatz wohlfühlen können. Die Bereitstellung entwicklungsfördernder Ressourcen wie eine systematische Einarbeitung, regelmäßige Mitarbeitergespräche, individuelle Gestaltungsspielräume an jedem Arbeitsplatz sowie Coachings und Supervision, aber auch betriebliche Hilfen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie – um nur einige Bausteine zu nennen – sind mittlerweile unverzichtbare Standards der Gesundheitsvorsorge im Betrieb geworden.

Da bei der psychiatrischen Arbeit die Gefahren der psychischen Fehlbelastung bei den Mitarbeitenden beson-

ders groß sind, kommt der Förderung eines gesunden Lebensstils und eines gesunden Arbeitsverhaltens eine besondere Bedeutung zu. Deshalb veranstaltet die Brücke SH regionale Gesundheitstage, bei denen die Mitarbeitenden zahlreiche Anregungen zur Gesundheitsförderung von Körper, Geist und Seele erhalten. Unterstützt werden die Mitarbeitenden auch mit betrieblichen Angeboten zur Weiterqualifizierung und verschiedenen Gesundheitskursen.

Leben im Gleichgewicht

Von diesen Angeboten konnte auch der Sozialpädagoge profitieren. Die Brücke SH wollte ihren erfahrenen und angesehenen Mitarbeiter nicht verlieren. Gemeinsam fanden sie im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements einen Weg, sei-

nen Aufgaben- und Verantwortungsbereich und seine Arbeitszeiten so anzupassen, dass er nach vier Monaten die Arbeit wieder aufnehmen konnte. Über eine stufenweise Wiedereingliederung bekam er die Gelegenheit, sich mit Unterstützung seiner Vorgesetzten schrittweise in die neue Arbeitsaufgabe einzuarbeiten. In einem Kurs zur Burn-Out-Prophylaxe und einer Supervisionsgruppe konnte er lernen, auf sich selbst zu achten, die individuellen Frühwarnzeichen einer beginnenden Überforderung zu erkennen und ihnen rechtzeitig gegenzusteuern. Heute lebt er wieder im Gleichgewicht und geht gern zur Arbeit.

Robert Schenk, Personalleiter/
Mitglied der Geschäftsleitung,
Brücke Schleswig-Holstein gGmbH



KVSH – Ihr verlässlicher Partner in der ambulanten Versorgung

Die KVSH sorgt zusammen mit ihren rund 5.100 Mitgliedern für eine flächendeckende ambulante medizinische Versorgung der 2, 8 Millionen Bürger Schleswig-Holsteins. Und das bedeutet: Jeder Patient kann sich in Schleswig-Holstein von einem niedergelassenen Arzt oder Psychotherapeuten seiner Wahl wohnortnah und auf hohem Qualitätsniveau behandeln lassen – ganz gleich, bei welcher gesetzlichen Krankenkasse er versichert ist.

Außerhalb der Sprechzeiten organisiert die KVSH den ärztlichen Bereitschaftsdienst, sodass eine Versorgung rund um die Uhr, sieben Tage die Woche, 365 Tage im Jahr gewährleistet ist.

Patienten-Telefon
04551 803 308

Ärztlicher Bereitschaftsdienst
01805 119292*

*14 Cent pro Minute für Anrufe aus dem deutschen Festnetz; ggf. abweichende Preise aus Mobilfunknetzen

Mehr Informationen im Internet unter www.kvsh.de

Hausarzt aus Berufung

Die hausärztliche Versorgung in Schleswig-Holstein ist zurzeit in den kreisfreien Städten zahlenmäßig gut, in vielen Landkreisen ausreichend und in gewissen Problemregionen unzureichend. Die Tendenz in den Niederlassungszahlen und die Altersstruktur der Praxisinhaber geben berechtigten Anlass zur Sorge. Aber es gibt einige Stellschrauben, um die Situation zu verbessern.

Wie im gesamten Bundesgebiet steigt das Durchschnittsalter aller Vertragsärzte auch in Schleswig-Holstein kontinuierlich an. Die Altersstruktur der Hausärzte im nördlichsten Bundesland liegt allerdings höher als im Bundesdurchschnitt. Mehr als die Hälfte der Hausärzte hier (58 Prozent) ist über 50 Jahre alt und wird bis zum Jahr 2015 die Praxis in „jüngere Hände“ abgeben wollen – wenn man den durchschnittlichen Eintritt in den Ruhestand mit 65 Jahren annimmt.

Mehr Studierende

Eine Möglichkeit, auf diesen negativen Trend einzuwirken, liegt in der Ausbildung der Studierenden. In den Jahren 1995 bis 2000 lag die Zahl der Studierenden, die sich am Ende des Studiums vorstellen konnten, Hausarzt zu werden, zwischen drei und fünf Prozent. Bis zum Jahr 2009 hat sich diese Zahl in Kiel und Lübeck auf rund 20 Prozent gesteigert. Für eine ausreichende Versorgung mit Hausärzten müsste die Zahl der Studierenden, die am Ende des Studiums immer noch Hausärzte werden wollen, aber eher mehr als 25 Prozent betragen, da immer mehr ausgebildete Ärztinnen und Ärzte ihre Berufstätigkeit ins Ausland verlagern.

Professur besetzen

Zentral für diese Steigerung der Studierendenzahlen wäre die im Frühjahr 2009 ausgeschriebene Professur für Forschung in der Allgemeinmedizin in Lübeck. Doch das Besetzungsverfahren zog sich hin: Bis zum November 2010 hatte sich keiner der ausgewählten Kandidaten für die Annahme des Rufs entscheiden können. Eine weitere Professur für Lehre wurde als halbe Stelle ausgeschrieben und sollte bis Ende 2010 besetzt werden.

Mehr Praxis mit Lehrpraxen

Seit 2004 gibt es ein Blockpraktikum, bei dem jeder Student und jede Studentin im 5. Studienjahr in Lübeck für eine Woche in eine hausärztliche Lehrpraxis geht. Wir haben 75 Lehrpraxen und werden dieses Blockpraktikum demnächst auf zwei Wochen ausweiten. Diese Veranstaltung ist sehr beliebt und wird hervorragend evaluiert – wo gibt es doch sonst (außerhalb von Famulaturen) diese Möglichkeit der 1:1-Ausbildung, die Spitze der individualisierten Zuwendung von Lehrendem zu Lernendem?

Seit 2006 bilden wir in Lübeck in ausgewählten Lehrpraxen Studenten im Praktischen Jahr (PJ) in der Allgemeinmedizin aus. Mittlerweile haben wir über 40 Studierende in unseren Praxen zu Gast gehabt. Damit liegen wir bundesweit mit an führender Stelle. Die Evaluation der Studierenden ist überwältigend: Das PJ in Hausarztpraxen ist so „heiß begehrt“, dass wir regelmäßig viel mehr Bewerber haben, als Plätze zur Verfügung stehen. Deshalb hat die Fachschaft Medizin ein spezielles Losverfahren zur Vergabe eingerichtet.

Weiterbildung ohne Stress

Bisher waren die angehenden Allgemeinmediziner während ihrer Weiterbildungszeit verschiedenen Nachteilen ausgesetzt, welche die Attraktivität dieses Tätigkeitsfeldes massiv beschnitten. So müssen innerhalb der fünfjährigen Weiterbildungszeit bestimmte Stationen durchlaufen werden: Die Studierenden müssen mindestens zwei Jahre innere Medizin absolvieren, davon eineinhalb Jahre stationär, mindestens ein halbes Jahr Chirurgie stationär, gerne ein weiteres operatives Fach (zum Beispiel Gynäkologie oder

Urologie stationär oder ambulant). Anästhesie und Intensivmedizin inklusive Rettungskundenachweis werden erwartet und zum Abschluss folgt eine obligate, eineinhalb Jahre dauernde Praxisassistentenz. Deshalb müssen sich angehende Hausärzte während der gesamten Weiterbildungszeit laufend um die nächste Arbeitsstelle kümmern. Selten verläuft dieser Wechsel nahtlos – die Folge sind Einkommensausfälle und in vielen Fällen auch Wohnortwechsel.

Häufig besetzen Kliniken potenzielle Weiterbildungsstellen für Allgemeinärzte von jeher lieber mit „Facharztaspiranten“. Hauptargument: „Kaum, dass sie etwas können, ziehen sie schon wieder weiter.“ Ein verständliches, jedoch ziemlich kurzsichtiges Argument. Gut ausgebildete Hausärzte sind gute (und verlässliche) Einweiser für Kliniken, deren Binnenstruktur sie genau kennen und zu deren Funktionsträgern sie gute persönliche Beziehungen entwickelt haben.

In Lübeck ist vor vier Jahren ein Modell entwickelt worden, das den Ärztinnen und Ärzten, die hausärztlich tätig werden wollen, zumindest den „organisatorischen Stress“ beseitigen könnte. In einer strukturierten Ausbildungsphase mit zwei Jahren stationärer Tätigkeit (Lübeck), einem Jahr Tätigkeit in einer Praxisklinik (Travemünde) sowie eineinhalb bis zwei Jahren garantierter Praxistätigkeit „in und um Lübeck herum“ können die Studierenden die geforderten fünf Jahre Weiterbildungszeit mit einem einzigen Anstellungsvertrag und damit garantierter örtlicher und finanzieller Planbarkeit erfüllen.

In der Möglichkeit, Weiterbildungsassistenten zum Beispiel auch in Praxen unterzubringen, in denen

der Seniorpartner sich der Altersgrenze nähert und vorhat, die Praxis in einigen Jahren in jüngere Hände zu geben, liegt noch eine weitere „Charmequalität“. Die Zeit nach der Weiterbildung könnte im Rahmen einer Übergabegemeinschaft dafür genutzt werden, die Praxis gewissermaßen fließend an den/die Nachfolger/-in zu übergeben. Das ist eine „Win-win-Situation“ für Senior und Junior.

Nachwuchsförderung

Um den ärztlichen Nachwuchs zu einer Hausarztstätigkeit zu motivieren, ist eine angemessene personelle

Ausstattung der Institute für Allgemeinmedizin an den Standorten in Kiel und Lübeck unerlässlich. Mit der Forschungsförderung für spezifisch hausärztliche Fragestellungen wird die Medizin für Hausärzte transparent und die Studierenden erhalten so bereits in der Ausbildung eine Vorstellung von der Tätigkeit eines Hausarztes. Zusätzlich zu diesen Maßnahmen wäre auch eine finanzielle Förderung der Facharztweiterbildung für Allgemeinärzte sinnvoll. Neben der Motivation, sich überhaupt zum Hausarzt weiterzubilden, ist es von großer Bedeutung, dass sich die Hausärzte dann auch in den

ländlichen Regionen Schleswig-Holsteins niederlassen. Die Niederlassung sollte durch Finanzierungshilfen und Umsatzgarantien gefördert werden und die Arbeitsbelastung durch einen geregelten Notdienst reduziert werden.

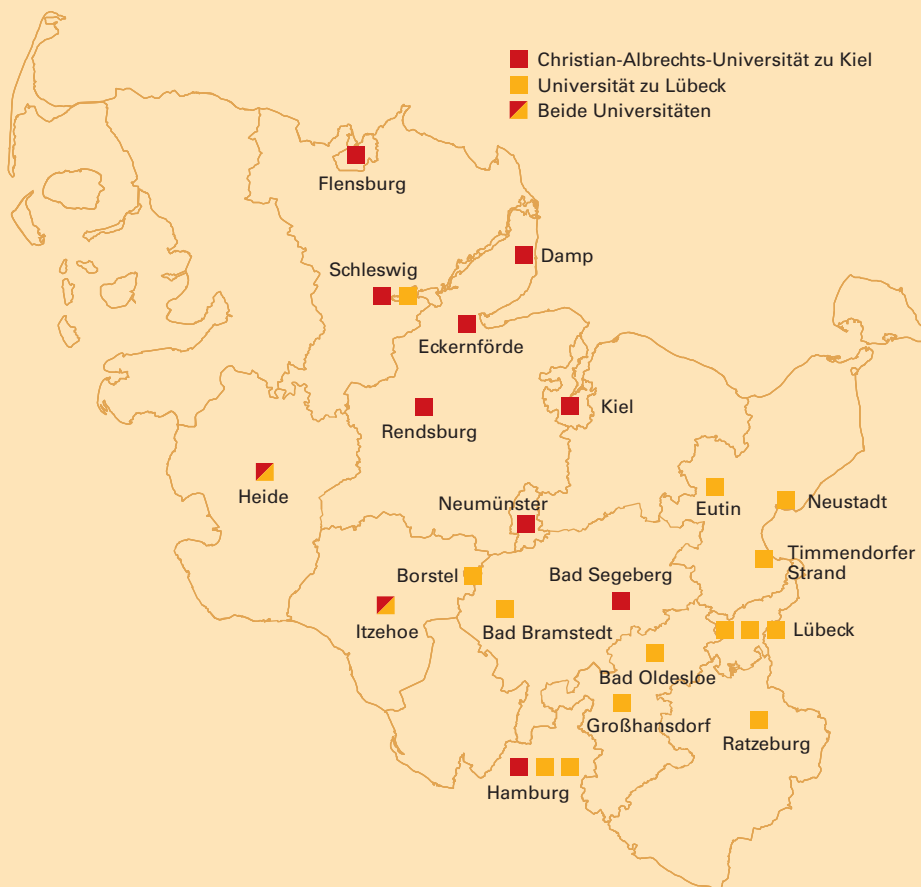
Mit diesem Bündel an Maßnahmen können wir zur Sicherung der hausärztlichen Nachfolge in Schleswig-Holstein einen entscheidenden Beitrag leisten.

Dr. Jens-Martin Träder,
Universität Lübeck,
www.medizin.uni-luebeck.de

► AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS

In akademischen Lehrkrankenhäusern können Medizinstudenten ihr Praktisches Jahr verbringen. Außerdem erfolgt im Nachhinein an solchen Lehrkrankenhäusern die Facharztausbildung. Dazu schließen die medizinischen Fakultäten der Universitäten Verträge mit Krankenhäusern – zumeist im selben Bundesland. Die Lehrkrankenhäuser nehmen Studierende von Fakultäten der Vertragspartner in die Lehre auf; die jeweiligen Chefärzte müssen über eine Lehrbefähigung verfügen. Die medizinischen Fakultäten der Universität zu Lübeck und die der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU) sind mit verschiedenen Lehrkrankenhäusern in Schleswig-Holstein vertraglich verbunden.

- Asklepios Klinik Bad Oldesloe
- Asklepios Westklinikum Hamburg
- Curschmann-Klinik
- Damp Kliniken
- DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg
- Ev.-Luth. Diakonissenanstalt Flensburg
- Friedrich Ebert Krankenhaus Neumünster
- Klinik Itzehoe
- Krankenhaus Großhansdorf
- Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck
- Kreiskrankenhaus Eckernförde
- Kreiskrankenhaus Rendsburg



- Medizinische Klinik Borstel
- Rheumaklinik Bad Bramstedt
- Sana Kliniken Lübeck
- Sana Ostholstein Kliniken Eutin
- Schleiklinikum Schleswig
- Schön Kliniken Neustadt
- Segeberger Kliniken
- Städtisches Krankenhaus Kiel
- Unfallkrankenhaus Boberg
- Vorwerker Fachklinik Lübeck
- Wesküstenklinikum Heide
- Wilhelmstift Hamburg

Geriatrie geht alle an

Die Geriatrie, auch Altersmedizin oder Altersheilkunde genannt, ist die Lehre von den Krankheiten des alternden Menschen. Sie beinhaltet Diagnostik und Therapie älterer Menschen in Bereichen der Inneren Medizin, Chirurgie/Orthopädie und Neurologie/Psychiatrie und ist damit eine fachübergreifende Disziplin. In Forschung und Lehre findet die Geriatrie zunehmend Beachtung.

Aufgrund des demographischen Wandels muss unsere Gesundheitsversorgung auf alte und hoch betagte Menschen mit chronischen behandlungsbedürftigen geriatritypischen Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) eingestellt sein. Die Geriatrie behandelt genau diese Probleme und ist eine fächerübergreifende Disziplin. Ziel ist neben der medizinischen und psychosozialen Behandlung die Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung einer möglichst selbstständigen Lebensführung des Patienten.

Der geriatrische Patient

Der geriatrische Patient ist über sein Alter und seine damit generell eingeschränkten Reservekapazitäten hinaus in der Regel durch geriatrische Syndromkonstellationen, funktionelle Einschränkungen sowie andere alltagsrelevante Beeinträchtigungen gekennzeichnet. Ein typisches Beispiel für einen geriatrischen Patienten ist der ältere Mensch, der wegen einer fieberhaften Erkrankung Flüssigkeit verliert, unsicher in seinen Bewegungen wird, stürzt und sich ein Bein bricht. Daraufhin kommt er ins Krankenhaus und erleidet aufgrund der Strapazen der Operation nachfolgend schwere Erkrankungen wie beispielsweise eine Lungenentzündung. Die Unterschiedlichkeit dieser Erkrankungen macht deutlich, dass neue Behandlungskonzepte gefragt sind.

Spezielle Behandlungskonzepte

Altersgerechte Behandlungskonzepte müssen den Bedürfnissen der älteren erkrankten Menschen angepasst sein und das beste Behandlungsergebnis bei vertretbarem Ressourcenverbrauch ermöglichen. Typisch für die Geriatrie ist daher die eng ineinander verzahnte Behandlung durch verschiedene Berufsgrup-

pen. Dies sind neben Ärzten und Pflegekräften auch Physio- und Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten, Sozialarbeiter und Psychologen. Im Hinblick auf die beim geriatrischen Patienten häufig auftretende soziale und psychische Verunsicherung erfordert seine Behandlung nicht nur fachliche Behandlungskompetenz, sondern auch kontinuierliche Betreuung mit festen Ansprechpartnern und Bezugspersonen. Ferner gilt es, das Umfeld des geriatrischen Patienten in das Behandlungskonzept einzubinden. Da die Behandlung des geriatrischen Patienten mit der Entlassung aus dem Krankenhaus in der Regel nicht abgeschlossen ist, bedarf es eines sektorenübergreifenden Behandlungskonzepts, das mit einem funktionierenden Überleitungsmanagement von stationär zu ambulant beginnt.

Geriatrische Forschung ausbauen

Bereits seit vielen Jahren werden in den Kliniken und zunehmend auch von geriatrisch geschulten Hausärztinnen und Hausärzten sogenannte geriatrische Assessmentinstrumente zur Erfassung von Behandlungsdaten eingesetzt. Diese Daten können als Grundlage für die wissenschaftliche Erfassung und Bewertung geriatrischer Verläufe dienen. Seit etwa dreißig Jahren wird eine Intensivierung der geriatrischen Forschung in Deutschland vorangetrieben. Doch auch heute bietet sich für die geriatrische Forschung noch eine große Zahl offener Fragen an. In Schleswig-Holstein wird die Altersmedizin unter anderem am akademischen Zentrum für Bevölkerungsmedizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UK-SH) vom Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck, Geriatriezentrum, vertreten. Auch in den medizinischen Abteilungen des UK-SH sowie in der

Unfallchirurgie gibt es Forschungsprojekte, welche sich mit den geriatrischen Problemen im Rahmen von Studien und Forschungsarbeiten beschäftigen. Das gerade ins Leben gerufene Netzwerk „Alterstraumatologie“ durch die unfallchirurgische Abteilung des UK-SH, Campus Lübeck, sei hier beispielhaft genannt.

Geriatrie in die Lehre integrieren

In der Lehre besteht ein erheblicher Nachholbedarf; nur an einer geringen Zahl der Universitäten ist die Klinische Geriatrie als Fach mit eigenem Lehrstuhl vertreten. Auch in Schleswig-Holstein fehlt bisher ein Lehrstuhl für Klinische Geriatrie, doch werden geriatrische Inhalte zunehmend in die Ausbildung der Medizinstudenten aufgenommen. So bietet das sozialmedizinische Institut des UK-SH, Campus Lübeck, ein Praxisseminar an der geriatrischen Klinik der Hansestadt an. Im Block Allgemeinmedizin ist die Geriatrie ein fester Unterrichtsbestandteil mit theoretischen und praktischen Unterrichtsblöcken, unter anderem mit einem Besuch des Kurses in einer Alten- und Pflegeeinrichtung. Seit dem Sommersemester 2010 können die Studenten im Praktischen Jahr am Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck das Wahlfach Geriatrie am jüngsten Akademischen Lehrkrankenhaus der Universität zu Lübeck belegen.

Prof. Hendrik Lehnert, Direktor der 1. Medizinischen Klinik der Universität zu Lübeck und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, www.innere1.uni-luebeck.de und Angelika Bähre, Referentin für Krankenhauswesen und Medizinische Rehabilitation, Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein

Schön Klinik. Qualität, die man spürt.

Qualität in der Medizin ist nicht nur eine Frage der fachlichen Kompetenz. Sie hängt auch vom persönlichen Engagement der Mediziner, Therapeuten und Pflegekräfte ab. Und von der Bereitschaft, täglich besser zu werden. Die Schön Klinik hat ein ausgefeiltes Qualitätsmanagement, das es in dieser Form deutschlandweit kein zweites Mal gibt. Wir messen umfassend unsere Behandlungsergebnisse und die Zufriedenheit unserer Patienten.

Das Ergebnis: Therapie in einer Qualität, die man spürt, die messbar besser greift. Diesem Anspruch fühlen wir uns in der Schön Klinik Bad Bramstedt und in der Schön Klinik Neustadt verpflichtet.

Schön Klinik Bad Bramstedt
Birkenweg 10, 24576 Bad Bramstedt, Telefon +49 4192 504-0

Kompetenzzentrum für | Angststörungen | Zwangserkrankungen
| Essstörungen | Burn-out | Depressionen | Persönlichkeitsstörungen
| Somatoforme und Schmerzstörungen

Schön Klinik Neustadt
Am Kiebitzberg 10, 23730 Neustadt in Holstein, Telefon +49 4561 54-0

Orthopädie und Orthopädische Rehabilitation | Chirurgie und Unfall-
chirurgie | Wirbelsäulenchirurgie mit Skoliosezentrum | Hand-, Brust-,
Plastische und Ästhetische Chirurgie | Innere Medizin | Neurologie und
Klinische Neurophysiologie | Radiologie | Anästhesie und Intensivmedizin

► STUDIENGÄNGE IM ÜBERBLICK

Hochschule	Studiengang	Abschluss	Link
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel	Hospital Management	MA	www.homa.uni-kiel.de
	Medical Life Sciences	MA	www.uni-kiel.de
	Medizin	Staatsexamen	www.uni-kiel.de
	Ökotrophologie	BA und MA	www.agrar.uni-kiel.de
	Pharmazie	Staatsexamen	www.uni-kiel.de/Pharmazie
	Psychologie	Diplom	www.uni-kiel.de
	Zahnmedizin	Staatsexamen	www.uni-kiel.de
Universität zu Lübeck	Biomedical Engineering (gemeinsam mit der Fachhochschule Lübeck)	MA	www.mt-master.com
	Informatik mit den Anwendungsfächern Medizininformatik und Bioinformatik	BA und MA	www.informatik.uni-luebeck.de
	Mathematik in Medizin und Lebenswissenschaften	BA und MA	www.mml.mu-luebeck.de
	Medizin	Staatsexamen	www.medizin.uni-luebeck.de
	Medizinische Ingenieurwissenschaft	BA und MA	www.uni-luebeck.de
	Molecular Life Science	BA und MA	www.mls.uni-luebeck.de
Universität Flensburg	Prävention und Gesundheitsförderung	MA	www.uni-flensburg.de
	Vermittlungswissenschaften Teilstudiengang „Gesundheit und Ernährung“	BA	www.uni-flensburg.de
FH Kiel	Physiotherapie	BA	www.soziale-arbeit-und-gesundheit.fh-kiel.de
	Soziale Arbeit und Gesundheit	BA	www.soziale-arbeit-und-gesundheit.fh-kiel.de
FH Lübeck	Augenoptik/ Optometrie	BA	www.fh-luebeck.de
	Betriebswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Gesundheitswirtschaft	BA	www.fh-luebeck.de
	Biomedical Engineering (gemeinsam mit der Universität zu Lübeck)	MA	www.mt-master.com
	Hörakustik	BA	www.fh-luebeck.de Fakultät Angewandte Naturwissenschaften
FH Flensburg	Betriebswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Krankenhausmanagement/Health Care Management	Diplom	www.fh-flensburg.de
	eHealth	MA	www.fh-flensburg.de

Status: November 2010

► STUDIENGÄNGE IM EINZELNEN

Soziale Arbeit

Soziales und Gesundheit ist im Studiengang Soziale Arbeit an der Fachhochschule Kiel miteinander verbunden.

Studieninhalte

In fünf Studienbereichen erlangen die Studierenden neben wissenschaftlichen und analytischen Kompetenzen auch Einblicke in die Geschichte und Theorien sozialer Arbeit. Politische, ökonomische und rechtliche Grundlagen werden

ergänzt mit psychologischen und sozialmedizinischen Aspekten.

In selbst gewählten Schwerpunkten können die Studierenden die Verbindung zwischen Sozialem und Gesundheit weiter vertiefen: zum Beispiel im Wahlbereich Rehabilitation und Gesundheitswesen.

Berufsaussichten

Nach abgeschlossenem Studium gibt es ein breites Spektrum an Tätigkeitsfeldern: Kinder- und Ju-

gendhilfe, Allgemeiner Sozialer Dienst, Drogenhilfe, Soziale Arbeit in Gesundheits- und Rehabilitationseinrichtungen, Jugend- und Erwachsenenbildung, Beratungseinrichtungen, Mädchen- und Frauenarbeit, Obdachlosenhilfe, Straffälligenhilfe, Soziale Arbeit in Einrichtungen für Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen.

Weitere Informationen online unter www.fh-kiel.de.

Prävention und Gesundheitsförderung

Mit dem zunehmenden Bewusstsein, dass jeder für seine Gesundheit mitverantwortlich ist, steigt auch der Bedarf an Maßnahmen zur Prävention. Für eine wissenschaftlich fundierte Tätigkeit in diesem Bereich bietet die Universität Flensburg den Masterstudiengang Prävention und Gesundheitsförderung an.

Studieninhalte

Der Studiengang vermittelt differenziertes Wissen in den Gesundheitswissenschaften, besonders in den Grundlagen einer wissenschaftlich fundierten, professionellen Tätigkeit in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung.

Im Rahmen des Studiums sind daher gesundheitswissenschaftliche Forschungsmethoden genauso von Bedeutung wie Praxisprojekte zur Einrichtung von Gesundheitsförderung.

Fachliche Schwerpunkte werden auf gesundheitspsychologische, gesundheitspädagogische und sozialwissenschaftliche Aspekte gelegt, die mit ernährungs-, bewegungs- und arbeitswissenschaftlichen Anteilen ergänzt werden.

Berufsaussichten

Absolventinnen und Absolventen des Studienganges werden vor allem für Einrichtungen der Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation gesucht. Dazu zählen kommunale und öffentliche Gesundheitsdienste, Krankenkassen und Berufsgenossenschaften, Bildungseinrichtungen (von Kindertagesstätten bis zur Erwachsenenbildung), Einrichtungen der Gesundheits-, Ernährungs-, Verbraucherberatung, der gesundheitsorientierten Bewegungsförderung und der Rehabilitation.

Weitere Informationen online unter www.uni-flensburg.de.

Medical Life Sciences

Zum Wintersemester 2011/2012 führt die Christian-Albrechts-Universität zu Kiel einen neuen Studiengang ein: Medical Life Sciences. Dieser Studiengang qualifiziert Absolventinnen und Absolventen für die molekularwissenschaftliche Forschung in industriellen und akademischen Einrichtungen.

Studieninhalte

Im Studienverlauf werden Bereiche wie Evolutionäre Medizin, Entzündung, Altern, Malignität (Krankheitsverlauf, der zum Tod des Patienten führen kann) und Neurologie behandelt. Die Studierenden erhalten biologische und medizi-

nische Grundlagen, auf deren Basis sie in verschiedenen Methoden und Techniken geschult werden und wissenschaftliche Fragestellungen bearbeiten können.

Den Studierenden werden zudem Forschungsansätze und Denkmodelle vermittelt, die sie auf die eigene biomedizinische Forschung anwenden können. In Laborpraktika und Projektarbeiten erhalten die Studierenden Einblicke und Kenntnisse molekulargenetischer und zellbiologischer Laborverfahren.

Berufsaussichten

Einsatzfelder finden Absolventinnen und Absolventen in Forschungseinrichtungen der Universitätsklinik, Molekularmedizin, Molekularbiologie oder in der pharmazeutischen Industrie. Das Masterstudium qualifiziert auch für die Arbeit in Laboren oder für die Durchführung und Entwicklung klinischer Studien. Im Fokus steht vor allem die Qualifikation für Positionen in industrieller und akademischer Forschung im Bereich der Biomedizin und angrenzenden Disziplinen.

Weitere Informationen online unter www.cau-kiel.de.

Reha relevant

Die schleswig-holsteinischen Reha-Kliniken sind ein wichtiger Wirtschaftsfaktor mit Zukunftsperspektive. Bereits heute sind rund 8.400 Arbeitsplätze und eine Wertschöpfung von 416 Millionen Euro auf die Reha-Kliniken im Land zurückzuführen. Dies belegt eine Studie der Baseler Prognos AG zur volkswirtschaftlichen Relevanz der Kliniken.

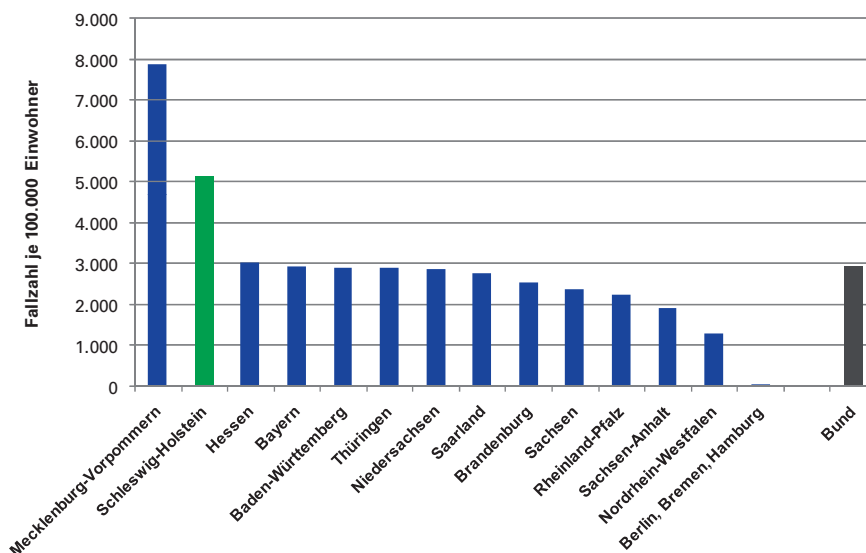
Die zukünftige demographische Entwicklung ist zum Allgemeinwissen geworden. Jeder kennt die Prognose: Die Zahl der älteren Menschen nimmt zu, die der jüngeren ab. Mit diesen demographischen Rahmenbedingungen steigen jedoch die Anforderungen an die beruflichen Qualifikationen und Erfahrungen. Wir sind auf eine immer bessere Erhaltung und Förderung sowohl jüngerer als auch älterer Erwerbspersonen angewiesen.

Vor diesem Hintergrund ist medizinische Rehabilitation nicht nur für die eigene Gesundheit gut, sie ist als medizinische und berufliche Integrationsleistung auch eine Investition in dringend benötigte Arbeitsfähigkeit. Denn sie hat zum Ziel, nach akutmedizinischen Behandlungen bei chronischen Krankheitsverläufen oder Behinderungen die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit und damit die Wiedereingliederung in Beruf und Gesellschaft sicherzustellen.

Schleswig-Holstein an der Spitze

Deutschland verfügt über ein weltweit beispielhaftes Netz von Rehabilitationseinrichtungen mit hoch qualifiziertem Fachpersonal und fundierten Therapiekonzepten. Bei zentralen Kennziffern zeichnen sich die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Schleswig-Holstein im bundesweiten Vergleich durch Spitzenwerte aus. Das zeigen die Ergebnisse der Prognos-Studie „Volkswirtschaftliche Relevanz der Reha-Kliniken in Schleswig-Holstein“, die im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e. V. mit Unterstützung des Verbandes der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e. V. entstanden ist:

- Schleswig-Holstein hat die zweithöchste Bettendichte in Reha-Einrichtungen aller Bundesländer.



Überproportionale Leistungserbringung in Schleswig-Holstein

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, 2008, Prognos 2010

- Die im Land ansässigen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zeichnen sich durch eine überdurchschnittliche Bettenauslastung von 84 Prozent aus.
- Die schleswig-holsteinischen Kliniken weisen eine überproportionale Leistungserbringung auf.
- Die hohe Anziehungskraft Schleswig-Holsteins als Reha-Standort belegt auch die Tatsache, dass 71 Prozent der in Schleswig-Holstein versorgten Patienten ihren Wohnsitz außerhalb des Landes haben. In der Folge sind gut 3,3 Millionen Übernachtungen und damit 15 Prozent aller Übernachtungen im gesamten touristischen Sektor Schleswig-Holsteins auf den Vorsorge- und Reha-Bereich zurückzuführen.

Neben der Wirksamkeit von stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen kommt diesem Versorgungszweig also auch eine hohe

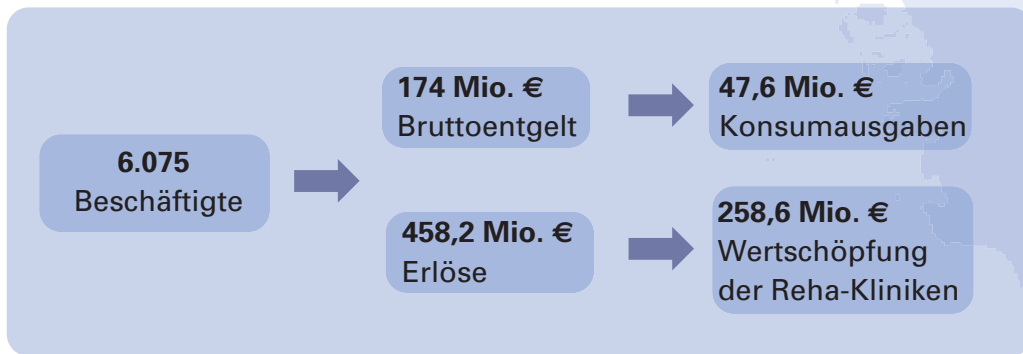
volkswirtschaftliche Bedeutung zu. So sind die schleswig-holsteinischen Reha-Kliniken ein wichtiger Wirtschaftsfaktor im nördlichsten Bundesland.

Wertschöpfung mit Reha

Die Studie belegt darüber hinaus, dass die 72 Vorsorge- und Rehabilitationskliniken im Land

- bedeutsame Arbeitgeber, insbesondere in strukturschwachen Regionen, sind,
- zusätzliche Arbeitsplätze beispielsweise bei Zulieferern schaffen,
- die Kaufkraft im Land binden,
- andere Gesundheitsversorgungsbereiche, insbesondere Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, entlasten und
- die Menschen länger im Erwerbsleben halten.

Über 6.000 Mitarbeiter sind in den Reha-Kliniken beschäftigt und erzeugen dabei eine direkte Wert-



Direkte Effekte in der Region Schleswig-Holstein

Quelle: Prognos 2010

schöpfung von rund 258,6 Millionen Euro. Weitere 2.000 Arbeitsplätze wurden unter anderem bei Zulieferern geschaffen und erzeugen dort eine Wertschöpfung von über 150 Millionen Euro. Das veranschlagte Steueraufkommen durch die Kliniken liegt insgesamt bei 30,55 Millionen Euro.

Gut für die Region

Eine große Anzahl der schleswig-holsteinischen Reha-Kliniken liegt in strukturschwachen Regionen und wirkt damit direkt auf den regionalen Arbeitsmarkt. So befinden sich fast 75 Prozent der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen in den Kreisen Nordfriesland, Ostholstein und Rendsburg-Eckernförde. Allein in Nordfriesland mit seinen 26 Kliniken wird ein Drittel aller in Schleswig-

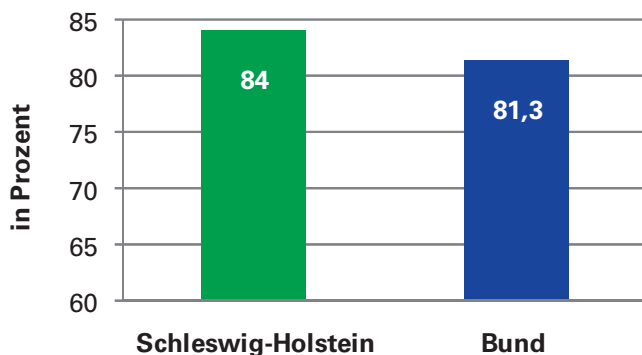
Holstein versorgten Patientinnen und Patienten untergebracht. Die Arbeitslosenquote sowohl für Schleswig-Holstein insgesamt als auch in den einzelnen Kreisen ist seit 2005 rückläufig. Für ganz Schleswig-Holstein lag sie 2008 bei 7,6 Prozent (2005 noch bei 11,6 Prozent), gemessen an allen zivilen Erwerbspersonen. Insbesondere die Landkreise der ländlichen Region weisen eine geringere Arbeitslosenquote von unter zehn Prozent auf (in den kreisfreien Städten liegt sie zwischen 11 und 12,2 Prozent). Nordfriesland konnte mit 7,9 Prozent einen Platz in der vorderen Hälfte der Arbeitslosenquote im Vergleich aller Kreise und kreisfreien Städte des Landes erreichen. Die anliegenden und mit Nordfriesland strukturell vergleichbaren Kreise Dithmarschen und

Schleswig-Flensburg konnten mit ihren Arbeitslosenquoten von 9,7 und 8,5 Prozent damit nicht konkurrieren.

Hohes Qualitätsniveau sichern

Neben den wirtschaftlichen Effekten zeichnen sich die Reha-Kliniken im Land auch durch ein sehr hohes Qualitätsniveau ihrer medizinischen Leistungen aus. Sie unterziehen sich regelmäßigen externen Qualitätskontrollen. Ein Schleswig-Holsteinspezifisches Verfahren ist dabei das Gütesiegel „Medizinische Rehabilitation in geprüfter Qualität“, das sich am täglichen Klinikgeschehen orientiert.

Um die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen langfristig auf finanziell solide Beine zu stellen und damit als Wirtschaftsfaktor und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorger für Schleswig-Holstein zu erhalten, gibt es erste Überlegungen, analog zum DRG-System ein einheitliches Vergütungssystem für Reha-Kliniken zu entwickeln.



Überdurchschnittliche Bettenauslastung in Schleswig-Holstein

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, 2008, Prognos 2010

Bernd Krämer, Geschäftsführer Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e. V. und Angelika Bähre, Referentin Krankenhauswesen und Medizinische Rehabilitation, Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein

Junge Männer gesucht

„Altenpflege: Der Arbeitsmarkt ist leergefegt!“ Diese oder ähnliche Schlagzeilen kann man immer häufiger lesen. Das gilt nicht nur für überregionale Medien. Auch in Schleswig-Holstein ist das Thema aktuell – häufig verbunden mit offenen Fragen zur zukünftigen Versorgung älterer Menschen. Doch es gibt zwei Seiten. Die Entwicklung bietet auch Chancen.

Pflegebedarf steigt

Die gravierenden Folgen der demographischen Entwicklung für unsere Lebens- und Arbeitswelt sind vielen Menschen noch nicht bewusst. Es werden nicht nur neue Versorgungsformen und Wege des betrieblichen Gesundheitsmanagements, veränderte Arbeitszeitmodelle und Arbeitsplatzumgebungen notwendig, auch bisher noch unübliche Personalrekrutierungs- und Personalentwicklungskonzepte werden zunehmend an Boden gewinnen. So müssen verstärkt Qualifizierungsangebote für ältere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen angeboten werden und bei der Auswahl neuer Mitarbeiter gilt es, in Zukunft noch stärker Ältere zu berücksichtigen.

Fachkräfte dringend gesucht

Die keineswegs auszuschließende Spaltung des Arbeitsmarktes – gering qualifizierte Arbeitslose finden keinen Job, offene Fachkraftstellen können nicht besetzt werden – kann besonders für Unternehmen in Wachstumsbranchen zur Existenzfrage werden. Das aktuell häufig zu hörende Versprechen, dass Vollbeschäftigung nur eine Frage der Zeit sei, vernachlässigt dieses drohende Problem.

In der Altenpflege hat man längst erkannt, dass der ständig steigende und medienwirksam kommunizierte Personalbedarf zwar die Wachstumspotenziale der Branche eindrucksvoll dokumentiert, doch dies hilft wenig, wenn die gesuchten Fachkräfte nicht am Markt zu finden sind. Zwei Faktoren verstärken kontinuierlich den aktuell bestehenden Personalmangel:

- die beständige Zunahme pflegebedürftiger älterer Menschen und
- die stetig abnehmende Bereitschaft oder Möglichkeit, die Pflege der Älteren mithilfe der Familienangehörigen zu sichern.

Das hat massive Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt. So sind derzeit in Schleswig-Holstein fast 700 sozialversicherungspflichtige Stellen in der ambulanten und stationären Altenpflege bei den Arbeitsagenturen gemeldet. Bis 2020 wird der landesweite Bedarf an Arbeitskräften um insgesamt 11.100 steigen, darunter 4.000 Fachkräfte im Pflegebereich.

Ansatzpunkt: Berufswahl

Natürlich hat das Thema Personalrekrutierung viele Facetten. So spielen bei der Besetzung offener Stellen in der Altenpflege traditionell Berufsrückkehrerinnen und Absolventen beruflicher Weiterbildungsangebote eine große Rolle. Allein in diesem Jahr haben in Schleswig-Holstein 410 Personen eine durch die Bundesagentur für Arbeit (BA) geförderte Qualifizierung im Bereich der Altenpflege begonnen. Ihre späteren Einstellungschancen sind überdurchschnittlich. Doch dieses Potenzial reicht nicht.

Wer absehbare Pflegeengpässe in der Zukunft verhindern möchte, der muss bereits heute systematisch zusätzliche Potenziale für Ausbildungs- und Arbeitsangebote in der Altenpflege erschließen.



Junge Männer für die Altenpflege gesucht

Bei einem typischen Frauenberuf ist eine Antwort naheliegend: Männer. Zu Recht! Denn mit einer deutlichen Zunahme ihrer Beschäftigtenzahl ließen sich zumindest die absehbaren Personalengpässe in der Altenpflege reduzieren. Dass hier Potenziale vorhanden sind, zeigen Daten aus der Beschäftigtenstatistik. Die Relationen sprechen für sich selbst. In Schleswig-Holstein sind von insgesamt 11.500 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen 9.400 weiblich und 2.100 – ein Anteil von 18,5 Prozent – männlich.

Doch wer Jugendliche, ob weiblich oder männlich, für eine Ausbildung in der Pflege – und insbesondere in der Altenpflege – gewinnen möchte, stößt auf zahlreiche Vorbehalte, wie unsere Berufsberater in den regionalen Arbeitsagenturen täglich erleben. Entscheidend für die Berufswahl sind:

- Image eines Berufes
- Gehaltstarife
- Karriereperspektiven
- Arbeitsplatzsicherheit
- Sinnhaftigkeit der Tätigkeit

– nicht nur für die Jugendlichen, sondern auch für die sie beratenden Eltern. Angesichts dieser allgemeinen Kriterien schneidet die Altenpflege – bis auf die beiden letzten Kriterien – im Vergleich mit anderen Branchen ungünstig ab. Selbst innerhalb des Arbeitsfeldes Pflege hat die Altenpflege gegenüber der Krankenpflege ein deutlich geringeres Ansehen. Insbesondere bei jungen Männern, so unsere Berufsberater, ist der Wunsch, in der Altenpflege gegenüber der Krankenpflege eine Ausbildung zu beginnen, wenig verbreitet. Alle aktuellen Studien zu diesem Thema bestätigen diese Erfahrungen aus der Praxis.

Neues Image – reicht das?

Wer junge Männer für die Altenpflege interessieren möchte, hat mit teilweise massiven Vorurteilen zu kämpfen. Er muss jedoch auch auf nachvollziehbare Urteile vorbereitet sein. Sie reichen vom Stereotyp der Unmännlichkeit bis hin zur Kritik an den wenig attraktiven Berufsbezeichnungen.

Natürlich eröffnen frühzeitige Berufserfahrungen in Form von Schülerpraktika oder Praxistagen die Chance, dass auch junge Männer die Altenpflege anders wahrnehmen. Natürlich können Imagefilme, zielgerichtete Beratungsgespräche, ausführliche Informationen über Arbeitsinhalte und den gesellschaftlichen Wert der Tätigkeit Berufswünsche verändern. Auch Pflegemessen sind nicht zu unterschätzen, wenn es darum geht, Interesse für ein Arbeitsfeld zu erzeugen.

Unsere Berufsberatung vor Ort nutzt alle diese Möglichkeiten und Instrumente, um junge Menschen gezielt über Ausbildungswege und Beschäftigungschancen in der Altenpflege zu informieren.

Dies alles ist wichtig und zeigt erfreulicherweise Wirkung. Doch es bedarf der Ergänzung. Die gesamte Arbeits- und Berufsforschung – und dies gilt für alle Erwerbsbereiche – zeigt, dass Informationsangebote und Imagebildung ein niedriges gesellschaftliches Ansehen, eine nicht übermäßige Bezahlung und bisher zu wenig bekannte Aufstiegschancen bei gleichzeitig hoher seeli-

Jetzt wechseln lohnt sich.

Nutzen Sie die Vorteile von Deutschlands bester Krankenkasse*.

- ständig erreichbare Ärzte am TK-FamilienTelefon
- erstklassige Wahltarife für eine spürbare Beitragssenkung
- mit dem TK-Klinikführer ganz einfach eine geeignete Klinik finden

Wir freuen uns auf Ihren Anruf!

Tel. **0800 - 422 55 85**

(gebührenfrei, 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr)

www.tk.de



*laut Focus-Money 47/2009

cher und körperlicher Arbeitsbelastung nicht kompensieren können.

Hier sind auch berufspolitische und tarifrechtliche Veränderungen notwendig, die aus „typischen Frauenberufen“ zugleich „Männerberufe“ werden lassen. Es ist nicht neu, dass angemessene Gehaltstarife, die Akademisierung eines Berufsfeldes und transparente Aufstiegsperspektiven Männer „anziehen“.

Die demographische Entwicklung und der damit stetig wachsende Personalbedarf bietet die Chance, dieses „Suchverhalten“ mit strukturellen Reformen zu unterstützen.

Diese Reformen sind mühsam und kosten möglicherweise Geld. Aber gibt es eine Alternative? Wohl kaum. Denn eine Folge der demographischen Entwicklung sind nicht nur mehr Ältere. Gleichzeitig sinkt die Zahl der unter 15-Jährigen in Schleswig-Holstein bis 2025 um 21 Prozent auf 332.000. Die Vorboten dieser Entwicklung erleben wir bereits heute. Der Wettbewerb um erfolgreiche Schulabsolventinnen und -absolventen hat längst zwischen den Ländern, Regionen und Branchen begonnen und diesem Wettbewerb muss sich auch die Altenpflege stellen.

Jürgen Goecke, Vorsitzender der Geschäftsführung der Regionaldirektion Nord der Bundesagentur für Arbeit, www.arbeitsagentur.de

Krisenhelfer

Die Anzahl psychisch bedingter Erkrankungen ist in den letzten Jahren immens gestiegen. Nach dem aktuellen Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse (TK) haben die psychisch bedingten Krankschreibungen in Schleswig-Holstein in den letzten zehn Jahren um 52 Prozent zugenommen, bundesweit um 40 Prozent. Gemeinsam mit kompetenten Partnern baut die TK in Schleswig-Holstein ein wohnortnahes ambulantes Netzwerk auf, um psychisch kranke Menschen besser versorgen zu können.

Auffällig ist, dass Patienten mit psychischen Erkrankungen sehr lange arbeitsunfähig sind. Klar ist: Je länger ein Mitarbeiter ausfällt, desto schwerer fällt oftmals die Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag. Psychisch kranke Menschen aber, die einmal in einer Klinik behandelt wurden, werden sehr häufig zu weiteren Behandlungen stationär aufgenommen. Dies hat schwerwiegende Folgen für die Patienten, die in vielen Fällen für lange Zeit aus ihrem gewohnten Umfeld gerissen werden und denen es nach einem stationären Aufenthalt umso schwerer fällt, im (Arbeits-)Alltag wieder Fuß zu fassen. Wir haben derzeit noch eine Versorgungssituation, die sich nicht an den spezifischen Bedürfnissen der Patienten orientiert. Denn welche und wie viel medizinische Versorgung ein Patient erhält, hängt nicht allein von seiner Diagnose oder seinem individuellen Bedarf ab, sondern mitunter davon, welches Therapieangebot vor Ort vorhanden ist, welche Therapierichtung der erstkontaktierte Therapeut vertritt und wie viele Therapiestunden die Krankenkasse bezahlt.

Im Team für den Patienten

Im NetzWerk psychische Gesundheit (NWpG) kümmern sich erstmals sozial- und gemeindepsychiatrische ambulante und stationäre Anbieter integriert um Patienten. Es ergänzt die fachärztliche Versorgung. Ein Team aus erfahrenen Ärzten, Sozialarbeitern, Fachpflegern und Therapeuten arbeitet dazu eng mit niedergelassenen Haus- oder Fachärzten sowie Psychotherapeuten zusammen. So können Chronifizierungen von psychischen Erkrankungen und viele Klinikaufenthalte vermieden werden.

Von allen Beteiligten erfordert dies – mehr denn je – eine hohe Flexibilität

und Bereitschaft zur Kooperation. In der Zusammenarbeit darf es keine Barrieren geben: weder zwischen ambulant und stationär noch zwischen medizinischen und sozialtherapeutischen Profis und auch nicht zwischen professionellen und ehrenamtlichen Helfern.

Partner in der Krise

Die betroffenen Menschen werden von dem Team so unterstützt, dass sie trotz ihrer Erkrankung im gewohnten familiären, beruflichen und sozialen Umfeld bleiben können. Bereits im Vorfeld einer entstehenden Krise können Patienten und deren Angehörige sozialpsychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen. Im Mittelpunkt stehen Rückzugsräume (Krisenpensionen), die die Patienten bei Bedarf aufsuchen können, sowie die aufsuchende Betreuung zu Hause (home treatment). Ein persönlicher Bezugstherapeut ist rund um die Uhr im Krisenfall als erster Ansprechpartner da. Betroffene erhalten so zu jeder Zeit professionelle Hilfe. Auch das familiäre Umfeld erhält Unterstützung – alles, um kritische Situationen zu entschärfen und die Aufnahme in eine Klinik zu vermeiden.

Hilfe zu den Menschen bringen

Das Netzwerk stellt einen Paradigmenwechsel in der psychischen Versorgung dar, weil sich die Behandlung am tatsächlichen Bedarf des Patienten orientiert. Nicht der Mensch muss zur Hilfe kommen, sondern die Hilfe kommt zum Menschen.



Im Krisenfall brauchen psychisch Kranke professionelle Ansprechpartner.

Die TK ist die erste Krankenkasse, die ein solch umfassendes Vertragsmodell zur Schaffung nachhaltiger sozial- und gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen vorlegt. Das NetzWerk psychische Gesundheit wurde 2010 in Lübeck und Kiel initiiert. Weitere Regionen in Schleswig-Holstein folgten im Jahr 2011. Organisiert wird das Angebot von der „Abitato Managementgesellschaft seelische Gesundheit gGmbH“. Beteiligte Gesellschafter sind „Brücke Schleswig-Holstein gGmbH“, „Brücke Lübeck gGmbH“ und „Kieler Fenster e. V.“.

Volker Clasen, Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Gesundheitswesen, Techniker Krankenkasse Landesvertretung Schleswig-Holstein, www.tk.de/lv-schleswigholstein

Mit einem Klick zum Beruf

Informationen zum Wunschberuf einholen, sich für ein Studium einschreiben, Prüfungsunterlagen herunterladen oder Fortbildungstermine einsehen – steht doch alles im Internet. Doch wo findet man gebündelt Informationen für Schleswig-Holstein? Das Gesundheitsportal Schleswig-Holstein bietet neben zahlreichen Artikeln und Links rund um die Gesundheit auch Angaben zur Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen.



Das Gesundheitsportal Schleswig-Holstein ist eine Informationsquelle für alle interessierten Menschen in Schleswig-Holstein – insbesondere auch für diejenigen, die im Gesundheitsbereich arbeiten oder vorhaben, es zu tun: Sie finden im Portal Informationen zu Ausbildung und Studium, Fort- und Weiterbildung sowie Informationen zu den entsprechenden Kammern und Verbänden.

Entdecke die Möglichkeiten

Ausbildung: Im Gesundheitsportal werden Ausbildungsberufe sowie Ausbilder/Ausbildungsorte vorgestellt.

Studium: Eine Übersicht zu Studiengängen, Universitäten und Fachhochschulen in Schleswig-Holstein

sowie Informationen für Studiumsinteressierte mit einer Behinderung helfen beim Einstieg in die akademische Laufbahn.

Fort- und Weiterbildung: Wer sich weiterbildet, kann im Beruf mehr erreichen. Im Gesundheitsportal werden Fort- und Weiterbildungsangebote sowie Fort- und Weiterbildungsträger vorgestellt.

Zulassung: Ausbildung und Zulassung zum Beruf beziehungsweise das Recht zum Führen der Berufsbezeichnung sind bundeseinheitlich geregelt. Das Gesundheitsportal gibt Hinweise zu Zulassungs- und Prüfungsmodalitäten.

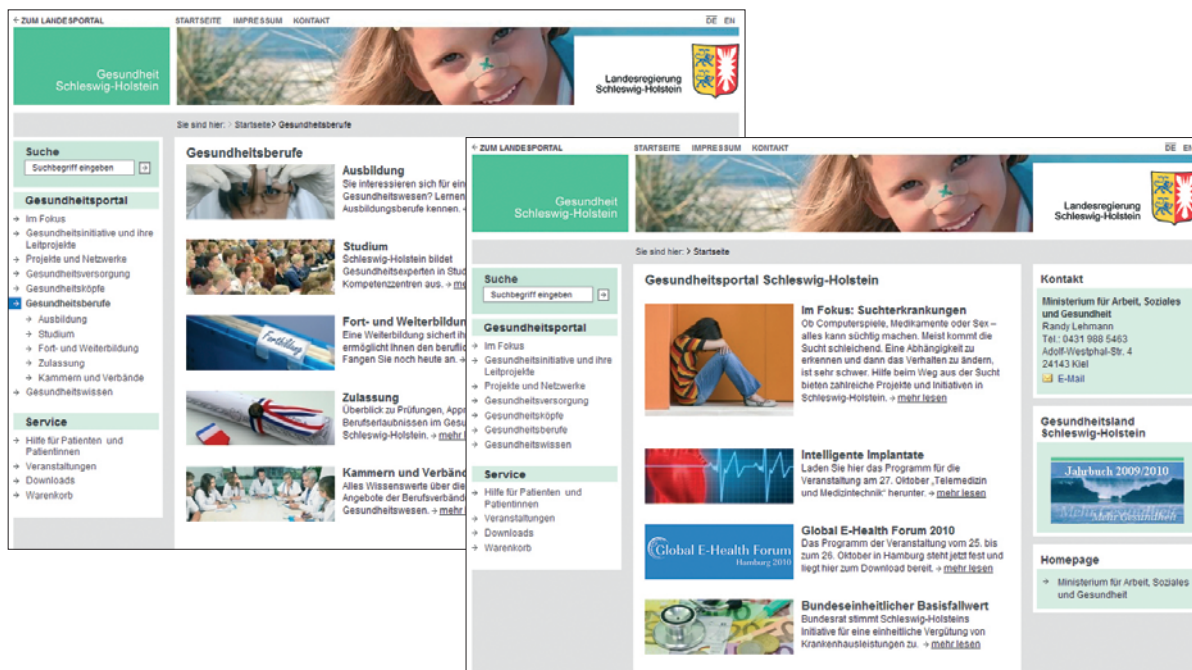
Kammern und Verbände: Wer hilft mir wobei? Hier gibt es eine Über-

sicht und gezielte Informationen zu den Berufsorganisationen in Schleswig-Holstein.

Informationen vernetzen

Schleswig-Holstein hat sich als Gesundheitsland einen Namen gemacht – weil sich viele Akteure des Themas annehmen und ebenso viele Projekte, Ideen, Beratungsangebote und Innovationen auf den Weg gebracht haben. Sie tun Gutes – und wir wollen darüber reden. Seien Sie herzlich eingeladen, über Ihr Projekt zu informieren. Auf dem Gesundheitsportal. E-Mail genügt: gesundheitsportal@sozmi.landsh.de

Redaktion Gesundheitsportal
www.gesundheit.schleswig-holstein.de



► GESUNDHEIT IM NETZ – ADRESSEN AUS SCHLESWIG-HOLSTEIN

Allgemeines

www.berufenet.arbeitsagentur.de

Die Plattform der Arbeitsagentur bietet eine Übersicht der Gesundheitsberufe.

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

Fort- und Weiterbildungsanbieter

www.aeksh.de

Das Edmund-Christiani-Seminar (ECS) ist die Berufsbildungsstätte der Ärztekammer Schleswig-Holstein.

www.ags-sh.de

Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe Schleswig-Holstein (AGS), Tochterunternehmen der IHK-Wirtschaftsakademie Schleswig-Holstein

www.biz.uk-sh.de

Bildungszentrum (Biz) für Gesundheitsfachberufe am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

www.daa-sh.de

Deutsche Angestellten-Akademie (DAA) – Bereich Gesundheit, Pflege und Soziales

www.damp-akademie.de

Die Akademie Damp GmbH ist ein Unternehmen der Damp-Gruppe.

www.ibaf.de

Institut für berufliche Aus- und Fortbildung (IBAF)

www.itb-net.de

Institut für Training und Beratung GmbH (ITB)

www.oncampus.de

Die oncampus GmbH der Fachhochschule Lübeck bietet Online-Studiengänge und Online-Weiterbildung.

www.sh.kursportal.info

Weiterbildungsportal Schleswig-Holstein (Bereich Sozial- und Gesundheitswesen)

Wissenschaft und Forschung

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.uni-flensburg.de

Universität Flensburg

www.uni-kiel.de

Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU).

www.uni-luebeck.de

Universität zu Lübeck

www.muthesius-kunsthochschule.de

Muthesius Kunsthochschule
(Studiengang: Medical Design)

www.uk-sh.de

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UK S-H)

Wirtschaft

www.agmt.de

Arbeitsgemeinschaft Medizintechnik
in Schleswig-Holstein e.V. (AGMT)

www.baytobio.de

BAY TO BIO Förderkreis Life Science e.V.

www.i-sh.de

Innovationsstiftung des Landes Schleswig-Holstein

www.norgenta.de

Norgenta Norddeutsche Life Science Agentur GmbH

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)

Gesundheit

www.aeksh.de

Ärztekammer Schleswig-Holstein (AEKSH)

www.aegsh.de

Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein

www.apotheke-sh.de

Apothekerverband, Apothekenwirtschaftsdienst und
Apothekerkammer Schleswig-Holstein

www.fdh-sh.de

Fachverband der deutschen Heilpraktiker,
Landesverband Schleswig-Holstein

www.kgsh.de

Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e. V.
(KGSH)

www.krebsgesellschaft-sh.de

Versorgungsprogramme und verschiedene Aspekte
der Krebstherapie

www.krebsregister-sh.de

Krebsregister Schleswig-Holstein

www.kvsh.de

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

www.lvghsh.de

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung

www.pksh.de

Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

www.reha-im-norden.de

Rehabilitationskliniken in Schleswig-Holstein

www.zaek-sh.de

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Gesundheitsregionen

www.deutsche-gesundheitsregionen.de

Netzwerk der deutschen Gesundheitsregionen

www.gesundheitsregionnord.de

Zusammenschluss der Gesundheitswirtschaft im Norden Schleswig-Holsteins an der Grenze zu Dänemark

www.gesundheitsregion-segeberg.de

Zusammenschluss von ambulanten, stationären und teilstationären Dienstleistern aus dem Gesundheitsbereich

www.medcomm-sh.de

Netzwerk von Leistungsanbietern des regionalen Gesundheitsmarktes in Südholstein

www.trauma-tangente.de

Kooperation zur Versorgung verunfallter Menschen zwischen Hamburg und Lübeck

Patienteninformationen

www.arztfindex.de

Online-Arztsuche der Ärztekammer Schleswig-Holstein

www.medfindex.de

Suchmöglichkeit für Selbsthilfegruppen im medizinischen Bereich

www.patienten-information.de

Gemeinsames Portal der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung

www.patientenombudsmann.de

Ansprechpartner für Patientenbelange, Verein Patienten-Ombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V.

Pflege und Betreuung

www.alzheimer-sh.de

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

www.kiwa-sh.de

Koordinationsstelle für innovative Wohn-Pflege-Formen in Schleswig-Holstein

www.landesagentur-sh.de

Die Landesagentur Demenz bietet niedrigschwellige Angebote für Demenzkranke.

www.lotsendienste.de

Der Lotsendienst hat einen Überblick über die Unterstützungsangebote zum selbstständigen Leben vor Ort.

www.pflegen-online.de

Portal für Nachrichten und Informationen rund um das Thema Pflege

Tourismus und Wellness

www.heilbaederverband-sh.de

Heilbäderverband Schleswig-Holstein

www.nordseetourismus.de

Erholung an der Nordsee

www.ostsee-schleswig-holstein.de

Ostseebäder und die Ostseeküste werden vorgestellt.

www.sh-gesundheit.de

Kompetenzzentrum zum Thema Gesundheitstourismus

www.sh-tourismus.de

Tourismusagentur des Landes Schleswig-Holstein

www.sh-wellness.de

Wellness-Portal der Tourismus-Agentur Schleswig-Holstein

www.tvsh.de

Tourismusverband Schleswig-Holstein

Gesundheitsregionen

www.deutsche-gesundheitsregionen.de

Netzwerk der deutschen Gesundheitsregionen

www.gesundheitsregionnord.de

Zusammenschluss der Gesundheitswirtschaft im Norden Schleswig-Holsteins an der Grenze zu Dänemark

www.gesundheitsregion-segeberg.de

Zusammenschluss von ambulanten, stationären und teilstationären Dienstleistern aus dem Gesundheitsbereich

www.medcomm-sh.de

Netzwerk von Leistungsanbietern des regionalen Gesundheitsmarktes in Südholstein

www.trauma-tangente.de

Kooperation zur Versorgung verunfallter Menschen zwischen Hamburg und Lübeck

Patienteninformationen

www.arztfindex.de

Online-Arztsuche der Ärztekammer Schleswig-Holstein

www.medfindex.de

Suchmöglichkeit für Selbsthilfegruppen im medizinischen Bereich

www.patienten-information.de

Gemeinsames Portal der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung

www.patientenombudsmann.de

Ansprechpartner für Patientenbelange, Verein Patienten-Ombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V.

Pflege und Betreuung

www.alzheimer-sh.de

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

www.kiwa-sh.de

Koordinationsstelle für innovative Wohn-Pflege-Formen in Schleswig-Holstein

www.landesagentur-sh.de

Die Landesagentur Demenz bietet niedrigschwellige Angebote für Demenzkranke.

www.lotsendienste.de

Der Lotsendienst hat einen Überblick über die Unterstützungsangebote zum selbstständigen Leben vor Ort.

www.pflegen-online.de

Portal für Nachrichten und Informationen rund um das Thema Pflege

Tourismus und Wellness

www.heilbaederverband-sh.de

Heilbäderverband Schleswig-Holstein

www.nordseetourismus.de

Erholung an der Nordsee

www.ostsee-schleswig-holstein.de

Ostseebäder und die Ostseeküste werden vorgestellt.

www.sh-gesundheit.de

Kompetenzzentrum zum Thema Gesundheitstourismus

www.sh-tourismus.de

Tourismusagentur des Landes Schleswig-Holstein

www.sh-wellness.de

Wellness-Portal der Tourismus-Agentur Schleswig-Holstein

www.tvsh.de

Tourismusverband Schleswig-Holstein

► AUTORINNEN UND AUTOREN

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



Aguedita Afemann
Leitung Unternehmenskommunikation der Damp Holding AG, S. 54



Dr. Susann Billig
Fachärztin für Gynäkologie, S. 18



Ludger Buitmann
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Landesvertretung Schleswig-Holstein, S. 30



Meryem Demircigil
Selbstständige Care Managerin, n:aip Netzwerk Kiel DeGohMed Homecare GbR, S. 38



Angelika Bähre
Referentin Krankenhauswesen und Medizinische Rehabilitation, Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, S. 60, 64



Dr. Klaus Bittmann
1. Sprecher des Vorstandes der Ärztengegenenschaft Schleswig-Holstein, S. 14



Prof. Dr. Thorsten M. Buzug
Direktor des Instituts für Medizintechnik der Universität zu Lübeck und Sprecher von TANDEM, S. 16



Ida Diestel
Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen, S. 26



Sabina Baraucke
Kordinatorin der überbetrieblichen Ausbildung im Edmund-Christiani-Semiar, S. 20



Dipl.-Phys. Kanina Botterweck
Scientific Business Manager von TANDEM-MEDISERT, S. 16



Volker Clasen
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Techniker Krankenkasse Landesvertretung Schleswig-Holstein, S. 68



Claudia Erichsen
Ärztliche Direktion der DIAKO, S. 50



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



Dr. Carola Heneweer
Klinik für Diagnostische
Radiologie, UK S-H,
Campus Kiel, S. 40



Michaela Helmrich
Institut für berufliche Aus-
und Fortbildung gmbH,
S. 36



Bernd Krämer
Krankenhausgesellschaft
Schleswig-Holstein e. V.,
S. 64



**Prof.
Claus-Christian Glüer**
Klinik für Diagnostische
Radiologie, UK S-H,
Campus Kiel, S. 40



Claudia Henkel
Selbstständige Care
Managerin, n:aip Netz-
werk Kiel DeGohMed
Homecare GbR, S. 38



**Schwester
Ulrike Hinrichsen**
Stellv. Pflegedirektorin,
DIAKO, S. 24



Dr. Ingeborg Kreuz
Vorstandsvorsitzende
der KVSH, S. 9



Jürgen Goecke
Vorsitzender der Ge-
schäftsführung der Re-
gionaldirektion Nord der
Bundesagentur für Arbeit,
S. 66



Prof. Dr. Martin Heller
Klinik für Diagnostische
Radiologie, UK S-H,
Campus Kiel, S. 40



Prof. Heidi Höppner
Professorin für Physiothe-
rapie an der Fachhoch-
schule Kiel, S. 28



Frauken Laß
Schulleiterin am Ökume-
nischen Bildungszentrum
für Berufe im Gesund-
heitswesen gmbH, S. 24

► AUTORINNEN UND AUTOREN



Dr. Carsten Leffmann
Hauptgeschäftsführer der
Ärztammer Schleswig-
Holstein, S. 12



Thomas Neldner
Verband der Ersatzkassen
e. V. (vdek), Landesvertre-
tung Schleswig-Holstein,
S. 30



Ulrike Petersen
Krankenhausgesellschaft
Schleswig-Holstein e. V.,
S. 52



Robert Schenk
Brücke Schleswig-Hol-
stein gGmbH Kiel, S. 56



Prof. Hendrik Lehnert
Direktor der 1. Medizi-
nischen Klinik der Univer-
sität zu Lübeck und
Präsident der Deutschen
Gesellschaft für Innere
Medizin, S. 60



Dr. Dieter Paffrath
Stellv. Vorstandsvorsitzen-
der AOK NORDWEST,
S. 31



Dr. Stephan Puke
Geschäftsführer Sana
Kliniken Ostholstein
GmbH, S. 48



Prof. Dr. Jens Scholz
Vorstandsvorsitzender
Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein, S. 53



Randy Lehmann
Gesundheitsinitiative
Schleswig-Holstein, S. 7



Dr. Christian Peters
Ärztlicher Direktor der
DIAKO, S. 50



Iris-Uta Räther-Arendt
Case Managerin im Lot-
sendienst Altenholz, S. 37



**Prof. Dr. Ing.
Andreas Schrader**
Arbeitsgruppe Ambient
Computing am Institut für
Telematik, Universität zu
Lübeck, S. 34



Swen Staack
Geschäftsführer der
Alzheimer Gesellschaft
Schleswig-Holstein e. V.,
S. 15



**Prof. Dr.
Jens-Martin Träder**
Facharzt und Lehrauftrag
für Allgemeinmedizin
Universität zu Lübeck,
S. 58



Rüdiger Waßmuth
Leiter der Koordinations-
stelle für innovative Wohn-
und Pflegeformen im Alter
(KIWA), S. 35



Harald Stender
Geschäftsführer der West-
küstenkliniken Brunsbüttel
und Heide gGmbH, S.10



Volker Warneke
Bildungsreferent der
Ärztammer Schleswig-
Holstein, S. 22



Dr. Martin Willkomm
Krankenhaus Rotes Kreuz
Lübeck, S. 32

Gesine Stück
dsn Analysen &
Strategien | Kooperations-
management, S. 28



Dr. Dorothee Struck
selbstständige Gynäko-
gin, S. 19

► 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)	51
AOK NORDWEST, Kiel	47
Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein, Bad Segeberg	33
Brücke Schleswig-Holstein, Kiel	21
Ev.-Luth. Diakonissenanstalt, Flensburg	17
Damp Holding AG, Ostseebad Damp	23
dsn Analysen & Strategien Kooperationsmanagement, Kiel	49
Investitionsbank Schleswig-Holstein, Kiel	11
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Bad Segeberg	57
Schön Kliniken, Neustadt in Holstein	61
Techniker Krankenkasse, Kiel	67
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel	27
Verband der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Schleswig-Holstein, Kiel	55
Wirtschaftsförderung und Technologietransfer Schleswig-Holstein GmbH, Kiel	41

► SPONSORENVERZEICHNIS

Wir danken der Ärztekammer Schleswig-Holstein für die Unterstützung.

