



Gesundheitsland Schleswig-Holstein
Jahrbuch 2011/2012

Versorgung gestalten

Mehr Gesundheit
Mehr Gesundheit

Gesundheitsland Schleswig-Holstein
Jahrbuch 2011/2012

Versorgung gestalten

Inhalt

Interview mit Dr. Heiner Garg, Gesundheitsminister von Schleswig-Holstein Fragen an den Minister	7
Dr. Franz-Joseph Bartmann Gesundheitsversorgung der Menschen dauerhaft sicherstellen Versorgung verändern	10
Interview mit Dr. Ingeborg Kreuz, Vorstandsvorsitzende der KVSH Fragen an die Vorsitzende	12
Dr. Michael Lohmann Imagekampagne „Hausärztin und Hausarzt in Schleswig-Holstein“ Perspektiven zeigen	14
Dr. Peter Froese Versorgung auch in ländlichen Gebieten sichern Arzneimittelversorgung	16
Dr. Svante Gehring und Sonja Laag Strukturierte Arzneimitteltherapie für multimorbide Senioren SAmS	18
Dr. Carl Hermann Schleifer Versorgung sektorenübergreifend gestalten Integrativ	20
Prof. Heinz Lohmann Mit Systempartnerschaften zur Prozessorientierung Moderne Medizin überall	21
Jürgen-Heiko Borwieck Bewirtschaften, planen und finanzieren als Komplettpaket Flatrate für die Klinik	22
Scott Kottwitz Spezialisierungen in der Produktentwicklung Konzentriert am Werk	24
Dr. Volker Wulf Geschäftsstrategie einer kleinen Klinik im ländlichen Raum Spezialisiert und gut vernetzt	25
Ludger Buitmann und Florian Unger TraumaNetzwerk Schleswig-Holstein für die Versorgung Schwerverletzter Im Falle eines Unfalls	26
Dr. Stefanie Schwembauer Stationäre Gesundheitsversorgung auf der Nordseeinsel Sylt Gesund auf der Insel	28
Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein Informationskampagne zur Organspende in Schleswig-Holstein Von Mensch zu Mensch	30
Christian Schultz Barrierefreiheit in der Gesundheitsversorgung Zugang für alle	32
Dr. Bernd Kölling Initiativen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie berufundfamilie	34

Daniela Friederich Eine altersadäquate Imagekampagne für Pflegeberufe Zeig' deine Pflegestärken!	36
Dr. Christian Peters und Claudia Erichsen Projekt zur Qualifizierung von Pflegekräften Versorgung in der Fläche	37
Robert Quentin Homemonitoring für Herzkranke Mein Herz	38
Dr. Uwe K. Preusker Gesundheitstelematik in Finnland – Beispiel für Schleswig-Holstein? Von Finnen lernen	39
Prof. Jens Scholz Patienteninformation im UKSH-Gesundheitsforum Wissen schafft Gesundheit	40
Sonja Kuchel Schwer kranke Kinder und Jugendliche zu Hause versorgen Hilfe in höchster Not	42
Jessika Drescher Betriebliche Gesundheitsförderung psychisch belasteter Mitarbeiter Hilfe bei der Arbeit	44
Prof. Klaus F. Rabe und Dr. Henrik Watz Forschung für eine verbesserte Therapie der häufigsten Lungenerkrankungen Die Lunge unter der Lupe	46
Prof. Heiner Raspe und Prof. Alexander Katalinic Ergebnisse der Versorgungsforschung münden in Strategieempfehlungen Forschen, entwickeln, beraten	48
Daten zum Gesundheitsland Schleswig-Holstein	50
Dr. F-Michael Niemann Qualität und Management in der sektorenübergreifenden Versorgung Aus Sicht der Patientin	56
Lara Rathje Qualitätsmanagement bietet Vorteile für Praxis und Patienten Qualität leben	57
Dr. Johann Brunkhorst Finanzieller Anreiz für mehr Qualität in der Versorgung von Patienten Pay for Performance	58
Prof. Günther Deuschl Parkinson-Forschungs- und Behandlungszentrum Kiel Forschung in Bewegung	60
Andreas Reinert Ein Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche Das Norddeutsche Epilepsienetz	62
Kirsten Lorenz Gestaltungsspielräume in der Ausübung des Arztberufs Entdecke die Möglichkeiten	64

Jana Langbrandtner Netzwerk für Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Wegweisend	66
Gabriel Baertschi Versorgung von Patienten mit akutem Koronarsyndrom (ACS) Für ein starkes Herz	67
Interview mit Frau Prof. Regina Fölster-Holst Fragen an die Professorin	68
Pflegestützpunkte	70
Birgit Lawrenz Gesundheitsversorgung von Migrant(inn)en als kommunale Herausforderung Brücken bauen	72
Sharif Rahim und Barbara Heidsieck Initiativen in der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten Brückenbauer	73
Brigitte Ramp Pflege von Migranten für Migranten M.A.P.	74
Medibüro Kiel Medizinische Hilfe für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus Krank und ohne Papiere	76
Dr. Uwe Denker Ein neuer Weg in der medizinischen Versorgung mittelloser Kranker „Praxis ohne Grenzen“	77
Dr. Christian Ottomann Internetplattform zur Vermittlung von Schiffsärzten Arzt gegen Koje	78
Benjamin Feindt und Claus Nielsen Ärzte aus anderen EU-Staaten ansiedeln und sozial integrieren Culture Coaching	80
Redaktion Gesundheitsportal Informationen im Gesundheitsportal Schleswig-Holstein Versorgung online	81
Was macht eigentlich	82
Gesundheit im Netz – Adressen aus Schleswig-Holstein	84
Autorinnen und Autoren	86
Inserenten- und Sponsorenverzeichnis	90

Fragen an den Minister

Wenn das sogenannte Gesundheitswesen den Weg in die Medien findet, wird es häufig auf seine Herausforderungen reduziert: Wartezeiten, begrenzte Mittel, die Suche nach Fachkräften und mangelnde Kooperation der Akteure. Für Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg sind diese Herausforderungen täglich Brot. Ebenso wie die Entwicklung von Lösungsansätzen und Perspektiven. Im Interview mit Dirk Schnack skizziert der Minister, welche Voraussetzungen dazu nötig wären.



Dr. Heiner Garg im Interview

Herr Minister, über das Gesundheitswesen wird fast täglich in den Medien berichtet. Obwohl ständig über Reformen diskutiert wird, scheint sich nicht allzu viel zu verändern. Was hat sich denn aus Ihrer Sicht im abgelaufenen Jahr konkret verbessert in der Versorgung in Schleswig-Holstein?

Die Antwort fällt mir für den stationären Sektor leicht: In Schleswig-Holstein haben wir mit der dauerhaften Sicherung der Investitionskostenfinanzierung für die Kliniken viel erreicht und Planungssicherheit geschaffen. Das ist wichtig für die stationäre Versorgung der Menschen, aber auch für den Wettbewerb mit Kliniken in anderen Ländern.

Können Sie mit einem Beispiel erläutern, was das konkret für die Versorgung der Patienten bedeutet?

Die Patientenversorgung mit qualitativ hochwertigen stationären Leistungen konnte gesichert und teilweise auch verbessert werden. Ein Beispiel: Für das Krankenhaus auf Fehmarn konnte vor Kurzem der Grundstein gelegt werden. Das ist nicht selbstverständlich, es gab im Vorwege eine Diskussion über den Standort, an dem ja wegen Baumängeln das alte Gebäude geschlossen werden musste. Im Flächenland

tragen wir Verantwortung auch für die Versorgung auf unseren Inseln und Halligen, da können wir nicht ausschließlich auf betriebswirtschaftliche Kennzahlen schießen. Und wenn dann noch so vorbildlich zwischen ambulant und stationär kooperiert wird wie auf Fehmarn, halte ich die Investition für gerechtfertigt.

Stichwort Versorgungsverbesserungen: Was hat sich im ambulanten Bereich verbessert?

Für die Akteure hat sich etwas verbessert: nämlich die Bereitschaft, stärker miteinander statt übereinander zu sprechen. Das gilt nicht länger nur für die ambulanten Leistungserbringer, sondern auch für ihr Verhältnis zu den Akteuren in den anderen Sektoren. Insofern kann man festhalten, dass die Perspektive für eine bessere Versorgung vorhanden ist.

Um diese insbesondere im ländlichen Raum mit ärztlichem Nachwuchs zu sichern, haben wir gemeinsam mit den anderen Akteuren ein Informationsportal für junge Mediziner entwickelt.

Betrachten wir diese Kooperationen mal etwas genauer. Schleswig-Holstein war Vorreiter bei den Ärztenetzen. In keinem Land haben sich Ärzte so früh und so zahlreich in Netzen zusammengeschlossen. Die Ärztenetze in Rendsburg und in Kiel waren wegweisend. Heute sind andere Bundesländer aber längst weiter als die Pioniere im Norden, obwohl es in unserem Land immerhin 27 Ärztenetze gibt – woran hakt es?

Sicher nicht an der Bereitschaft der Akteure, zu kooperieren. Ob andere Länder wirklich weiter sind,

weiß ich nicht. Positiv ist zunächst einmal, dass wir Vorbild für andere Bundesländer waren. Für mich ist aber auch entscheidend, wie kooperiert wird. Dazu gehört eben nicht nur die Zusammenarbeit zwischen einzelnen Arztpraxen, sondern auch die Kooperation zwischen den einzelnen Sektoren – und da schließe ich neben dem ambulanten und stationären Sektor ausdrücklich auch die Reha und die Pflege mit ein. Wir müssen zu einer sehr viel selbstverständlicheren Abstimmung über alle Sektorengrenzen hinweg kommen. Es stünde Schleswig-Holstein gut zu Gesicht, wenn wir auch in diesem Bereich zum Vorbild oder auch gutem Beispiel einer sektorenübergreifenden Kooperation werden, die insbesondere den Pflegesektor voll einschließt.

Lassen Sie uns zunächst noch bei den Ärztenetzen bleiben. Jeder vierte Arzt ist in einem solchen Netz organisiert und arbeitet mit an Ansätzen, wie die Versorgung zu verbessern ist. Immer wieder aber hört man, dass die Ideen aus den Netzen nicht umgesetzt werden können, weil sie bei den Krankenkassen keine Resonanz finden.

Ich habe nur begrenztes Verständnis dafür, wenn sinnvolle Investitionen an kurzfristigen Einsparzielen scheitern. Dieses Problem sehe ich bei Krankenkassen genauso wie bei Politikern. Im Klartext: Wenn Versorgungsverbesserungen, die mittelfristig sogar Ressourcen freisetzen könnten, aus Angst vor einem Zusatzbeitrag unterbleiben, ist das nach meiner Einschätzung kurzfristig und falsch. Natürlich haben Krankenkassen keinen beliebigen finanziellen Spielraum. Aber es gibt keinen Grund, dass Krankenkassen

nicht die Chance ergreifen sollten, über einen geringen Zusatzbeitrag eine deutliche Versorgungsbesserung für ihre Versicherten zu realisieren. Derzeit aber verhalten sich die Manager der Krankenkassen wie beim Mikadospiel: Wer sich zuerst bewegt, verliert. Allerdings muss klar gesagt werden, dass am grundsätzlichen Problem nicht die Kostenträger schuld sind, sondern der Gesundheitsfonds der Großen Koalition.

Woran liegt es, dass im deutschen Gesundheitswesen häufig so kurzfristig agiert wird und nicht die mittelfristige Versorgungsverbesserung ins Blickfeld rückt?

Uns fehlt die ehrliche gesellschaftliche Debatte darüber, was uns die gesundheitliche Versorgung wert ist und wo wir künftig Schwerpunkte setzen wollen. An dieser Stelle, das habe ich mehrfach betont, ist die Politik gefordert, die Diskussion in Gang zu bringen. Andere Länder sind hier weiter als Deutschland. Die Menschen in unserem Land wären möglicherweise bereit dazu, mehr Geld für eine bessere Gesundheitsversorgung auszugeben – immer vorausgesetzt, dass diejenigen, die sich das nicht leisten können, über die Solidargemeinschaft dazu in die Lage versetzt werden. Also: Politik und Landespolitik müssen den Boden dafür bereiten, dass Krankenkassen sinnvolle Investitionen nicht länger scheuen, sondern den Mut für die Umsetzung innovativer Ideen aufbringen.

Zurück zur Kooperation zwischen den Sektoren. Viele Ärzte scheuen die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern, weil sie im Verhältnis zu den immer größer werdenden Einheiten unterlegen sind und sich manchmal wie David gegen Goliath fühlen. Eine Kooperation auf Augenhöhe erscheint zwischen Arztpraxen und Krankenhäusern nur schwer möglich.

Die Befürchtung ist nachvollziehbar, aber sie wurde zum Teil durch positive Beispiele in unserem Bundesland auch widerlegt. Für mich ist unbestritten, dass niedergelassene Ärzte in Schleswig-Holstein flächendeckend grundsätzlich kooperationsbereit sind. Die Notwendigkeit zur Zusammenarbeit bestreitet heute niemand. Das müssen wir auch nicht verordnen – was übrigens ohnehin keinen Sinn hätte. Dort, wo Kooperationen möglich sind, entstehen sie auch. Das geht nur nicht von heute auf morgen, sondern braucht auch Zeit. Man darf nicht vergessen, dass die Beteiligten viele Jahre gegeneinander um begrenzte Ressourcen streiten mussten. Vor diesem Hintergrund muss man auch Verständnis dafür aufbringen, wenn nicht in jeder Region sofort Kooperationsvereinbarungen geschlossen werden. Wenn es im Einzelfall nicht ohne einen Moderator geht, stehen wir auch dafür bereit. Aber ich habe die Erfahrung gemacht, dass die Akteure vor Ort in aller Regel ganz gut ohne „Aufsicht“ und Bevormundung zurechtkommen. Ich setze auf

eine starke Selbstverwaltung – diese muss dann aber natürlich auch entsprechend stark handeln.

Liegt es nur an der Größe oder warum fällt es Krankenhäusern häufig leichter als den niedergelassenen Ärzten, ihre Interessen durchzusetzen?

Die standespolitische Interessenvertretung der niedergelassenen Ärzte hat es auf jeden Fall schwerer, weil viele Fachgruppen unter einen Hut gebracht werden müssen. Kliniken gelingt es häufig besser, ihre Erwartungen und Forderungen „einstimmig“ gegenüber der Politik zu artikulieren. Für beide Seiten gilt, dass sie starke Veränderungen berücksichtigen müssen, etwa den immer größer werdenden Anteil an Frauen in der Medizin – darauf stellen sich Kliniken und Organisationen der niedergelassenen Ärzte nach meinem Eindruck gut ein.

Kommen wir zu der von Ihnen angesprochenen Vernetzung mit der Pflege. Wenn schon die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern so schwerfällt, wie soll dies mit den Pflegeeinrichtungen gelingen?

Das ist sicherlich eine große Herausforderung. Fest steht aber: Es muss gelingen, wenn wir die begrenzten Ressourcen zielführender im Sinne einer guten Versorgung für die Menschen einsetzen wollen. Ich stelle mir vor, dass diese Vernetzung am Krankenbett in der Klinik beginnt. Dort sollte der Hausarzt eingeschaltet werden, mit dem die weiteren Schritte nach dem Klinikaufenthalt abgestimmt werden. Ob dann die nächste Anlaufstelle eine Arztpraxis, ein ambulanter Pflegedienst oder eine andere Einrichtung sein wird, hängt vom Einzelfall ab. Wichtig ist, dass keine Brüche entstehen und keine Zeit verloren geht. Auch Vergütungssysteme müssen so weiterentwickelt werden, dass sie Kooperationen nicht im Weg stehen.

Also ist wieder einmal der Hausarzt als Koordinator gefragt?

Das kann, muss aber nicht zwangsläufig der Hausarzt sein. Die Rolle des Koordinators kann zum Beispiel auch ein Pflegedienst oder die Kran-



Wie bewältigt das Universitätsklinikum die EHEC-Krise? Der Minister informiert sich vor Ort.



kenkasse übernehmen. Wichtig ist in erster Linie, dass die Abstimmung für eine schnelle Genesung des Patienten erfolgt und dieser nicht allein gelassen wird bei der Suche nach der geeigneten Anschlussbehandlung. Natürlich kann diese Koordinationsleistung nicht unentgeltlich erbracht werden. Das wäre aber gut angelegtes Geld, wenn man bedenkt, welche Summen eine nicht abgestimmte Versorgung bei den auf uns zukommenden Pflegeleistungen in den nächsten Jahrzehnten verschlingen würde.

Das zentrale Thema der gesundheitspolitischen Diskussion in diesem Jahr ist das Versorgungsstrukturgesetz, das als Gesellenstück Ihres Parteikollegen Daniel Bahr im Amt des Bundesgesundheitsministers gilt. Von Ihnen gab es zwar nicht nur Beifall, unter dem Strich aber Zustimmung ...

Zu Recht, denn das Versorgungsstrukturgesetz bietet einige gute Instrumente, um genau das zu erreichen, was wir uns wünschen: nämlich Vernetzung und Kooperation und endlich die Dezentralisierung. Die Selbstverwaltung bekommt die Möglichkeit, die flächendeckende ambulante medizinische Versorgung mit neuen Instrumenten sicherzustellen. Nur einige Beispiele: Die Kassenärztliche Vereinigung kann die Niederlassung in unterversorgten Gebieten beispielsweise über Honorarzuschläge attraktiver

machen. Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren können künftig aus dem Angestelltenverhältnis heraus wieder freiberuflich tätig werden. Diese Rückumwandlungsmöglichkeit war mir immer ein ganz besonderes Anliegen. Die Residenzpflicht wird aufgehoben und mobile Versorgungskonzepte können gefördert werden – damit wird eine breite Palette an Möglichkeiten eröffnet, die die Akteure nun nutzen können und nutzen werden.

Das Gesetz sieht auch die Einrichtung eines sektorenübergreifenden Gremiums zur Bedarfsplanung vor. An Gremien fehlt es im Gesundheitswesen ja nicht – war dieses neue wirklich notwendig?

Ich finde schon. Wir haben ja bereits über die Defizite in der Zusammenarbeit zwischen den Sektoren gesprochen. Das Gremium macht aber nur Sinn, wenn es nicht als Marktplatz zum Austausch bekannter Positionen genutzt wird, wenn die Beteiligten nicht nur erklären, was nicht geht, und wenn es nicht nur um die Wahrung von Besitzständen geht. In diesem Fall wäre dieses Gremium tatsächlich überflüssig. Ich erwarte, dass dieses Gremium genutzt wird, um neue Wege aufzuzeigen, wie die Sektoren abgestimmter zusammenarbeiten können. Dann könnte ich mir vorstellen, dass mittelfristig vielleicht das eine oder andere Gremium, das sich nur mit seinem Sektor beschäftigt, weniger notwendig wird.

Das klingt wie ein Vorwurf, dass die Akteure sich in der Vergangenheit zu wenig aufeinander zubewegt haben. Es hat doch zahlreiche Bemühungen gegeben.

Wenn man einen Vorwurf erheben kann, dann an die Politik, nicht an die Akteure. Die Gesundheitspolitik der letzten acht, neun Jahre hat die Beteiligten im Gesundheitswesen doch immer stärker in die Schützengräben gedrängt und dafür gesorgt, dass keiner mehr den Kopf gehoben hat. So konnte keine abgestimmte Zusammenarbeit gelingen. Jetzt müssen wir dafür sorgen, dass wir mit Kooperationen die begrenzten Ressourcen so sinnvoll wie möglich einsetzen.

Das kann nur gelingen, wenn die Beteiligten auch dazu bereit sind. Haben wir in Schleswig-Holstein die richtigen Akteure, um die gewünschte Kooperation umzusetzen?

Davon bin ich zutiefst überzeugt. Natürlich wissen wir alle, in welchen Regionen es auch bei uns im Land manchmal hakt, mal aus persönlichen, mal aus anderen Gründen. Aber ich habe die Erfahrung gesammelt, dass sich bei uns alle Beteiligten bewusst sind, dass wir uns auf überschaubarer Fläche häufiger begegnen. Diese Grundstimmung empfinde ich als ausgesprochen positiv, sie trägt zum konstruktiven Austausch bei.

Versorgung verändern

Medizinische Versorgung ist kein statischer Prozess, sondern unterliegt einem ständigen Wandel im Hinblick auf das verfügbare Leistungsangebot auf der einen und Erwartungen der Bevölkerung auf der anderen Seite. Innerhalb der letzten vier bis fünf Jahrzehnte hat sich ein nahezu dramatischer Wandel der beiden Parameter ergeben.

Zur Zeit meiner Kindheit und frühen Jugend kam zur Geburt die Hebamme ins Haus, bei Krankheit oder größerer Verletzung ging man zum Hausarzt und nur bei „Blinddarm“ oder „Schenkelhals“ ins Krankenhaus der benachbarten Kleinstadt. Alles andere wurde vor Ort geregelt. Und für die spirituelle Begleitung im Sterben war der Pfarrer zuständig. Heute wird geboren und gestorben in den jeweiligen Spezialzentren in Schwerpunkteinrichtungen der näheren und weiteren Umgebung. Andererseits glaubt man selbst bei Bagatellerkrankungen und -verletzungen auf ärztliche Hilfe nicht verzichten zu können.

Als letzter der klassischen regionalen Dienstleister – Polizist, Kaufmann, Gastwirt, Pfarrer und Doktor – hat in meinem Geburtsort der Hausarzt zum Jahreswechsel 2010 seine Praxis geschlossen und ist als Angestellter in eine als Medizinisches Versorgungszentrum firmierende große Gemeinschaftspraxis drei Ortschaften weiter entfernt gewechselt. Die vermeintliche „Goldgrube“ bei übervollem Wartezimmer von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang hatte sich nämlich finanziell als nicht mehr tragfähig erwiesen.

Mehr Mobilität

Ermöglicht und ausgelöst wurde diese gesamte Entwicklung von einem noch vor Jahrzehnten undenkbaren Zuwachs an gesellschaftlicher und individueller Mobilität. Im Gegenschluss folgt daraus, dass die wenigen, an denen diese Entwicklung vorbeigegangen ist oder sich im Alter zurückentwickelt hat, als Leidtragende zurückbleiben.

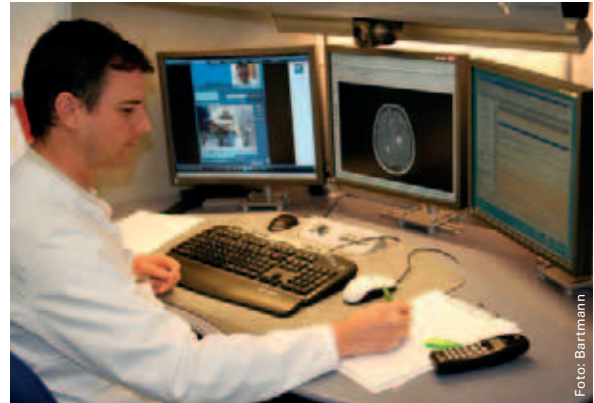
Mehr Information

Potenziert wird dieser Effekt noch dadurch, dass derzeit eine weitere ge-

sellschaftliche Entwicklung einen mindestens gleich starken und nachhaltigen Einfluss auf die Umstrukturierung gesellschaftlicher Prozesse, eben auch der medizinischen Versorgung, nimmt. Wir befinden uns mitten auf einer rasanten Fahrt in eine Informationsgesellschaft. Gerade Patienten mit chronischen Erkrankungen vertrauen längst nicht mehr nur auf den Wissensvorsprung ihres Arztes. Im Gegenteil kommen sie, vor allem auch bei seltenen Krankheiten, mit einem ungeheuer großen – in der Regel aber unsortiertem – Faktenwissen in die Konsultation. Vom Arzt erwartet man dabei das nötige Maß an Orientierung, um dieses Wissen in zielgerichtetes Handeln umsetzen zu können. Dabei sind diejenigen Patientinnen und Patienten im Nachteil, die noch nicht oder nicht mehr Zugang zu den weltweit verfügbaren Datenquellen haben. Häufig handelt es sich dabei um die gleiche Personengruppe, die bereits aufgrund ihrer mangelnden Mobilität als benachteiligt identifiziert wurde. Diese Gruppe darf bei jeglichen Überlegungen zu notwendigen strukturellen Veränderungen nicht aus dem Blickfeld geraten. Andererseits können diese Personen als Minderheit mit darüber hinaus häufig erhöhter Betreuungsdensität nicht zum alleinigen Maßstab für grundsätzliche Versorgungskonzepte werden.

Mehr Flexibilität

Lösungsmöglichkeiten sind aber nicht nur denkbar, sondern werden anderenorts, auch in Deutschland, bereits erfolgreich erprobt. Die dabei eingesetzten Konzepte ergeben sich



Fernkonsultationen unterstützen die Gesundheitsversorgung vor Ort.

zwingend aus der Problemanalyse: Im Prinzip geht es um eine Kompensation der Defizite an Mobilität und aktivem Zugang zu Informationsquellen durch entsprechende Flexibilität auf der Versorgerseite.

Eine aufsuchende Versorgung nutzt auf vielfältige Art und Weise Methoden der Telemedizin. Tägliche Präsenz und Erreichbarkeit eines Arztes wird ergänzt und teilweise ersetzt durch Fernüberwachung zentraler Krankheitsparameter und die unmittelbare medizinische Betreuung bei erkanntem Bedarf. Diese Betreuung kann sowohl der Arzt selbst als auch medizinisches Fachpersonal in Abstimmung mit dem betreuenden Arzt vornehmen. Gerade Letzteres hat sich in den von der Universität Greifswald betreuten Versorgungskonzepten als ungeheuer effizient im Hinblick auf die Therapietreue und das rechtzeitige Erkennen unerwünschter Behandlungsfolgen erwiesen. Die Rate an Einweisungen in stationäre Einrichtungen kann damit signifikant gesenkt oder zumindest hinausgezögert werden.

Delegation und Vertrauen

Die strukturellen Voraussetzungen hierfür sind mit dem vom Gesund-

heitsministerium gemeinsam mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein initiierten HELVER-Projekt (arztHELferinnen in der ambulanten VERsorgung) auch bei uns prinzipiell gegeben. Wie so oft sind es noch ausstehende Fragen der Finanzierung, sowohl in der technischen Geräteausstattung als auch in der Leistungsvergütung, die einem flächenhaften Einsatz im Wege stehen. Der besondere Charme dieses auf Delegation beruhenden Versorgungsmodells besteht darin, dass der verantwortliche Arzt oder die Ärztin im Hintergrund im Sinne des klassischen Hausarztmodells trotz einer möglichen räumlichen Distanz dem Patienten als Vertrauensperson erhalten bleibt.

Diese Vertrauensbeziehung und das hohe Gut der freien Arztwahl sollten auch in allen weiteren Modellen zur flexiblen ambulanten Grundversorgung hinterlegt bleiben. Das ist ein Stück Versorgungskultur und unterscheidet uns in der Tat von manchen unserer europäischen Nachbarn, deren Lösungen für die im Grunde identische Problematik deshalb nicht ohne Weiteres übernommen werden können. Der Hausarzt ist in Deutschland eben auch Ratgeber und Stütze in Lebenskrisen und persönlichen Notlagen. Dieses Element entfiere bei jeglichem Versuch, ein medizinisches Versorgungssystem auf der Basis durchorganisierter Ambulatorien mit wechselnder personeller Besetzung, möglicherweise sogar im Schichtdienst, zu etablieren.

In den höheren Versorgungsebenen verliert dieses Moment dagegen zunehmend an Bedeutung im Sinne und im Interesse der Verfügbarkeit spezialisierten Expertenwissens. Auch dabei können allerdings telemedizinische Verfahren im Rahmen der Fernkonsultation helfen, räumliche Nähe zwischen dem Arzt und Rat suchenden Patienten zu erhalten. Ansonsten wird man mit steigendem Spezialisierungsgrad auch weitere Wege zum Arzt in Kauf nehmen müssen. Mobilität und EDV stehen hier also eher in einem substitutiven als additiven Verhältnis zueinander.

Mehr Verzahnung

Gerade in diesem Bereich wird eine stärkere Verzahnung der bisher immer noch strikten Trennung der ambulanten und stationären Versorgung unverzichtbar sein. Das Krankenhaus kann dabei die Kompetenz und Arbeitskraft niedergelassener Kolleginnen und Kollegen nutzen, die nur im Behandlungsfall tatsächlich auch tätig werden. Das Vorhalten fester Ärzteteams unabhängig vom aktuellen Bedarf ist bei den hohen Erwartungen der Gesellschaft an die Qualität und Intensität der Behandlung auf Dauer vermutlich wirtschaftlich nicht mehr abzubilden. Die derzeitige Lösung der Deckung akuter Engpässe mit Honorarpersonal ist aus unterschiedlichen Gründen keine optimale Lösung. Andererseits können niedergelassene Kolleginnen und Kollegen die strukturellen Vorhaltmaßnahmen des Krankenhauses nutzen.

Erreichbar sein

Die ambulante Grundversorgung aber muss, mit Ausnahme der oben angesprochenen Problemgruppe, so organisiert werden, dass ein Arzt des Vertrauens im Rahmen

üblicher Entfernungen, wie beispielsweise dem Weg zum Arbeitsplatz oder zum Einkauf, erreichbar bleibt. Das Grundprinzip sollte darin bestehen, den Niederlassungsort zu orientieren am üblichen Aufenthaltsort der angestrebten Patientenklientel. Ein Kinderarzt in einem vorwiegend von älteren Menschen bevorzugten Wohngebiet wirkt dabei ebenso deplaziert wie ein geriatrisch orientierter Internist in Neubaugebieten im Randbezirk von Großstädten. Und ein Hausarzt kann gut beraten sein, sich nicht mitten im Wohngebiet eines vorwiegend als Schlafstadt fungierenden Ortes, sondern vielmehr in dem dazu reziproken Gewerbe- oder Einkaufsbezirk niederzulassen. Vielmehr als bisher muss – und wird auch – von der Möglichkeit zeitlich definierter Sprechstundenzeiten in Filial- und/oder Zweigpraxen Gebrauch gemacht werden müssen. Diese sind einer ebenfalls häufig vorgeschlagenen Versorgung in komplett mobilen Einrichtungen nicht nur aus ordnungspolitischen, sondern auch aus Gründen der Etikette und des emotionalen Zugangs zur kulturell gewachsenen Institution Hausärztin/Hausarzt in jedem Falle vorzuziehen.

Alle vorgeschlagenen Maßnahmen wären aufgrund technischer Verfügbarkeit und gesetzlicher Vorgaben auch kurzfristig umsetzbar. Nur wollen muss man es!

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

dsn

Wandel erkennen.
Zukunft gestalten.

dsn verfügt über Systemwissen und langjährige Projekterfahrung im Bereich Gesundheit.

Aus unseren Leistungen:

- Strategien**
Entwicklungskonzepte und Masterpläne für Regionen, Netzwerke und Unternehmen
- Kooperationsmanagement**
Entwicklung und Management von Kooperationsprojekten und Netzwerken
- Fördermittelmanagement**
Screening, Monitoring, Beantragung und Management
- Wissensmanagement**
Aufbau von Wiki-basierten Wissensmanagementsystemen

dsn ist ISO 9001:2008 zertifiziert. dsn-online.de

Fragen an die Vorsitzende

Dr. Ingeborg Kreuz ist Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung in Schleswig-Holstein (KVSH). Damit vertritt die Hausärztin aus Flensburg rund 5.100 Vertragsärzte und Psychotherapeuten.

Vor drei Jahren standen Sie uns freundlicherweise schon einmal Rede und Antwort für das Jahrbuch – damals noch als Kommissarische Vorsitzende der KVSH. Was haben Sie seitdem für die Versorgungslandschaft in Schleswig-Holstein auf den Weg bringen können?

Für uns ist der Sicherstellungsauftrag keine „technische“ Aufgabe. Wir sehen uns in der Verantwortung, auch aus unserem Selbstverständnis als ärztliche Selbstverwaltung heraus, die medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein zum Wohle der hier lebenden Menschen mitzugestalten. Das ist eine anspruchsvolle Gestaltungsaufgabe, die absehbar – Stichwort Ärztemangel – nicht einfacher wird. Ich denke aber, dass wir auf einem guten Weg sind. So gibt es heute weder im Gesundheitswesen noch in der Politik noch Stimmen, die bestreiten, dass es in den ländlichen Räumen ein Problem gibt. Aber nur, wenn wir gemeinsam das Problem sehen, können wir es auch gemeinsam lösen. Wir müssen alle an einem Strang ziehen.

Deshalb freut mich, dass wir eine sehr gute Kooperation mit dem Schleswig-Holsteinischen Gemeindetag pflegen. So haben wir zusammen mit dem SHGT zu Kommunalkonferenzen eingeladen, um die Verantwortlichen in den Ämtern und Gemeinden für das Thema Ärztemangel zu sensibilisieren.

Zusammen mit den Krankenkassen ist es uns gelungen, eine Regelung zu finden, um Landärzte in bestimmten Fällen von der Abstaffelung, das heißt von Honorarkürzungen, wenn sie überdurchschnittlich viele Patienten behandeln, auszunehmen. Wir gehen auf Studenten zu, um schon im Studium dafür zu werben, sich mit der Option Landarzt zu beschäftigen.

Die Beispiele zeigen: Wir nehmen unsere Verantwortung für die ambulante Versorgung sehr ernst und versuchen ganz bewusst, neue Wege zu gehen und neue Verbündete zu gewinnen, um auch künftig Mediziner für die Tätigkeit auf dem Lande zu gewinnen.

Wie sehen Sie die gesetzlichen Rahmenbedingungen und konnten Sie alle Möglichkeiten ausschöpfen?

Es ist in gewisser Weise paradox, dass im Gesundheitswesen immer zuerst auf den gesetzlichen Rahmen geschaut wird. Natürlich gibt es viele Regelungen, die wir als KVSH lieber gestern als heute abgeschafft sehen würden. Gesetze sollten aber nicht als Entschuldigung für das Nichtstun herhalten. Unsere Handlungsmaxime ist es, zunächst das zu tun, was wir im bestehenden Rechtsrahmen machen können. Erst das gibt uns die Legitimität, die Politik zum Handeln aufzufordern, wenn bestimmte gesetzliche Regelungen gute Lösungen behindern oder kontraproduktiv sind.

Generell glaube ich, dass wir zu einer Reduzierung der Reglungsdichte kommen müssen. Es würde dem Gesundheitswesen und allen, die darin tätig sind, guttun, wenn es mehr Luft zum Atmen gebe und nicht viele gute Ideen an kleinteiligen Vorschriften scheitern.

Das neue Versorgungsstrukturgesetz schafft neue Rahmenbedingungen für die Versorgung – wie wollen Sie sie nutzen? Was sind Ihre Ideen und/oder gute Beispiele für die partnerschaftliche Umsetzung einer sektorenübergreifenden Versorgung?

Das Versorgungsstrukturgesetz ist generell ein Schritt in die richtige Richtung. Die Ausweitung der Gestaltungsspielräume der regional



Dr. Ingeborg Kreuz

Handelnden zieht sich wie ein roter Faden durch das Gesetz. Dies gilt sowohl für die Bedarfsplanung als auch für Honorarfragen, wo unsere Rolle gestärkt wird. Es ist richtig, den regional Betroffenen, die die Verhältnisse vor Ort am besten kennen, mehr Kompetenzen zu geben.

Was die sektorenübergreifende Versorgung angeht, verändert das neue Gesetz die Rahmenbedingungen nicht substantiell. Ausnahme: Der bisherige, konfliktträchtige Paragraph 116 b SGB V, mit dem Kliniken mehr Möglichkeiten der ambulanten Behandlung eingeräumt wurden, wird durch eine neue „ambulante spezialärztliche Versorgung“ abgelöst.

Wenn gleiche Wettbewerbsbedingungen herrschen, kann dieser Bereich einen Beitrag zur besseren Versorgung der Patienten leisten. Wichtig ist aber, dass die Spieße für beide Seiten tatsächlich gleich lang sind. Deshalb fordern wir einen Überweisungsvorbehalt, gleiche Qualitätsstandards in beiden Sektoren, d. h. die persönliche Leistungserbringung unter Wahrung

des Facharztstandards, eine Einzelleistungsvergütung ohne Mengengrenzung, eine Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung und die Eingrenzung auf wirklich seltene Erkrankungen. Ohne diese Voraussetzungen kann es keinen fairen Wettbewerb geben.

Ich plädiere dafür, dass beide Seiten möglichst ihre Ressourcen bündeln statt sich gegeneinander in Stellung zu bringen. Am besten ließe sich dies erreichen, wenn die Einheiten der neuen Versorgungsebene mit dreiseitigen Verträgen zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen geregelt würden statt mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Ein solcher Vertrag müsste zwingend Kooperationsabkommen zwischen Niedergelassenen und Kliniken vorgeben. In einem Flächenland wie Schleswig-Holstein mit seiner im Vergleich zum Beispiel zu den Stadtstaaten deutlich geringeren Dichte an spezialisierten Fachärzten, gleich ob sie in der Klinik oder in eigener Praxis tätig sind, stellt sich die Frage der Konkurrenz vielfach ohnehin nicht. Da geht es in erster Linie darum, bestimmte Spezialisten überhaupt zur Verfügung zu haben. Insofern ist auch die Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Klärung eines Sicherstellungsbedarfes unabdingbar.

Hat sich die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen seit Ihrem Amtsantritt verändert – oder verändert sie sich noch?

Die Antwort ist ein doppeltes Ja. Die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen hat sich deutlich verändert, aber dieser Prozess ist nicht abgeschlossen. Erkennbar war in den vergangenen Jahren der politische Wille, durchaus über

Parteigrenzen hinweg, die Strukturen in der ambulanten Versorgung in Bewegung zu bringen. Dazu gehörte, Versorgungsstrukturen außerhalb des bewährten Kollektivvertrags zu fördern – Stichwort Hausarztverträge –, durchaus als Konkurrenz zu den Kassenärztlichen Vereinigungen. Hinzu kam, dass der Gesetzgeber tief in die Strukturen der Selbstverwaltung eingriff. Am augenfälligsten ist der Übergang von ehrenamtlichen zu hauptamtlichen Vorständen. Wir als KVSH haben die Herausforderungen angenommen und sind heute organisatorisch sehr gut aufgestellt.

Ich beobachte auch, dass das Pendel mittlerweile wieder zurückschwenkt. Vor einigen Jahren war der Ruf nach einer Abschaffung der KVen oder einer Beschneidung ihrer Kompetenzen deutlich lauter zu vernehmen. Vielen ist in der Zwischenzeit klargeworden, dass es nicht so einfach ist, mal eben eine funktionierende Parallelstruktur über Selektivverträge zu schaffen. Ein Beispiel ist unser Bereitschaftsdienst, den wir mit hohem finanziellem und personellem Aufwand an 365 Tagen im Jahr flächendeckend sicherstellen. Das ist ein Teil der Daseinsvorsorge, der neben Geld und qualifiziertem Personal auch Erfahrung und eine leistungsfähige Organisation wie die KVSH im Hintergrund benötigt.

Auch mit Blick auf den zunehmenden Ärztemangel scheint mir die Erkenntnis in allen politischen Lagern zu wachsen, dass es ohne leistungsfähige KVen nicht funktionieren wird, eine verlässliche Versorgung auf bewährtem hohem Qualitätsniveau zu erhalten. Richtig ist aber auch: Wir müssen uns immer wieder selbst auf den Prüfstand stellen und schauen, wo wir noch besser werden können. Darauf haben auch unsere Mitglieder einen Anspruch.

Was halten Sie von mobilen Versorgungskonzepten für ein Flächenland wie Schleswig-Holstein?

Der Begriff „mobile Versorgungskonzepte“ ist missverständlich. Die gelegentlich geäußerte Idee, der Arzt könnte mit einem Bus über Land fahren und auf dem Dorfplatz seine Sprechstunde abhalten, halte ich nicht für problemlösend, denn letztlich geht es um überbrückbare Entfernungen zum nächsten Arzt. Da wäre es sinnvoller, die Gemeinde ruft einen Arzt-Shuttle für die älteren Bürger ins Leben, der sie zur nächsten Praxis fährt.

Mir gefällt der Begriff „flexible Versorgungskonzepte“ besser. Darunter sind viele Lösungen denkbar. Als KVSH haben wir keine Scheu, gern auch gemeinsam mit anderen, neue Wege zu gehen. Ein Beispiel sind die Zweigpraxen, um die Versorgung in Orten zu erhalten, in denen sich kein Arzt für die Fortführung einer Vollzeitpraxis findet. Wir haben im Land bereits mehr als 140 solcher Filialpraxen.

Es geht übrigens gar nicht immer um große politische Konzepte. Unsere Ärzte sind kreativ, wenn es darum geht, die Versorgung dort, wo sie leben und arbeiten, mitzugestalten. Ob Zweigpraxis, Gemeinschaftspraxis mit mehreren Standorten, die Anstellung von Ärztinnen in Teilzeit – die Wirklichkeit ist mittlerweile bunt. Wir unterstützen deshalb unsere Mitglieder, wenn sie mit neuen Ideen Verantwortung für die Versorgung in ihrer Region übernehmen.

Die Fragen stellte Randy Lehmann.

Perspektiven zeigen

Der demographische Wandel macht auch vor den Medizinern nicht halt: Etwa die Hälfte der 1.900 Hausärztinnen und Hausärzte in Schleswig-Holstein ist 50 Jahre oder älter, jeder Fünfte ist sogar schon über 60. Gleichzeitig ist qualifizierter Nachwuchs immer schwerer zu finden. Damit erreichen mehr Ärzte das Rentenalter, als junge Ärzte nachfolgen. Hinzu kommt, dass gegenwärtig bei den Studierenden ein geringes Interesse am Fach Allgemeinmedizin zu verzeichnen ist.

Praktizierende Hausärzte weisen zum Beispiel darauf hin, dass viele junge Medizinerinnen und Mediziner kein richtiges Bild von der Vielfältigkeit dieses Berufes haben. Wenn nicht rechtzeitig gegengesteuert wird, drohen in Schleswig-Holstein größere Versorgungslücken. Das Problem haben auch andere Bundesländer, aber besonders trifft es ländlich strukturierte Gebiete. Das Szenario: Praxen auf dem Land bleiben unbesetzt, Patientinnen und Patienten müssen weite Wege und Wartezeiten in Kauf nehmen.

Damit der Hausärztemangel nicht bald Alltag wird, sondern ein (hoffentlich nur) drohendes Szenario bleibt, haben das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein und die Ärztekammer Schleswig-Holstein gemeinsam die Imagekampagne „Hausärztin und Hausarzt in Schleswig-Holstein“ ins Leben gerufen.

Die Imagekampagne möchte einen Beitrag dazu leisten, die Attraktivität und Vielseitigkeit der hausärztlichen Tätigkeit darzustellen und die Rahmenbedingungen für eine flächendeckende Versorgung mit Hausärztinnen und -ärzten im nördlichsten Bundesland auch in Zukunft sicherzustellen.

Die Inhalte

Ein Ansatzpunkt der Kampagne ist, Medizinstudentinnen und -studenten so früh wie möglich an die hausärztliche Versorgung heranzuführen, um den Anteil derjenigen zu erhöhen, die sich nach Abschluss ihres Studiums für eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin entscheiden. Außerdem soll dargestellt werden, welche Möglichkeiten in der Fort-

und Weiterbildung nach Abschluss des Studiums bestehen. Schließlich sollen Niederlassungen gefördert werden, zum Beispiel mit transparenten Informationen über die Beratungsangebote und Unterstützungsmöglichkeiten im Land.

Das Internetportal

Der offizielle Startschuss für die Kampagne fiel im Januar 2011, als auf dem Kongress „Vernetzte Gesundheit“ in Kiel das neue Internetportal www.hausarzt-sh.de freigeschaltet wurde. Das Informationsportal ist eines der zentralen Instrumente, um angehenden Ärztinnen und Ärzten den Weg zur hausärztlichen Tätigkeit in Schleswig-Holstein zu erleichtern – unabhängig davon, ob diese erst

sprechend ist sie gestaltet:

- Übersichtlicher und chronologischer Aufbau: beginnend bei den Zulassungsvoraussetzungen für das Studium über die Fort- und Weiterbildung bis hin zu Niederlassungs- und Praxisberatung
- Kurze und informative Texte
- Zahlreiche Links zu den jeweiligen Akteuren und Nennung direkter Ansprechpartner, sodass kein zeitintensives Recherchieren im Internet notwendig ist, sondern alle notwendigen Informationen kompakt abrufbar sind
- Hinweise auf Netzwerke, Modellprojekte, Fördermöglichkeiten etc.

Interessierte erhalten damit einen schnellen Zugriff auf alle Themen



Eines der zentralen Instrumente der Kampagne – das Hausarztportal

am Anfang ihres Medizinstudiums stehen, sich in Stationen der Weiterbildung befinden oder eine Niederlassung ins Auge gefasst haben.

Die Homepage hat eine Lotsenfunktion für den Ratsuchenden – ent-

rund um den Hausarztberuf. Die Einrichtung und Pflege der Homepage wird durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein mit finanzieller Unterstützung der Landesregierung umgesetzt.

Als Hausärztin* hast Du:

- ein hohes Maß an Selbstständigkeit
- eine persönliche Beziehung zu Deinen Patienten
- eine hohe Verantwortung
- gute Arbeitsbedingungen
- einen abwechslungsreichen und anspruchsvollen Praxisalltag
- eine gute und sichere berufliche Perspektive
- mehr Raum für Deine individuelle Lebensgestaltung und die Deiner Familie

Weitere Infos findest Du unter: www.hausarzt-sh.de

Projekträger:



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

TAKE-A-CARD Tel. (043 31) 8 54 09 - www.take-a-card.de - Verkauf unterlag. Copyright: © 1999



Hausärztin* - die 1. Adresse in allen Gesundheitsfragen

Gute Perspektiven für Hausärztinnen und Hausärzte in Schleswig-Holstein unter www.hausarzt-sh.de

Bei der Einrichtung von www.hausarzt-sh.de kam es insbesondere darauf an, möglichst viele der im Land vorhandenen Akteure zu beteiligen, um sowohl den Medizinstudentinnen und -studenten als auch den jungen Ärztinnen und Ärzten frühzeitig aufzuzeigen, wie breit die Unterstützung im Lande aufgestellt ist. Als Partner konnten die zentralen Organisationen gewonnen werden: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Hausärzteverband Schleswig-Holstein, Ärztenossenschaft Schleswig-Holstein, Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein, Medizinische Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Sektion Medizin der Universität zu Lübeck.

„Markt der Möglichkeiten“

Im nächsten Schritt wird die Kampagne unter den Studentinnen und Studenten weiter bekannt gemacht. Zu diesem Zweck findet an der Universität zu Lübeck ein „Markt der Möglichkeiten“ statt. Mit dieser Veranstaltungsform soll der Medizinnachwuchs Gelegenheit haben, mit den beteiligten Akteuren im Lande in Kontakt zu kommen. Die angehenden Hausärztinnen und Hausärzte erhalten einen Einblick, auf welchen Ebenen sie persönliche Unterstützung bei der Entscheidung und der Umsetzung ihres Berufswunsches finden können.

Dies betrifft beispielsweise die bestehenden Projekte und Angebote zur Verbundweiterbildung, mit der

die Weiterbildung zum Facharzt Allgemeinmedizin attraktiver gestaltet werden soll. In Schleswig-Holstein gibt es dazu Kooperationsvereinbarungen mit mehreren Krankenhäusern. Der Vorteil für die Assistentinnen und Assistenten in der Weiterbildung zur Fachärztin/ zum Facharzt für Allgemeinmedizin besteht darin, dass sie ihre gesamte Weiterbildungszeit in einer Region ableisten können. Sie müssen sich nicht mehr – wie sonst üblich – für jede einzelne Station im Krankenhaus sowie die ambulante Zeit beim Vertragsarzt gesondert bewerben, sondern durchlaufen die Krankenhausstationen im Rahmen der Verbundweiterbildung zumeist nach einem vorher festgelegten Rotationsplan. Die Kooperation von Kliniken und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gewährleistet somit eine kontinuierliche Weiterbildungszeit „aus einer Hand“.

Unterstützung

Weitere Merkmale sind beispielsweise die Weitervermittlung an ausbildende Praxen in der Region und die Unterstützung der Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin bei der Niederlassung von der Koordinationsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein.

Mit dem „Markt der Möglichkeiten“ sollen die Studentinnen und Studenten zudem die Möglichkeit erhalten, ihre Fragen unmittelbar an die entsprechenden Institutionen stellen zu können und umgehend Antworten zu erhalten. Auf diese Weise soll die Vernetzung zwischen den Studentinnen und Studenten und den an der hausärztlichen Versorgung beteiligten Akteuren in Schleswig-Holstein gefördert werden.

Dr. Michael Lohmann, Ärztekammer Schleswig-Holstein, www.hausarzt-sh.de

Arzneimittelversorgung

Noch versorgen die öffentlichen Apotheken in Schleswig-Holstein die Bevölkerung flächendeckend mit Arzneimitteln. Dennoch könnte es bereits in naher Zukunft zu Versorgungslücken kommen. Diese Gefährdung hat mehrere Ursachen. Mit welchen Strategien kann man dies verhindern?

Die Zahl der Apotheken im Land hatte Ende 2009 ihren Zenit mit 739 Apotheken überschritten und nimmt seitdem ab. Obwohl die Bevölkerungszahl Schleswig-Holsteins 2010 sogar noch leicht gestiegen ist, hat das Absinken der Apothekenzahl 2011 weiter an Fahrt gewonnen. Derzeit gibt es 722 Apotheken, die in Schleswig-Holstein die Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln sowie sonstigen apothekenüblichen Waren sichern. Diese Entwicklung entspricht auch dem Bundestrend. In Schleswig-Holstein steht gegenwärtig eine Apotheke im Durchschnitt für knapp 4.000 Einwohner zur Verfügung. Im Bundesdurchschnitt sind es 3.800 und der europäische Durchschnitt liegt bei 3.300. Aber auch in der Bevölkerungsdichte mit 179 Einwohnern pro Quadratkilometer liegt Schleswig-Holstein unter dem Bundesdurchschnitt. Das hat Auswirkungen auf die Größe des Versorgungsgebietes einer Apotheke, besonders im ländlichen Raum.

Botendienste

So versorgt zum Beispiel im Bereich von Gelting ein Apotheker mit seiner Hauptapotheke und einer dazugehörigen Filialapotheke ein Gebiet, das so groß ist wie Hamburg nördlich der Elbe. Von den mehr als 700 Apotheken in Schleswig-Holstein sind rund ein Drittel Landapotheken. Hinzu kommen städtische Apotheken mit Umlandfunktion. Sie sichern die Arzneimittelversorgung nicht nur mit ihrer Präsenz vor Ort, sondern auch mit einem aufwendigen Botendienst im Umland.

Bereits früh morgens machen sich die Apothekenboten auf den Weg, zunächst in die Praxis des Landarztes, um dort von den Patienten hinterlegte Rezepte abzuholen. Nicht selten werden gleich noch Arznei-



Präsenzapotheken sichern mit ihrem Notdienst die Versorgung rund um die Uhr.

mittel für den Sprechstundenbedarf abgeliefert, wie zum Beispiel Impfstoffe. Aber auch wichtige Unterlagen können dabei sein: Seien es Genehmigungen von Hilfsmitteln, Bescheinigungen oder sogar Arztbriefe. Die Apothekenboten sind damit ein kleiner, vertrauenswürdiger Kurierdienst auf dem flachen Land – bis zu den entlegendsten Höfen.

Eine typische Landapotheke hat in der Regel mehrere Botenfahrzeuge und Boten sowie ein ausgeklügeltes Logistiksystem, mit dem die große Zahl der Versorgungsvorgänge bewältigt werden kann. Rechnet man die Kosten zusammen, wird schnell klar, dass der Botendienst auf dem Lande defizitär ist. Deutlich wird dies an der einfachen Tatsache, dass Internetapotheken Versandkosten verlangen, die Landapotheke hingegen auch bei kleinen Mengen gemäß ihrem gesetzlichen Versorgungsauftrag kostenfrei ins Haus liefert.

Wettbewerb mit Internet

Die Bevölkerung in Schleswig-Holstein setzt auf ihre Apotheken, die ganz nah dran am Wohnort versorgen: Weniger als ein Prozent der ärztlich verordneten Arzneimittel lassen sich die Landbewohner direkt

von Internetapotheken schicken. Wesentlich mehr wird das Angebot wahrgenommen, freiverkäufliche Arzneimittel im Internet zu bestellen. Knapp 20 Prozent der Arzneimittel für die Selbstmedikation gehen mittlerweile den Landapotheken auf diese Weise verloren. Die Apotheken vor Ort liefern Arzneimittel nicht nur im Akutfall kurzfristig bis in die entlegensten Winkel des Landes, sie stehen auch mit ihrem Notdienst nachts sowie an Sonn- und Feiertagen für die Versorgung rund um die Uhr bereit. Schließlich sind es allein die Präsenzapotheken, die Rezepturen anfertigen.

Zusammenarbeit verbessern

Wo im Lande Apotheken schließen, lässt sich kaum vorhersagen und auch nicht steuern. Denn es gilt in Deutschland Niederlassungsfreiheit. Während sich in urbanen Zentren teilweise noch neue Apotheken ansiedeln, gehen sie in ländlichen Bereichen, aber auch in reinen städtischen Wohngebieten verloren. Es ist deshalb eine große Herausforderung, den flächendeckenden Bestand von öffentlichen Apotheken und damit die Arzneimittelversorgung an jedem Ort in Schleswig-Holstein zu sichern.

Der Apothekerverband Schleswig-Holstein hat mit der Kassenärztlichen Vereinigung Ideen entwickelt, wie Ärzte und Apotheker gemeinsam die Arzneimittelversorgung optimieren können. Daraus erzielte Einsparungen sollen für Strukturverbessernde Maßnahmen eingesetzt werden. Zugleich versprechen sich beide Seiten aus der Zusammenarbeit den Abbau von Bürokratie.

Dr. Peter Froese, Vorsitzender des Apothekerverbandes Schleswig-Holstein e. V.



Diakonissenkrankenhaus *Flensburg*



Moderne Medizin Menschliche Wärme

Hilfsbedürftige und kranke Menschen erfahren bei uns eine besondere Zuwendung:

- 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr
- Überregionale, optimale gesundheitliche Versorgung
- Betreuung durch Krankenhauseelsorger
- Diakonisch engagierte Mitarbeiter

Weitere Fragen
beantworten wir
Ihnen gern:
DIAKO Flensburg
Knuthstr. 1
24939 Flensburg

Tel. 0461 812-4444
E-Mail:
servicecenter@diako.de
www.diako.de

- ▶ Traumazentrum
- ▶ Onkologisches Zentrum
- ▶ Herz-Kreislauf-Zentrum
- ▶ Brust- und Myomzentrum
- ▶ Psychiatrisches Zentrum
- ▶ Diabetologisches Zentrum
- ▶ Dialyse-Zentrum
- ▶ Perinatalzentrum
- ▶ Stroke Unit
- ▶ Wirbelsäulenzentrum
- ▶ Kontinenzzentrum
- ▶ Prostatazentrum
- ▶ Gefäßzentrum
- ▶ Palliativmedizin

SAmS

Ältere Patienten bekommen immer mehr Medikamente gleichzeitig verordnet, die Gefahr von Nebenwirkungen steigt. In dem Projekt SAmS nehmen sich Ärztegenossenschaft Nord und BARMER GEK gemeinsam des Problems an. Dadurch soll die Arzneimitteltherapie in Schleswig-Holstein sicherer werden.

Viele kennen es – dieses kleine quirlige Wesen mit den blauen Wunschknoten und der Rüssel Nase, das seinen Ziehvater Herrn Taschenbier oft in den Wahnsinn trieb, ihm aber auch Glücksmomente bescherte. Nein, mit diesem von Paul Maar geschaffenen „Sams“ hat unser Projekt nichts zu tun, auch wenn ein Patient von zu vielen oder den falschen Medikamenten genauso unruhig werden oder auch Flecken im Gesicht bekommen könnte, dann aber eher rote. Unser SAmS ist viel erwachsener und soll unsere älteren Patienten gerade vor solchen unerwünschten Arzneimittelwirkungen (auch UAW genannt) schützen.

Mehr Medikamente

Nach Berechnungen des Teams Verordnungen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein wurden im Jahr 2009 in Schleswig-Holstein für 40 Prozent der über 70-jährigen Patienten sechs und mehr Wirkstoffe pro Tag und für 18 Prozent sogar über zehn Wirkstoffe verordnet. Heute dürfte es kaum besser sein, im Gegenteil, denn die Zahl der immer älter werdenden Patienten mit mehreren Erkrankungen gleichzeitig wächst. Diese so genannten multimorbiden Patienten bekommen für jede Erkrankung leitliniengerecht mehrere Medikamente verordnet (Polypharmazie). Mit der Anzahl der verordneten Medikamente steigt jedoch die Gefahr unerwünschter Arzneimittelwirkungen. Für die betroffenen Patienten kann die Vielzahl der verordneten Medikamente dann eine Gefahr darstellen. Das Problem besteht in einer bis dato fehlenden Leitlinie für multimorbide Patienten. Es gibt zwar diverse Studien und Ansätze zur Beschreibung des Phänomens, aber noch keine in der Praxis

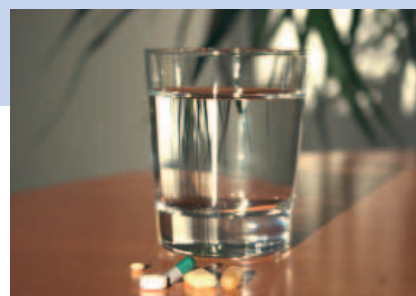
des Arztes anwendbare standardisierbare Handhabung.

Vorarbeiten SAmS

Das SAmS-Projekt ist von der Ärztegenossenschaft Nord gemeinsam mit der BARMER GEK entwickelt worden, um zur Verbesserung der Situation beizutragen. Ein Vorhaben, was in diesem Umfang noch keiner versucht hat. Seit Mitte 2009 treffen sich engagierte Ärzte, Netzvorstände und Moderatoren der regionalen Qualitätszirkel (QZ) in Schleswig-Holstein. Ein überregionaler QZ setzt sich mit speziellen Problemen der Arzneimitteltherapie bei älteren Patienten auseinander, bearbeitet Fallbeispiele und bewertet die internationale Literatur zum Thema.

Datenanalyse

Um das vorhandene medizinisch-pharmakologische Wissen mit der bisherigen Verschreibungspraxis abzugleichen, wurde die „SAmS-Wirkstoffliste“ entwickelt. Auf Basis der Ordnungsdaten des ersten Halbjahres 2009 aus Schleswig-Holstein für Versicherte der ehemaligen BARMER mit einem Mindestalter von 65 Jahren wurden nach definierten Kriterien die Wirkstoffe mit der höchsten klinischen Relevanz und Häufigkeit ermittelt. Damit auch Arzneimittelwechselwirkungen mit Wirkstoffen der Selbstmedikation Berücksichtigung finden, wurde die Liste um die häufigsten in der Selbstmedikation abgegebenen Präparate ergänzt. Die „SAmS-Wirkstoffliste“ ist somit ausschließlich durch Datenanalysen ohne medizinische Priorisierung entstanden. Zu den Wirkstoffen wurden die wichtigsten Nebenwirkungen und Wechselwirkungen hinzugefügt. Außerdem erfolgte ein Abgleich mit der Beers- und Priscus-Liste sowie



Gegen Risiken und Nebenwirkungen von Polypharmazie hilft das SAmS.

einer unter dem Namen FORTA-Konzept (fit for the aged) firmierenden Liste. Diese, ausschließlich nach pharmakologischen Erkenntnissen zusammengestellten, für ältere Menschen ungeeigneten Präparate, kombinieren Elemente einer Positiv- mit denen einer Negativliste. Der Abgleich dieser Listen mit den tatsächlich verordneten Wirkstoffen verdeutlicht den Handlungsbedarf: 14,5 Prozent der in der Beers- und Priscus-Liste und bis zu 23 Prozent der im FORTA-Konzept als für ältere Patienten nicht so geeignet bewerteten Wirkstoffe werden – obgleich kritisch – verordnet.

Pilotregion Neumünster

Die über eine längere Zeit entstandenen Erkenntnisse werden in einem sechsmonatigen Pilotprojekt mit dem Medizinischen Praxisnetz Neumünster im Praxisalltag erprobt. Am Ende des Projektes soll eine kleine schriftliche Behandlungshilfe stehen. Sie will Hausärzten in der Kürze der Zeit schnell und strukturiert einen Weg weisen, worauf zu achten ist, wenn ein älterer multimorbider Patient mit einer Vielzahl von Medikamenten in die Praxis kommt. Es handelt sich hierbei also um einen echten „Bottom-up-Ansatz“ – von Ärzten für Ärzte. Für die Erarbeitung der Behandlungshilfe gibt es Qualitätszirkel, die sich mit der Patientenansprache, dem Ordnungsplan und der Implementierung von Behandlungspfaden in den Praxisalltag beschäftigen.

Arbeitsgruppen

Die am Projekt beteiligten Ärzte werden sich in der Pilotphase alle zwei bis vier Wochen in Arbeitsgruppen treffen. Eine Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit den konkreten Handlungsabläufen und Entschei-

dungsbäumen bei Diagnosen über die Sektoren hinweg: Dabei sollten sie die Prognose und die Wünsche der Patienten beachten. Ebenso heißt es, Risikokonstellationen wie beispielsweise eine Nierenschwäche, bei der bestimmte Medikamente nicht eingenommen werden dürfen, zu berücksichtigen sowie das Augenmerk darauf zu richten, dass eine neue Diagnose auch eine unerwünschte Arzneimittelwirkung eines verordneten Medikamentes sein kann. Dadurch können sie Komplikationen vorbeugen. Diese Handlungsabläufe werden von allen teilnehmenden Ärzten im Praxisalltag auf ihre Handhabbarkeit überprüft. Eine weitere Arbeitsgruppe befasst sich mit der Erstellung eines „SAmS-Patientenpasses“. Dieser soll den Informationsfluss zwischen dem Hausarzt und den mit behandelnden Fach- und gegebenenfalls auch Krankenhausärzten sicherstellen. Grundvoraussetzung ist dabei eine genaue Darstellung der Medikation einschließlich Dosierung und Dauer. Das übergeordnete Ziel ist,

eine sichere Arzneimitteltherapie zu gewährleisten – auch wenn mehrere Ärzte an der Behandlung eines Patienten beteiligt sind. Die dritte Arbeitsgruppe erarbeitet sowohl die für die individuelle Fallbeurteilung notwendigen Datengrundlagen als auch die für eine Erfolgsmessung relevanten Kennzahlen. Dabei sollen die Kennzahlen Optimierungen in den bei der Analyse der Verordnungsdaten als auffällig identifizierten Medikationsfeldern widerspiegeln.

Am Ende sollen alle profitieren: In allererster Linie natürlich die multimorbiden Patienten, die eine höhere Therapiesicherheit mit mehr Lebensqualität erfahren. Die Ärzte fühlen sich nicht mehr mit dem Verordnungsproblem alleine, haben strukturierte Handlungsempfehlungen bei Polypharmazie und erzielen eine gesteigerte Therapiequalität.

Ausblick

Mit dem skizzierten Pilotprojekt auf der Grundlage eines integrierten Ver-

sorgungsvertrages soll die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten im Bereich der Arzneimittelmedikation bei multimorbiden älteren Patienten eingeübt werden. Gelingt es, mit SAmS ein praxistaugliches Instrument für die Handhabung des so oft geschilderten Problems der Multimedikation zu schaffen, ist die Einbeziehung weiterer Sektoren und Disziplinen angedacht. Mit dem Start in der Pilotregion Neumünster kommen wir nun einen großen Schritt voran und hoffen im Anschluss daran mit der erstellten Behandlungshilfe den nächsten großen Schritt hin zu einer langzeitorientierten Versorgung zu schaffen.

Dr. Svante Gehring, Vorstandsmitglied der Ärztegenossenschaft Nord, Hausarzt in Norderstedt, und Sonja Laag, BARMER GEK Hauptverwaltung, Leiterin Versorgungsprogramm Ältere

wenn ...

- ... ältere Menschen sich psychisch verändern,
- ... eine Sucht das Leben zerstört,
- ... eine junge Mutter nur mit Kind in die Klinik will,



dann haben die AMEOS Klinika immer eine individuelle Lösung. An **sechs Standorten** bietet AMEOS psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen von **ambulant bis vollstationär**:

- ➔ **Kiel** (04 31) 7 80 53 - 0
- ➔ **Lübeck** (04 51) 3 00 87 - 0
- ➔ **Heiligenhafen** (0 43 62) 91-0
- ➔ **Neustadt i.H.** (0 45 61) 6 11 - 0
- ➔ **Oldenburg i.H.** (0 43 61) 49 49 46
- ➔ **Preetz** (0 43 42) 80 07 - 55

Ab Mitte 2012 zwei weitere Tagesklinika in

- ➔ **Eutin** und ➔ **Heiligenhafen**

AMEOS Klinika Holstein

Wiesenhof • 23730 Neustadt i.H.

Tel.: 04561 611-4610 • info@neustadt.ameos.de



www.ameos.eu

Integrativ

Eine zentrale Aufgabe, um eine optimale medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein sicherzustellen und zugleich alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen bestmöglich einzusetzen, ist die Überwindung der bestehenden Versorgungsgrenzen. Die Verzahnung von ambulant und stationär ist unverzichtbar.

Um die ambulante, akutmedizinische und rehabilitative Versorgung künftig sicherzustellen, müssen vorhandene personelle und sachliche Ressourcen effektiver genutzt werden. Ein realistisches Ziel könnte der Zusammenschluss aller Gesundheitsdienstleister zu integrierten Versorgungsregionen sein. Dafür bedarf es der Gestaltung einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit mit einem fest verankerten Austausch über Inhalte, Bedürfnisse oder Erfordernisse aller Beteiligten.

Kurze Behandlungswege

Schon im bestehenden System sind Maßnahmen denkbar, die eine Durchlässigkeit zwischen den Sektoren bewirken können. In diesem Zusammenhang stehen die Bemühungen der Damp Holding AG zum Ausbau von Netzwerken. Unter dem Leitbild „Gesundheit aus einer Hand für die Menschen im Norden“ wird die Aufgabe wahrgenommen, den Patienten eine möglichst ganzheitliche Versorgung mit kurzen Wegen zukommen zu lassen. Dafür ist die Zusammenarbeit zwischen Akut- und Reha-Kliniken ebenso unerlässlich wie die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Kliniken.

Integrative Versorgungspfade

Zielführend ist die Wechselwirkung integrativer Behandlungspfade zwischen dem niedergelassenen Arzt als Erst-Diagnostikgeber, Einweiser sowie Nachbehandelndem und dem Krankenhausarzt, der die Hauptbehandlung übernimmt.

Zunehmend werden an Krankenhäusern gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten fachärztliche Leistungen erbracht, zum Beispiel in der Gerontologie, Gastroenterologie und Kardiologie. Außerdem nutzen die

Krankenhäuser bereits bestehende Möglichkeiten, Honorarärzte beziehungsweise Ärzte in Teilzeitanstellung für einen längeren Zeitraum als bisher zu beschäftigen.

Erfolgreiche Lösungswege

Dass die Umsetzung von pragmatischen Lösungen bereits möglich ist, zeigen erfolgreiche Projekte und Aktivitäten:

- Das Schmerzzentrum Nord in Schleswig ist für die Behandlung chronischer und zur Chronifizierung neigender akuter Schmerzzustände jeglicher Ursache zugelassen. Das Leistungsspektrum beinhaltet stationäre und ambulante Therapieangebote.
- Bundesweit einmalig ist das Forschungsprojekt „Herzinsuffizienz“, eine Zusammenarbeit zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, der Damp Holding AG und dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung der Bundesrepublik Deutschland. Sektorenübergreifend werden Routinedaten von Patienten mit Herzschwäche im hohen Stadium im Hinblick auf Arzneimitteltherapie analysiert. Erste Ergebnisse sollen Anfang 2012 veröffentlicht werden.
- Bei sektorenübergreifender Zusammenarbeit müssen einheitliche Qualitätsstandards gelten. Der Patient erwartet Transparenz bezüglich der Qualität medizinischer Leistungen. Internetportale sollen es ermöglichen, das vermeintlich beste Krankenhaus oder die vermeintlich beste Praxis für seine Behandlung anhand von Qualitätskriterien auszuwählen.
- Die Damp Holding AG ist ein Gründungsmitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Der Zusammenschluss von mehr als 130 Krankenhäusern aus

Deutschland und der Schweiz setzt auf Qualitätsmanagement auf Basis von Routinedaten, Transparenz der Ergebnisse durch Veröffentlichung und den Einsatz von Peer-Review-Verfahren. Das ergebnisorientierte Nacharbeiten von Fällen mit Aktenstudium durch Chefärzte und Spezialisten aus Mitgliedskrankenhäusern ist deutschlandweit in dieser Form einmalig.

Netzwerke im Gesundheitsland

Weitere wichtige Aktivitäten in Schleswig-Holstein sind die Entwicklung von indikationsspezifischen Behandlungspfaden, die Verbesserung des Überleitungsmanagements und der Aufbau eines Beckenboden- und Kontinenzentrums gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten in Schleswig.

Die Vernetzung mit im Gesundheitssystem tätigen Apothekern, Physiotherapeuten, niedergelassenen Ärzten, Psychologen, Beleghebammen sowie mit Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern oder Kostenträgern in der Region wird vorangetrieben.

Versorgung optimal gestalten bedeutet, sich an den Bedürfnissen der Patienten zu orientieren, und das heißt: Sektorengrenzen überwinden. Dies sind zentrale Bausteine für eine perspektivische Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens.

Dr. Carl Hermann Schleifer,
Vorstandsvorsitzender der
Damp Holding AG

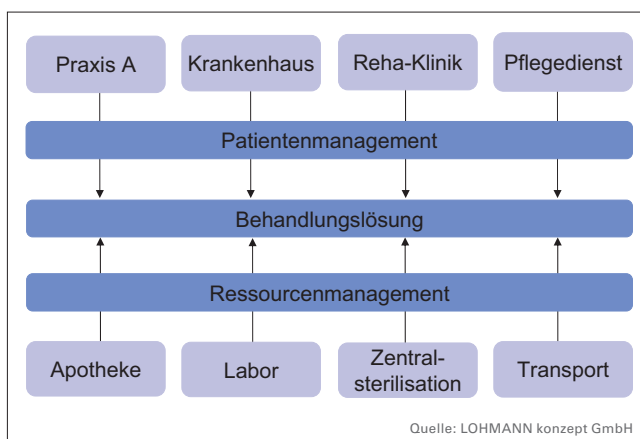
Moderne Medizin überall

Patienten werden souveräner, weil die Intransparenz sich lichtet. Der bisherige von Experten dominierte Anbietermarkt war institutionenzentriert. Jetzt wandelt sich das System mit der Aufwertung der Konsumentenrolle zu einer stärkeren Prozessorientierung. Deshalb müssen die Gesundheitsanbieter künftig über die tradierten Sektorengrenzen hinweg zusammenarbeiten – in Flächenländern häufig über weite Strecken. Daher ist die Nutzung moderner Methoden und Technologien zwingend geboten. Die Verantwortlichen in den Gesundheitsunternehmen müssen sich deshalb auf die Strukturierung der Behandlungsleistungen konzentrieren und mit innovativen Systempartnern aus Industrie- und Serviceunternehmen in neuen Geschäftsmodellen eng zusammenarbeiten.

Die Prozesse und Strukturen in der Medizin sind „gewachsen“. Die Art der Leistungserbringung ist Resultat dieser Bedingungen, nicht umgekehrt. Deshalb kann die Hebung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit erst durch einen tief greifenden Paradigmenwechsel zu einer strukturierten und standardisierten Medizin nachhaltig sichergestellt werden. Dafür ist ein radikales Umdenken der Gesundheitsmanager zwingend. Sie müssen sich auf die Optimierung der Medizin konzentrieren. Die Modernisierung einer zukunftsfähigen Infrastruktur wird Aufgabe strategischer Partner sein. Nur wenn gemeinsam das Geschäftsrisiko der Medizin getragen wird, können Höchstleistungen erzielt werden. Felder für Kooperationen dieserart sind zum Beispiel Facility Management, Steuerung von Medizintechnik, Wiederaufbereitung von Medizinprodukten, Immobilien- und Flächenmanagement sowie Planung und Bau.

Gesundheitscenter in der Fläche

Medizin ist heute interdisziplinär, interprofessionell, IT-, ja insgesamt technikbasiert und kapitalabhängig. Die überkommene Sektorisierung ist für die aktuelle innovative Medizin außerordentlich hemmend. Deshalb müssen die Prozesse mit Patienten- und nicht weiterhin Institutionenorientierung gestaltet werden. Dabei ist es insbesondere wichtig, die Medizin in der Fläche über „Portale“ mit den Kompetenzzentren in den Metropolen zu verbinden. Es geht darum, die Errungenschaften moderner Technologie, wie die Telemedizin, zu nutzen, um dezentrale diagnostische Zentren mit zentralen



Systempartnerschaften über die tradierten Sektorengrenzen hinweg

Hochleistungseinrichtungen zusammenzuführen. Die moderne Medizin in Form von Hochleistungsdiagnostik erhält damit eine Chance auch außerhalb der großen Städte.

Der Wandel erfordert ein „Zusammenrücken“ der Angebotsstrukturen auf dem Gesundheitsmarkt. Die Vielfältigkeit der Leistungsanbieter führt bisher zu einer Zersplitterung der Angebote. Schon heute entwickeln sich je nach geographischer Lage Gesundheitscenter mit einem unterschiedlichen Angebotsportfolio. Sie werden in Zukunft systematisch projektiert, geplant, gebaut und betrieben werden. Sinnvoll ist es, zu einer Professionalisierung dieser Aktivitäten zu gelangen und eine entsprechende strategische Partnerschaft für das Gesundheitscentermanagement einzugehen. Am Ende stehen Gesundheitscenter, die von Investoren und Entwicklern systematisch geplant werden.

Die bisher trennenden Sektorengrenzen werden mit der Struk-

turierung der Medizin überwunden. Eine Basis dazu liefert auch das Gesundheitscenter. Die Nähe der Akteure ermöglicht erst die systematische Zusammenarbeit. Zudem haben die Nachfrager

die Wahl zwischen verschiedenen Medizinanbietern.

Bezahlbare Preise

Von den Auswirkungen der gesellschaftlichen Umbrüche sind aktuell alle Bereiche erfasst. Deutlich wird, dass Wandel immer auch mit Ängsten verbunden ist. Zu lange waren die Gesundheitsbetriebe und -einrichtungen vom allgemeinen Wandel abgekoppelt. Sie wurden in ihrem „Naturschutzgebiet“ konserviert. Umso heftiger werden die dramatischen Veränderungen jetzt als Bedrohung empfunden. Dabei geht es darum, in einer Gesellschaft mit steigender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und knappen Mitteln aus dem Sozialtransfer den Zugang zur modernen Medizin weiterhin zu ermöglichen. Es geht am Beginn des 21. Jahrhunderts um die Sicherung der humanen Gesellschaft. Deshalb müssen sich die Menschen, auch gerade die Akteure der Gesundheitswirtschaft, auf Wandel einstellen und zu innovativen Gestaltern werden.

Prof. Heinz Lohmann,
LOHMANN konzept GmbH

Flatrate für die Klinik



Dräger ist ein international führendes Unternehmen der Medizin- und Sicherheitstechnik. Der Lübecker Mutterkonzern hat die Dräger TGM (Technisches Gerätemanagement für medizintechnische Anlagen) GmbH gegründet, die Krankenhauskunden eine kostengünstige Bewirtschaftung ihres gesamten Medizin-geräteparks anbietet. Kliniken nehmen die Dienste der Dräger TGM aber mittlerweile auch bei Finanzierungsfragen in Anspruch.

Die Gesundheitsreform und zu knappe Fördermittel zur Sicherstellung der Infrastruktur haben dazu geführt, dass die Krankenhäuser in Deutschland weniger investieren. Vor allem bei kommunalen Häusern hat sich in den vergangenen Jahren ein immenser Investitionsstau aufgebaut. Kliniken müssen neue Ausgaben für Geräte und Infrastruktur häufig allein aus Mitteln des laufenden Krankenhausbetriebs finanzieren. Zudem sollten Kliniken auf zusätzliche Fremdzugewendungen außerhalb der jährlichen Pauschalfördermittel des öffentlichen Sektors als Ausgleich verzichten. Es leuchtet ein, dass es für die Krankenhäuser nur schwer möglich ist, sich ausreichend mit der erforderlichen modernen Medizintechnik auszustatten. Das Gleiche gilt für Reinvestitionen, um beispielsweise das bestehende Niveau der Gesundheitsausstattung aufrechterhalten zu können, und für Innovationen.

Reinvestitionsplanung

Auswege aus dieser Misere bieten Modelle, bei denen Kliniken Betrieb und Anschaffung ihrer Infrastruktur teilweise oder ganz in die Hände eines externen Partners geben. So wie die Dräger-Tochtergesellschaft

Dräger TGM GmbH: Sie verwaltet, überwacht und optimiert medizintechnische Infrastrukturen ganzheitlich und herstellerunabhängig. Neben Beratung, Medizintechnik-Management und Prüf- und Reparaturservice unterstützt der Dienstleister Kliniken auch bei der Planung von Reinvestitionen. So schloss das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) Ende 2009 einen Vertrag mit dem Dienstleistungsunternehmen, der nicht nur die Bewirtschaftung des gesamten Medizintechnik-Geräteparks an den Campus Lübeck und Kiel beinhaltet. Während das UKSH Reinvestitionen in seine Infrastruktur nach wie vor in Eigenregie umsetzt und finanziert, kann die Dräger TGM zusätzlich zur pauschalen Leistungsvergütung einen Bonus realisieren. Der Extrabetrag wird fällig, wenn der Dienstleister nicht mehr benötigte medizintechnische Geräte identifiziert, ausmustert und so den Reinvestitionsbedarf des UKSH nachweislich verringert.

Komplettpaket mit Finanzierung

Einen Schritt weiter ging die Gesundheit Nordhessen Holding AG in Kassel (GNH). Wie in vielen kommunalen Häusern wurde auch in Kassel in den letzten 20 Jahren zu wenig

in die Modernisierung und Standardisierung der elektromedizinischen Geräte investiert. Sowohl für die Anwender wie Ärzte und Pflegekräfte als auch für die Betreiber führte eine veraltete und nicht standardisierte Technik zu hohen Betriebskosten. Zudem verursachte sie häufig Ausfälle, wodurch nicht nur der klinische Prozessablauf ins Stocken geriet. Auch Patienten litten darunter, beispielsweise wenn bereits anberaumte Behandlungstermine wieder abgesagt wurden.

Ziel der GNH war es daher, in kürzester Zeit das Investitionsdefizit im Rahmen eines Elektromedizinprojekts auszugleichen. Dazu sollte

Unternehmensstrategien Medizintechnik

Die Medizintechnik ist ein wichtiger Wirtschaftsfaktor im Gesundheitsland Schleswig-Holstein, sie gilt als Wachstumsbranche. Doch wie wachsen Unternehmen? Mit welchen Strategien behaupten sie sich auf dem Markt? Wir stellen zwei unterschiedliche Modelle an konkreten Beispielen vor.

nicht nur die Bewirtschaftung der Medizintechnik und Beratung zur Reinvestitionsplanung – wie im Beispiel des UKSH – an einen externen Partner vergeben werden. Zusätzlich sollte der Dienstleister die Reinvestitionen auch umsetzen und finanzieren können. Die Dräger TGM GmbH erfüllte diese Bedingungen und erhielt den Auftrag.

Monatliche Flatrate

Zu den Anforderungen der GNH an die Reinvestitionsplanung zählten unter anderem:

- 1. Sicherstellen der Verfügbarkeit der Medizintechnik bei gleichzeitig wirtschaftlichem Betrieb
- 2. Definieren der richtigen Dimensionierung des Geräteparks, zum Beispiel nach Anzahl und Qualität der eingesetzten Geräte
- 3. Durchsetzen einer weitgehenden Standardisierung der Technik

- 4. Ermitteln des optimalen Zeitpunktes für Reinvestitionen

Die konkrete Aufgabe für Dräger lautete, den Investitionsstau im gesamten medizintechnischen Gerätepark kurzfristig abzubauen, die Technik kontinuierlich auf den neuesten Stand zu bringen (Innovation) und ihre komplette Wartung und den Service gemäß der gesetzlichen Vorgaben aufrechtzuerhalten.

Im Rahmen eines zehnjährigen Vertrags hat sich die GNH mit der Dräger TGM auf eine monatliche Flatrate verständigt, die sowohl die Bewirtschaftungs- als auch die Reinvestitionskosten der Medizintechnik abdeckt. Das Gesamtvolumen des Vertrags ermöglicht eine ausreichende, auf den optimierten Klinikbetrieb ausgerichtete Investition, die aber die finanziellen Möglichkeiten

der Gesundheit Nordhessen nicht überschreitet.

Ganzheitliche Lösungen

Die Dräger TGM GmbH ist unter anderem bereits seit eineinhalb Jahren beziehungsweise einem Jahr fest in die Projekte mit dem UKSH und der GNH integriert. Diese Beispiele unterstreichen, dass Dräger im Gesundheitssektor mehr anbietet als reines Medizintechnik-Know-how. Das Unternehmen orientiert sich am wachsenden Bedarf seiner Kunden nach ganzheitlichen Lösungen, von der Planung und Auswahl geeigneter Medizintechnik über ihren Betrieb bis hin zur Finanzierung.

Jürgen-Heiko Borwieck,
Geschäftsführer der Dräger
Medical Deutschland GmbH



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

Konzentriert am Werk

Wie kann sich ein mittelständisches Familienunternehmen aus Schleswig-Holstein am Weltmarkt für Medizinprodukte halten und seit 1946 von Elmshorn aus Produkte entwickeln und produzieren? – Es muss vor allem aktiv den Markt beobachten, um Trends vorauszusehen, wie Nischenbereiche zu besetzen sind.



Nischenprodukte entwickeln – eine Geschäftsstrategie für mittelständische Unternehmen in der Medizintechnik

Aus der Holzpritsche des Medicus ist im Lauf der letzten Jahrzehnte ein vielseitig verstellbares, mit Computerschnittstellen versehenes Hightechprodukt geworden. Dazu bedarf es eines permanenten Dialoges der Entwickler und Produktverantwortlichen mit Ärzten, Pflegepersonal und auch Patienten während der gesamten Planungszeit. Das Produkt entsteht dabei als Problemlösung für eine bestimmte Anwendergruppe oder ein Verfahren. So ist es möglich, gebrauchstaugliche Medizintechnik zu entwickeln.

Produktentwicklungen und -optimierungen in Nischenbereichen sind bei der akrus GmbH & Co KG zentraler Teil der Unternehmensstrategie. Die Nischenprodukte sind wegen der geringen, absetzbaren Stückzahl (wenige Hundert) für große Unternehmen nicht interessant.

In erheblichem Maße tragen Eigenentwicklungen für ganz spezielle Anwendungen zum Geschäftsergebnis bei. Überwiegend werden Untersuchungsstühle und -liegen konstruiert, die als Komponenten in Medi-

zintechnikgeräte anderer Hersteller eingebaut und vermarktet werden, auch als OEM-Produkte bezeichnet (Original Equipment Manufacturer). Sie entstehen im Kundenauftrag, um nicht am Markt vorbeizuentwickeln.

Vertrieb im Verbund

So wurde unter anderem eine Liege speziell für Operationen in der Excimer Laser Augenchirurgie entwickelt, die mit direkten Schnittstellen zum Laser ausgestattet ist. Beliefert werden die drei größten und eine Anzahl kleinerer Hersteller von Lasergeäten, die ihre Geräte in Kombination mit der Liege anbieten. Aufgrund der Einzigartigkeit ist akrus damit sogar zum Weltmarktführer aufgestiegen.

Bei einem Stuhl für Mammographie-Untersuchungen, ist die Zusammenarbeit so gestaltet, dass die deutschen und internationalen Hersteller von Mammographie-Geräten den Stuhl gemeinsam mit ihren Röntgengeräten weltweit vertreiben. Für die Kopfdisziplinen wie Augen, HNO, Mund-Kiefer-Gesichts- und plastische Chirurgie werden diverse OP-Stühle und -Liegen direkt vertrieben. Zielgruppen sind neben den

Ärzten der genannten Fachgebiete Dermatologen, Orthopäden oder niedergelassene, ambulant chirurgisch tätige Ärzte.

Die weltweite Vermarktung der Produkte erfolgt also entweder über Industriekunden oder Zwischenhändler; für ein mittelständisches Unternehmen wäre ein Direktvertrieb zu kostenintensiv. In Deutschland hingegen ist der direkte Kontakt zum Endabnehmer, also zu Arztpraxen und Kliniken, für die medizintechnischen Produkte durchaus eine sinnvolle Strategie. Weitere Leistungen sind Anwenderschulungen, After-Sales-Service und die Wartung der Geräte. Doch bei derartigen mechanischen Geräten ist der Wartungsbedarf relativ gering. Diese Medizintechnikprodukte sind als Investitionsgüter langlebig – ein Behandlungsstuhl kann eben nur alle zehn Jahre an den Kunden neu verkauft werden.

Zweites Standbein

Daher suchte das Unternehmen nach einem Standbein im Konsumgüterbereich, um eine kontinuierliche Auslastung zu sichern. 2011 wurde ein neuer Geschäftsbereich gegründet: die Produktion von Hautpflegeprodukten. Auch wenn dafür ganz neue Produktionsanlagen angeschafft werden mussten, so passen die neuen Produkte doch ins Portfolio. Denn der bestehende Kundenkreis ist auch dafür Abnehmer. Die in den Disziplinen Augen, HNO, Mund-Kiefer-Gesichts- und plastische Chirurgie tätigen Ärzte werden von ihren Patientinnen und Patienten häufig in Sachen Hautpflege um Rat gefragt. Neben der Beratungsleistung kann das Produkt vom Arzt im Praxishop angeboten werden.

Scott Kottwitz, Geschäftsführer der akrus GmbH & Co KG

Spezialisiert und gut vernetzt

Die Kliniklandschaft ist geprägt von großen Verbänden und ganzen Ketten, die Synergien in den Bereichen Einkauf, Personal, Fort- und Weiterbildung nutzen. Kann sich eine einzelne Klinik überhaupt in der Versorgungslandschaft halten? Ja, aber auch in einer Form der Vernetzung.

Die Klinik Dr. Winkler ist als chirurgisches Belegkrankenhaus in privater Trägerschaft im Bettenbedarfsplan des Landes Schleswig-Holstein fest verankert. Das Einzugsgebiet erstreckt sich überwiegend auf den Kreis Nordfriesland mit den vorgelagerten Inseln sowie die angrenzenden Landkreise. Damit sich das kleine Krankenhaus in der ländlichen Region am Markt behaupten kann, hat sich eine besondere Betreibergemeinschaft gebildet.

Flexibel und individuell

Örtlich, administrativ und wirtschaftlich sind eine große chirurgische Gemeinschaftspraxis, eine anästhesiologische Gemeinschaftspraxis, eine orthopädische Privatpraxis und ein ambulantes Rehabilitationszentrum direkt angeschlossen und vernetzt. Vorteil: Die Praxen, die Klinik Dr. Winkler und das Reha-Zentrum Westküste – also die ambulanten und stationären Versorgungsformen – befinden sich alle „unter einem Dach“.

Neben räumlicher Nähe und geteilten Verwaltungskosten sehen die Beteiligten in dieser Form des regionalen Betriebsverbundes weitere Vorteile: Die Ärzte im Verbund können flexibel und individuell auf die Bedürfnisse ihrer Patienten reagieren, ohne dies in einem großen Konzern mit mehreren Einrichtungen und Entscheidungsebenen abstimmen zu müssen. Die Kommunikations- und Entscheidungswege sind kurz, sodass eine individuelle Behandlung der Patienten erleichtert wird.

Sektorenübergreifend vernetzt

Ein weiterer Vorteil des kleinen Klinikums ist die enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten vor Ort. Die Verbundärzte sind in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) auf Kreisebene

engagiert. Bei den regelmäßigen KV-Treffen vor Ort können sie im persönlichen Kontakt die Behandlungswege für die Patienten gemeinsam verbessern. So bietet der Verbund in Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten vor Ort auf engem Raum ein Versorgungsspektrum von ambulant und stationär, Vor- und Nachbehandlung, operativen und rehabilitativen Maßnahmen sowie Facharztbehandlungen an – also eine sektorenübergreifende Vernetzung im Sinne der „integrierten Versorgung“. Und dies schon bevor dieser Begriff in der aktuellen Versorgungsentwicklung geprägt wurde.

Neben der lokalen Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten bestehen Kooperationen mit dem Klinikum Nordfriesland, den Rehabilitationskliniken in St. Peter-Ording und anderen, auch überregional agierenden Partnern. So übernimmt beispielsweise unter anderem die Klinik Nordfriesland die MRT-Diagnostik oder bestimmte Laborleistungen für den Husumer Verbund.

Strategie Spezialisierung

Nachdem der Klinikgründer vor 50 Jahren noch ein typischer Allrounder war, hat sich im Laufe der Jahre eine Spezialisierung im Klinikgeschehen durchgesetzt. Die Fachärzte im Verbund haben sich zunehmend auf einige wenige operative Eingriffe spezialisiert. Das sind nahezu alle Operationen rund um das Kniegelenk einschließlich der Endoprothetik, die offenen und endoskopischen Schulter-, Ellenbogen- und Sprunggelenkchirurgie, der Fuß- und Handchirurgie und der Proktologie.

Neben der fachlichen Spezialisierung setzen die Betreiber auf selbst entwickelte und im Verbund bewährte Behandlungspfade.



Die Klinik Dr. Winkler hat sich auf Kniegelenkoperationen spezialisiert.

Behandlungspfade entwickeln

Die Teilnahme am Projekt „Regionalmanagement Gesundheitswirtschaft Nord“ war für den Ärzteverbund eine naheliegende Entscheidung. Denn zum einen kooperiert der Verbund ohnehin bereits mit Partnern aus der Region, zum anderen kann er naturgegeben viel zum Projekt beitragen: Als Mitglied im Verein „Gesundheitsregion Nord e. V.“ entwickelt das Team sogenannte transsektorale Behandlungspfade. Diese legen die Wege eines Patienten von der ambulanten und stationären chirurgischen Versorgung bis zur Rehabilitation in den Kreisen Nordfriesland, Schleswig-Flensburg sowie der Stadt Flensburg fest – zunächst für Diabetes mellitus, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen/Asthma und Kniegelenksarthrose, das Spezialgebiet des Husumer Verbunds. Das Projekt wird durch die Europäische Union, die Bundesrepublik Deutschland und das Land Schleswig-Holstein gefördert. Es ist das erste Projekt seiner Art in Deutschland und wird damit Modellcharakter haben.

Dr. Volker Wulf, Geschäftsführer der KLV Krankenhausbetriebsgesellschaft mbH & Co. KG

Im Falle eines Unfalls

In Schleswig-Holstein wurden 2010 mehr als 14.000 Menschen bei Verkehrsunfällen verletzt, außerdem gab es etwa 30.000 meldepflichtige Arbeitsunfälle. Dazu kommen noch die statistisch nicht erfassten Unfälle im Haushalt. In all diesen Fällen ist schnelle Hilfe nötig. Das „TraumaNetzwerk Schleswig-Holstein“ trägt dazu bei, dass Unfallopfer in kürzester Zeit die richtige medizinische Versorgung erhalten.

Das „TraumaNetzwerk Schleswig-Holstein“ ist eine landesweite Kooperation von 24 Krankenhäusern zur Unfallversorgung von Patientinnen und Patienten. Beteiligt sind drei überregionale Kliniken, sieben regionale Krankenhäuser und 14 lokale Einrichtungen. Sie alle haben ihre strukturellen, personellen und apparativen Qualitätsstandards in der Schwerverletztenversorgung entsprechend den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie.

Das oberste Ziel ist, dass jeder Schwerverletzte innerhalb von 30 Minuten nach dem Unfall in einem für die Behandlung der Verletzungsfolgen geeigneten Krankenhaus kompetent versorgt wird. Weiterhin sollen mit der engen regionalen Zusammenarbeit der Krankenhäuser vorhandene Ressourcen besser genutzt werden. Für die Fort- und Weiterbildung der an der Schwerverletztenversorgung Beteiligten soll ein Verbundsystem eingerichtet werden. Zu den Bestandteilen eines TraumaNetzwerks gehören definierte Kriterien für die Aufnahme beziehungsweise Verlegung von Unfallpatienten sowie eine interne und externe Qualitätssicherung, die den Aufbau eines bundesweiten Traumaregisters einschließt. Im Traumaregister werden die behandelten Fälle dokumentiert und ausgewertet, sie dienen der kontinuierlichen Verbesserung der Leitlinien.

Freiwillig und erweiterbar

Das „TraumaNetzwerk Schleswig-Holstein“ ist bundesweit das erste seiner Art, das ein ganzes Bundesland abdeckt. Unabhängige Gutachter haben die Abläufe und Standards geprüft und im Februar 2011 zertifiziert. Weitere Krankenhäuser in Schleswig-Holstein werden derzeit

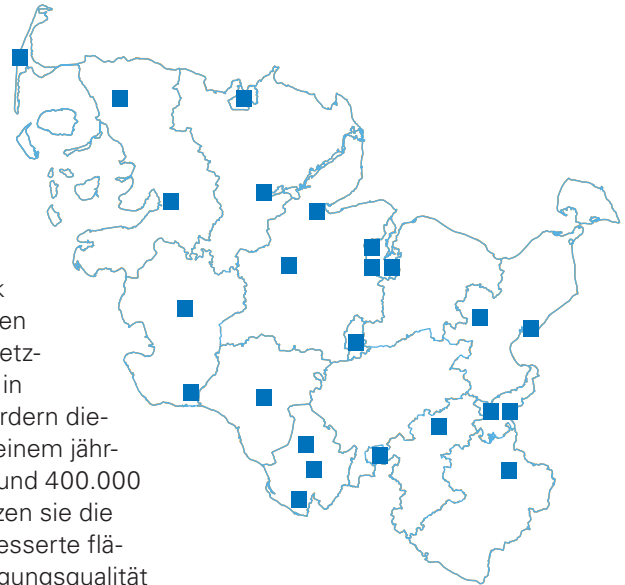
zertifiziert, um in das Netzwerk aufgenommen zu werden.

Die Beteiligung eines Krankenhauses am TraumaNetzwerk ist freiwillig und kann bedeuten, dass die Klinik zusätzliche Investitionen tätigen muss. Die gesetzlichen Krankenkassen in Schleswig-Holstein fördern dieses Engagement mit einem jährlichen Zuschuss von rund 400.000 Euro. Somit unterstützen sie die Initiative für eine verbesserte flächendeckende Versorgungsqualität von Schwerverletzten.

Netzwerk beginnt am Unfallort

In der Erstversorgung macht der Notarzt eine schnelle „Traumauntersuchung“, die in der Regel nicht länger als zwei Minuten dauert. Dabei werden Kopf, Hals, Lunge, Bauch und Becken untersucht. Auf der Grundlage dieser Diagnose entscheidet der Arzt, in welches Krankenhaus der Patient gebracht wird. Denn nicht immer ist die nächstgelegene Klinik auch die fachlich, technisch und personell passende. Für einfachere Fälle kann ein Krankenhaus der Basisversorgung genügen, bei Poly- oder Multitraumata ist dagegen der schnellstmögliche Transport in ein Schwerpunkt Krankenhaus oder sogar in eine Einrichtung der Maximalversorgung erforderlich, um die Überlebenschancen des Patienten zu verbessern.

In der Notaufnahme des Krankenhauses übernimmt dann das Schockraum-Team – bestehend aus Anästhesist, Unfallchirurg und Radiologe – den Patienten. Nach der Akutbehandlung folgt die Versor-



Das TraumaNetzwerk deckt ganz Schleswig-Holstein ab. Stand Okt. 2011

gung des Verletzten auf der Intensiv- und später auf der Normalstation. In der Regel sind daran Mediziner aus verschiedenen Fachrichtungen beteiligt, denn bei der Versorgung von schwer- oder mehrfachverletzten Unfallopfern ist wegen der unmittelbaren Bedrohung lebenswichtiger Organfunktionen oft eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich. Bei Unfallopfern mit einem Schädelhirntrauma endet die Behandlungskette im Krankenhaus – ähnlich wie bei Schlaganfallpatienten – in der Frührehabilitation. Das heißt, die Rehabilitation beginnt noch während der Akutbehandlung, nachdem die unmittelbare Lebensbedrohung abgewendet werden konnte. Alle Maßnahmen zielen darauf ab, die Gesundheit des Patienten so schnell wie möglich wiederherzustellen.

Ludger Buitmann und Florian Unger, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Landesvertretung Schleswig-Holstein



Wir begrüßen an Bord: das Städtische Krankenhaus Kiel

„Im Team die Stärken aller nutzen“

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

6K

Klinik**Verbund**
Schleswig-Holstein



Gesund auf der Insel

Die Insellage stellt besondere Anforderungen an die stationäre Gesundheitsversorgung auf der Nordseeinsel Sylt. Das einzige Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung muss alle Krankheitsbilder abdecken. Saisonale Schwankungen in der Auslastung müssen aufgefangen werden. Auf der anderen Seite sind die Voraussetzungen ideal für die Therapie von Atemwegs-, Tumor- und Hauterkrankungen sowie Allergien.

Der große SAR-Hubschrauber fliegt über Sylt, das laute Getöse zieht viele Blicke gen Himmel. Fliegt er zum Strand, um jemanden aus der See zu retten, oder holt er jemanden aus dem Krankenhaus ab? Letzteres ist der Fall, ein gerade zur Welt gekommener Säugling muss in eine Kinderklinik auf dem Festland ausgeflogen werden und der „normale“ Rettungshubschrauber „Christoph Europa 5“ konnte wegen starken Nebels nicht landen.

So kommt der Hubschrauber der Bundeswehr, er kann auch bei Dunkelheit und höheren Windstärken fliegen und ist rund fünf- bis zehn Mal pro Jahr der Retter in der größten Not. „Christoph Europa 5“ landet häufiger vor dem Inselkrankenhaus, manchmal sogar mehrmals am Tag. Immer dann, wenn eine Verlegung aufs Festland dringend nötig ist und ein Transport mit dem Rettungswagen zu lange dauern würde. Schließlich kann man nicht einfach losfahren, sondern muss sich danach richten, wann der nächste Autozug fährt.

Doch was ist, wenn ein Patient schwerstverletzt ist, eigentlich in eine Spezialklinik verlegt werden müsste, jedoch nicht flugfähig ist? In diesem Fall werden die lebenserhaltenden Maßnahmen auf der modernen Intensivstation mit sechs Betten und eigenem Notfalllabor fortgeführt. Wenn der Patient wieder transportfähig ist und weiterhin die Notwendigkeit besteht, wird er dann später ausgeflogen oder per Krankenwagen in eine Klinik gebracht, die auf die Erkrankung spezialisiert ist.

Großer Ansturm

Im Katastrophenfall arbeiten die Rettungskräfte aller Organisationen auf der Insel eng zusammen: Das

Deutsche Rote Kreuz, die Feuerwehr und die Deutsche Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger – egal, ob bei Großbrand, Sturmflut oder Unfall auf dem Hindenburgdamm – sofort rollt die ganze Maschinerie an. Jeder hilft

mit. Das ist aufgrund der besonderen Lage auch notwendig: Sylt hat nur 20.000 Einwohner, im Sommer aber kommen die vielen Saisongäste hinzu. So bevölkern dann 100.000 Menschen die Insel und dementsprechend muss auch das Krankenhaus für alle Krankheitsfälle gewappnet sein. Eine große Herausforderung für das gesamte Personal: Geburten, Schlaganfall, Polytrauma ..., jedes Krankheitsbild muss abgedeckt werden, rund um die Uhr, das ganze Jahr über. Auch wenn manche Fälle in den Wintermonaten unter Umständen nur sehr selten vorkommen – sie können halt vorkommen. Bandbreite und schwankende Auslastung sind auch finanziell eine Herausforderung. Trotzdem wird niemand zum Ende der Saison entlassen, so überrascht es auch nicht, dass die Klinik der größte Arbeitgeber der Insel ist. Idealerweise könnte man mithilfe von Saisonkräften arbeiten, doch medizinisches Personal, das nur für ein paar Monate im Sommer nach Sylt zum Arbeiten kommt – das ist in dieser hoch qualifizierten Branche nicht üblich.

Hochsaison mit Tücken

In der Hochsaison (von Juni bis Anfang September) droht wegen der vielen Urlauber bisweilen ein



Der Hubschrauber der Bundeswehr fliegt auch bei extremen Wetterverhältnissen die Insel an.

Verkehrskollaps. Es fahren viel mehr Autos, als die Insel bewältigen kann, oft mit ortsfremden Fahrern am Steuer. Regnet es, kann schnell der ganze Verkehr zusammenbrechen. Die Rettungskräfte sind jedes Mal froh, wenn sie ihren Patienten an die Kollegen im Krankenhaus übergeben können, denn allein die Fahrt dorthin ist schon ein schwieriges Unterfangen.

Urlauber unterschätzen das Reizklima, Sonnenstich oder Kreislaufkollaps sind an der Tagesordnung, wie auch Surfer oder Kiter, welche zu Hause auf dem See ihren Sport ausüben und hier Strömung oder ablandigen Wind nicht einplanen. So mancher chronisch Kranke hat zu Hause seine Tabletten vergessen oder meint, er bräuchte sie im Urlaub nicht. Viele überschätzen sich, weil sie den Urlaub für Dinge nutzen wollen, die sie das ganze Jahr über nicht machen. Die Liste ist lang, das Krankenhaus voll, das Personal muss in solchen Hochzeiten mehr als 100 Prozent leisten.

Und schließlich wollen auch die Insulaner zu jeder Zeit medizinisch gut versorgt sein. So können zum

Beispiel viele Herzpatienten wohnortnah behandelt werden, denn seit Mai letzten Jahres gibt es hier ein Linksherzkatheterlabor. Vorher musste man für jede Herzkatheteruntersuchung oder die Implantation eines Herzschrittmachers auf das Festland fahren.

Großes Plus: das Klima

Die besondere Lage der Nordseeinsel bringt aber auch Vorteile. Das Seeklima ist für viele Patienten ein Grund, nach Sylt zu kommen, besonders die Derma- und die Allergieabteilung ziehen Menschen aus ganz Deutschland an. Auch Patienten mit Atemwegserkrankungen finden gute Voraussetzungen für ihren Aufenthalt vor, insbesondere die Allergiker. Hier arbeiten drei Helfer Hand in Hand: die verspätete Vegetationsblüte, die niedrige Schadstoffbelastung in der Luft und die geringe Pollenbelastung, vor allem, wenn der Wind von Westen, sprich vom Meer kommt. Es gibt eine Pollenfalle an der Klinik, unten in den alten Katakomben aus dem Krieg liegt das einzige, klinische Labor der Insel. Dort wird stets die aktuelle Pollenbe-

lastung ausgewertet. Die regelmäßigen Messungen machen deutlich, dass die Insel extrem pollenarm ist. Im Vordergrund steht die Behandlung von Neurodermitis (atopischer Dermatitis) und Schuppenflechte (Psoriasis vulgaris) in allen Formen und Schweregraden. Vollständig geheilt werden können diese Patienten bekanntermaßen in der Regel nicht, doch stabilisiert sich der Hautzustand während des stationären Klinikaufenthaltes auf Sylt schnell. Der Großteil aller Erkrankten kann später mit extrem verbessertem Befund entlassen werden. Deshalb kommen viele der Patienten der dermatologischen Reha-Klinik auch regelmäßig wieder. Patienten mit Psoriasis nutzen hier besonders die klimatherapeutische Wirkung von Sonne und Nordsee. Es gibt eine abgegrenzte Düne direkt an der Klinik, wo sich Patienten mit schweren Dermatosen ganz nah am Meer sonnen können, ohne den Blicken anderer Strandbesucher ausgesetzt zu sein. Die positive Wirkung des Meerwassers wird ebenfalls auf komfortable Weise eingesetzt, und zwar ganzjährig. Damit sich der Pati-

ent nicht in die eisigen Fluten stürzen muss, wurde eine Meerwasserleitung direkt bis ins Haus gelegt.

Zur Geburt nach Sylt

Zurück zum SAR-Hubschrauber: Steht fest, dass der werdenden Mutter eine extrem risikoreiche Geburt bevorsteht, ist die Entscheidung für ein größeres Krankenhaus mit einer Säuglingsstation die richtige Wahl. Gibt es unvorhersehbare, schwere Komplikationen, geht es per Luftweg nach Flensburg, Heide oder Kiel. Babys oder Kleinkinder, welche ohne extremen Zeitdruck in ein Kinderkrankenhaus verlegt werden müssen, werden via Krankenwagen transportiert, sofern das Rütteln auf dem Autozug keine Gefahr bedeutet. Manchmal läuft es aber auch andersherum: Werdende Eltern, die auf dem Festland wohnen, fahren extra zum Geburtstermin nach Sylt – um im nördlichsten Krankenhaus Deutschlands zu entbinden.

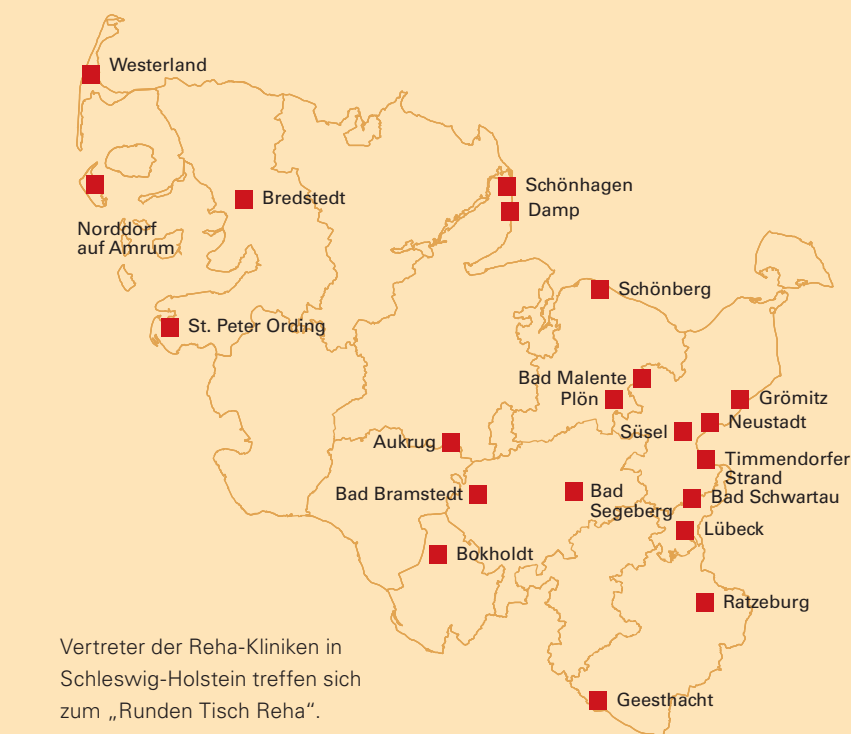
Dr. Stefanie Schwembauer, Geschäftsführerin der Asklepios Nordseeklinik Westerland GmbH

► RUNDER TISCH REHA

Die Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein hat den „Runden Tisch Reha“ initiiert, damit dort Vertreterinnen und Vertreter der Reha-Kliniken Erfahrungen austauschen und gemeinsam die Reha-Versorgung in Schleswig-Holstein weiterentwickeln. Das Gremium tagt mindestens zweimal im Jahr.

Eines der zentralen Themen: Abgleich von Behandlungswegen und Verhandlungen mit den Kostenträgern, um einen einheitlichen Vergütungssatz für rehabilitative Maßnahmen festzulegen. Denn im Gegensatz zur Akutversorgung gibt es in diesem Bereich (noch) keine Fallpauschalen, die als Grundlage für die Abrechnung der Behandlung verwendet werden.

Im Juli 2011 wurde auf Bundesebene die gesetzliche Regelung für eine künftige Schiedsstelle für Angelegenheiten der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen geschaffen, wie sie für die Krankenhäuser schon länger existiert (Paragraph 111b So-



Vertreter der Reha-Kliniken in Schleswig-Holstein treffen sich zum „Runden Tisch Reha“.

zialgesetzbuch V). Die Schiedsstelle wird beispielsweise dann aktiv, wenn in Einzelfällen Uneinigkeit über berechnete Behandlungskosten besteht. Der neue Paragraph besagt, dass die Landesverbände der Kran-

kenkassen, die Ersatzkassen und zuständigen Verbände gemeinsam ehrenamtlich tätig werden. Erste Gespräche mit den Akteuren in Schleswig-Holstein laufen, um diese Vorgabe mit Leben zu füllen.

Von Mensch zu Mensch

Eine positive Einstellung zur Organspende haben nach neuesten Erhebungen mehr als 80 Prozent der Deutschen, aber nur jeder Fünfte hat einen Organspendeausweis. Sich für oder gegen eine Organspende auszusprechen gehört zu den schwierigsten Entscheidungen, denen man sich stellen kann, vor allem, wenn Angehörige für einen gerade verstorbenen nahen Menschen entscheiden müssen. Die Initiative „von Mensch zu Mensch“ informiert und motiviert zur Diskussion über das Thema in Schleswig-Holstein.

Rund 12.000 Menschen warten bundesweit auf ein Spenderorgan. Statistisch gesehen sterben jeden Tag drei dieser Menschen, weil kein geeignetes Spenderorgan zur Verfügung steht. Auch in Schleswig-Holstein warten mehr als 400 Patienten auf ein Spenderorgan. Mit der gemeinsamen Organspendekampagne „von Mensch zu Mensch“ wollen Techniker Krankenkasse (TK) und das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit die Menschen in Schleswig-Holstein für das Thema sensibilisieren, sie informieren und zu einer bewussten Entscheidung über ihre Bereitschaft zur Organspende ermutigen.

Organspende macht Schule

Mit 16 Jahren können Jugendliche selbst entscheiden, ob sie Organspender sein möchten. Bereits mit 14 Jahren können sie sich dagegen aussprechen. Im Rahmen der Kampagne „Von Mensch zu Mensch“ wird daher ein spezielles Unterrichtsmaterial angeboten, das altersgerecht über das Thema informieren und zu Diskussionen anregen soll.

Das Materialpaket beinhaltet:

- einen Unterrichtsfilm auf DVD „Organspende macht Schule“ für Schüler ab der 9. Klasse,
- eine CD mit den Beiträgen eines Musikwettbewerbs zum Thema,
- eine Informationsbroschüre „Entscheidung fürs Leben“,
- Organspendeausweise.

Im Film kommen unter anderem Transplantationsmediziner und Betroffene zu Wort. Häufig gestellte Fragen werden beantwortet. Beispielsweise: Wie wird der Hirntod festgestellt? Verboten eine Religion Organspenden? Wann kommt eine Lebendspende in Frage? Oder:



Mit der Initiative soll langfristig die Organspendebereitschaft erhöht werden.

Wie alt muss ich sein, damit meine Entscheidung anerkannt wird? Lehrerinnen und Lehrer können das Unterrichtsmaterial per E-Mail kostenlos bestellen unter lv-schleswig-holstein@tk.de oder anja.ullrich@sozmi.landsh.de.

Ausweis verschafft Klarheit

Die Entscheidung für oder gegen eine Organspende sollte am besten auf einem Organspendeausweis festgehalten werden, den man dann immer bei sich tragen sollte. Krankenkassen, das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, viele Apotheken und andere Stellen des öffentlichen Gesundheitswesens haben Organspendeausweise ausliegen.



Im Organspendeausweis ist das Ja oder Nein zur Spende dokumentiert.

Auf dem Ausweis gibt es die Möglichkeit, sich für oder gegen eine Organspende auszusprechen oder auch einzelne Organe von der Spende auszunehmen. Der Organspendeausweis kann jederzeit geändert oder vernichtet werden.

Informationen helfen

Voraussetzungen und Ablauf einer Organspende sind streng geregelt. Zwei dafür ausgebildete Ärzte oder Ärztinnen müssen in voneinander unabhängigen Untersuchungen den Hirntod feststellen. Beide dürfen weder an der späteren Organentnahme noch an der Transplantation beteiligt sein. Unter Hirntod versteht man den unzweifelhaften Ausfall des gesamten Gehirns. Aus diesem Zustand führt kein Weg zurück ins Leben. Der Hirntod ist eindeutig feststellbar und von einer tiefen Bewusstlosigkeit sicher zu unterscheiden. Erst danach wird in Laboruntersuchungen geklärt, ob die Organe des potenziellen Spenders geeignet sind oder ob beispielsweise Infektionen vorliegen, die den Organempfänger gefährden könnten. Sind die Organe geeignet, wird die Suche nach dem „passenden“ Empfänger eingeleitet.

Im Rahmen der Umsetzung einer EU-Richtlinie wird derzeit auf Bundesebene das Transplantationsgesetz novelliert. In diesem Zusammenhang wird auch die Einführung der sogenannten Erklärungslösung diskutiert. Das heißt, möglicherweise könnten alle Bürgerinnen und Bürger verpflichtet werden zu erklären, ob sie einer Organentnahme nach ihrem Tod zustimmen oder widersprechen, wobei auch die Möglichkeit eingeräumt werden kann, sich nicht zu äußern. Wie diese Diskussion auch ausgehen mag – Aufklärung ist in jedem Fall nötig.

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



— → 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 UKSH 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@uksh.de

→ **Weitere Infos:** www.uksh.de

Wissen **schafft** Gesundheit

Zugang für alle

Zu einer guten Gesundheitsversorgung gehört, dass Einrichtungen so gestaltet sind, dass sie auch von Menschen mit Behinderung uneingeschränkt benutzt werden können. Der Sozialverband Deutschland (SoVD) vergibt in Schleswig-Holstein gemeinsam mit dem Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderung das Gütezeichen für Barrierefreiheit. Ausschließlich Einrichtungen, die in besonderer Weise auf die Anforderungen von Menschen mit Behinderung eingehen, erhalten diese Auszeichnung.

Wenn man in Schleswig-Holstein Versorgung gestaltet, muss darauf geachtet werden, dass diese Versorgung auch alle gleichermaßen einschließt. Es darf keine Zugangsbeschränkungen geben – nicht aufgrund fehlender Informationen, nicht aufgrund baulicher und/oder gestalterischer Hindernisse. Hier setzt die Barrierefreiheit an. Ziel ist es, Einrichtungen, Gegenstände und Medienangebote so zu gestalten, dass auch Menschen mit Behinderung teilhaben können, ohne auf Hilfe anderer angewiesen zu sein. Dies bedeutet beispielsweise, dass sich auch ein sehbehinderter Mensch im Internet über die Versorgungsangebote in Schleswig-Holstein informieren kann. Im Fokus der Öffentlichkeit steht meistens die Barrierefreiheit von Gebäuden. Wichtig sind hier etwa ein treppenloser Eingang für Rollstuhlfahrer oder schnell und einfach zu erreichende Behindertentoiletten.

Apothek mit Vorbildfunktion

Eine besondere Stellung nimmt das Thema Barrierefreiheit im Gesundheitswesen ein. Denn Patienten sind ja häufig gerade Menschen, die in irgendeiner Form körperlich eingeschränkt sind. Darauf müssen die Leistungserbringer eingestellt sein. Eine Selbstverständlichkeit? Mitnichten – denn noch immer gibt es auch in Schleswig-Holstein Arztpraxen oder Apotheken, die kaum auf Kunden mit Behinderung vorbereitet sind. Wie es anders gehen kann, zeigt das Beispiel der Rantzau-Apothek in Barmstedt, Kreis Pinneberg. Direkt vor dem Gebäude befinden sich zwei Parkplätze, die für schwerbehinderte Menschen reserviert sind. Von hier aus geht es schwellenfrei über eine Rampe zum Haupteingang, der damit auch für gehbehinderte

Menschen ohne Probleme zu erreichen ist. Die Geschäftsräume selbst zeichnen sich durch breite Wege aus. Das Gebäude hält zwar kein eigenes barrierefreies WC vor. Ein solches ist jedoch in unmittelbarer Nähe vorhanden und kann von Kunden der Apotheke jederzeit genutzt werden. Ebenfalls wichtig: Die Bedientresen sind so angebracht, dass auch Rollstuhlfahrer ohne Anstrengung an sie heranreichen können. Für sehbehinderte Menschen sind in der ganzen Apotheke gut sichtbar Schilder mit extragroßer Schrift angebracht.

Die Rantzau-Apothek wurde dafür im Mai 2009 mit dem „Gütezeichen für die selbstbestimmte Teilhabe älterer und behinderter Menschen am Leben in der Gemeinschaft“ ausgezeichnet. Die Plakette ehrt Einrichtungen, welche die Bedürfnisse älterer und behinderter Menschen besonders berücksichtigen. Auf diesem Weg soll ein Umdenken in der Gesellschaft gefördert werden – hin zu mehr Inklusion, einem Miteinander von Menschen mit und ohne Behinderung.

Das Gütezeichen

Für neue Gebäude der öffentlichen Hand mit Publikumsverkehr ist Barrierefreiheit mittlerweile gesetzlich vorgeschrieben. Doch auch in der Privatwirtschaft wird nachgerüstet – diese Entwicklung soll das Gütezeichen unterstützen. Die Vergabe ist an strenge Richtlinien gebunden, denn Menschen mit Behinderung müssen sich auf die Auszeichnung verlassen können. So wird bei einer Besichtigung des potenziell barrierefreien Objekts ein standardisierter Fragenkatalog abgearbeitet mit unter anderem folgenden Punkten:

- Ist das gesamte Gebäude oder nur der Bereich barrierefrei, wel-



An behinderte und ältere Mitbürger gedacht – das Gütezeichen macht es sichtbar.

cher dem allgemeinen Besucherverkehr dient?

- Wurden eigens zur barrierefreien Ausgestaltung öffentliche Mittel in Anspruch genommen?
- Wurden Menschen mit Behinderung an den Planungen beteiligt?

Um die baulich-technischen Voraussetzungen für Barrierefreiheit zu prüfen, greift der Sozialverband Deutschland auf Vorgaben der Landesbauordnung zurück. Relevant ist unter anderem, ob

- Eingangstüren Mindestbreiten aufweisen, damit Menschen mit Gehhilfen oder Rollstühlen problemlos hindurchkommen,
- Rollstuhlrampen bestimmte Steigungsgrade nicht überschreiten,
- Aufzüge über akustische Signale verfügen.

Der Prüfungskommission gehört neben Vertretern des Sozialverbands Deutschland auch ein Mitarbeiter des schleswig-holsteinischen Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderung an. Die Vorschläge für



Verleihung des Gütezeichens (v. l.): Ewald Behm (SoVD-Ortsverbandsvorsitzender Barmstedt), Edith Roppel (Behindertenbeauftragte der Stadt Barmstedt), Reinhold Stein (Mitglied des Landesvorstands des SoVD), Wilhelm Witt (ehemaliger SoVD-Kreisvorsitzender Pinneberg), Hans Hackland (Inhaber der Rantzau-Apotheke), Dr. Ulrich Hase (Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung)

mögliche Auszeichnungen kommen oftmals aus den Ortsverbänden des Sozialverbands. Grundsätzlich wird bei jeder Eingabe geprüft, ob es zu einer Auszeichnung mit dem Gütezeichen kommen kann. Seit Mitte der Siebzigerjahre hat der Sozialverband über 200 Einrichtungen in Schleswig-Holstein ausgezeichnet, darunter sind auch Supermärkte, Möbelhäuser und Schifffahrtlinien.

Noch besser

Im Fall der Rantzau-Apotheke hatte die Prüfungskommission die Räumlichkeiten einige Monate vor der Verleihung des Gütezeichens besichtigt. Dass das Gebäude für eine Auszeichnung infrage kommt, zeichnete sich bereits ab. Doch wie in den meisten Fällen gab es auch hier noch Verbesserungsmöglichkeiten: Die Kommission schlug unter anderem vor, einen

Handlauf an der Treppe zum Haupteingang zu installieren. Der Vorschlag wurde umgesetzt. Die Apotheke hat schließlich das Gütezeichen erhalten und seitdem hängt die Plakette mit dem Symbol des Rollstuhlfahrers gut sichtbar an der Wand.

Barrierefreiheit geht alle an

Wenn es um die medizinische Versorgung der Zukunft geht, muss Barrierefreiheit bei den Planungen eine wichtige Rolle spielen. Damit alle Menschen freien Zugang zu den Versorgungseinrichtungen haben: der Rollstuhlfahrer, die Mutter mit Kinderwagen und auch der 25-Jährige auf Krücken, der sich beim Basketball verletzt hat. Barrierefreiheit geht alle etwas an. Und damit vor allem die Betreiber von Einrichtungen mit Publikumsverkehr. Nicht nur aus Pflichtgefühl, sondern auch aus unternehmerischem Eigeninteresse. So profitieren letztlich alle davon.



Rampe und Handlauf für den barrierefreien Zugang

Christian Schultz, sozialpolitischer Sprecher des Sozialverbands Deutschland, Landesverband Schleswig-Holstein

berufundfamilie

Die Motivation von Beschäftigten ist maßgeblich von der Fähigkeit des Arbeitgebers abhängig, flexibel auf die Bedürfnisse von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu reagieren – das zeigen viele Studien. Ein Bedürfnis, das heute große Bedeutung hat, ist die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Beispielhaft für andere Unternehmen im Gesundheitsbereich Schleswig-Holsteins schildert hier ein Krankenhaus, welche konkreten Maßnahmen dafür ergriffen werden können.

Seit Ende August 2011 ist die imland GmbH in Schleswig-Holstein Träger des Zertifikats audit berufundfamilie. Dieses Zertifikat wird von der gemeinnützigen Hertie-Stiftung an Unternehmen vergeben, die die Rahmenbedingungen so gestalten, dass die Beschäftigten Beruf und Familie besser vereinbaren können (siehe Infokasten gegenüber). Die Hertie-Stiftung hat die beiden Kliniken Rendsburg und Eckernförde intensiv geprüft: Für insgesamt acht Handlungsfelder wurde der Status quo der Familienfreundlichkeit bewertet. Viel wichtiger ist das umfangreiche Maßnahmenpaket für die kommenden Jahre, zu dem sich die Geschäftsführung mit dem Erhalt des Zertifikats verpflichtet hat.

Die Maßnahmen

Im Handlungsfeld Arbeitszeit wurde von den Auditoren die hohe Flexibilität und das breite Angebot an Teilzeitmodellen hervorgehoben. Selbst Arbeitsverhältnisse mit einer Wochenarbeitszeit von unter 15 Stunden sind möglich. „Klassische“ Elternzeiten können variabel verlängert werden.

Im Handlungsfeld Arbeitsorganisation spielen gesundheitsfördernde Maßnahmen eine große Rolle. Fortbildungsangebote, wie zum Beispiel die Stressprophylaxe, geben Hilfestellung, um besser mit der Doppelbelastung umgehen zu können. Eindeutige Vertretungsregelungen und die Optimierung von Arbeitsabläufen zielen darauf ab, die Einsatzmöglichkeiten der Beschäftigten zu erhöhen.

Führungskräfte tragen dazu bei, dass die familienfreundlichen Ziele auch im Berufsalltag umgesetzt werden. Daher nimmt die Schulung



Beruf und Familie – beidem gerecht zu werden, ist manchmal nicht leicht. Flexible Arbeitszeitmodelle helfen.

von Führungs- und Sozialkompetenz im Fortbildungsprogramm des Unternehmens breiten Raum ein. Führungskräftebeurteilungen haben in den Mitarbeiterjahresgesprächen, die turnusmäßig durchgeführt werden, einen hohen Stellenwert.

Geldwerte Leistungen – zum Beispiel für die Kinderbetreuung – sind ein ganz konkreter Beitrag, um Familienfreundlichkeit auszudrücken. In Zukunft sollen zusätzliche Kinderbetreuungskosten (etwa dann, wenn sie durch ungeplante Mehrarbeit entsteht) seitens des Arbeitgebers erstattet werden.

Kinderbetreuung wird am Standort Rendsburg über garantierte Platzkontingente in einer nahe gelegenen städtischen Kindertagesstätte angeboten. Ob und in welchem Umfang es notwendig sein wird, das Angebot auf Krippenplätze zu erweitern,

gehört zu einem der größeren Projekte der Zukunft. Die Öffnung einer Kantine für die „Angehörigenversorgung“ wird als potenziell weiteres wirkungsvolles Instrument der familienorientierten Mitarbeiterbindung geprüft.

Bei der Entwicklung der Maßnahmen wird der Begriff „Familie“ weiter gefasst als Eltern und ihre (Klein-)Kinder. Die Pflege von älteren Angehörigen rückt in den Fokus der Betrachtung und lässt erkennen, dass der Sozialdienst nicht nur Patientinnen und Patienten beraten kann. Auch Beschäftigte, die beispielsweise Angehörige in der Betreuung nach einer schwierigen Operation versorgen müssen, sollen zukünftig stärker von der sozialpädagogischen Kompetenz des „Überleitmanagements“ profitieren. Schließlich gewährleistet die imland GmbH, dass Angehörige von Be-



schäftigten einen Platz in einem der drei unternehmenseigenen Seniorenhäuser erhalten – auch bei kurzfristigem Eintritt von Pflegebedürftigkeit.

Schließlich werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kontinuierlich über all diese familienunterstützenden Angebote informiert. Die Kommunikation nach außen soll in Zukunft verstärkt werden, um die Attraktivität als Arbeitgeber darzustellen.

Nutzen übersteigt Kosten

Eine Investition in die Vereinbarkeit Beruf und Familie kostet zunächst einmal Geld. Aber: In der Summe wird der Nutzen familienbewusster Personalpolitik die Kosten deutlich übersteigen – zum Teil ist dies auch schon kurzfristig spürbar:

- Die Gewinnung von Mitarbeitern wird einfacher.
- Die Mitarbeiterfluktuation wird geringer.
- Die Kosten für die Einarbeitung nach der Elternzeit sinken.
- Das Betriebsklima verbessert sich und damit die Einsatzbereitschaft der Beschäftigten.
- Das Image des Arbeitgebers „gewinnt“ und damit verbessert sich die Positionierung am Markt.

Dr. Bernd Kölling, Leiter Personal, imland GmbH



Gut versorgt? - Natürlich IKK Nord!

Unsere besonderen Leistungen:

- IKKimpuls Workshop Young Special
- 6-Tage-Handwerker-Intensivkur
- Präventionskurse mit Zertifikat



Die Krankenkasse für den Norden.

☎ 0800 4557378 • gebührenfrei • www.ikk-nord.de • mail@ikk-nord.de

► BERUF UND FAMILIE

Das Zertifikat „audit berufundfamilie“ ist ein Qualitätssiegel für familienbewusste Personalpolitik. Die Hertie-Stiftung vergibt das Zertifikat an Unternehmen und Institutionen, die bewiesen haben, dass sie ihre Beschäftigten dabei unterstützen, Familie und Beruf zu vereinbaren.

Um ein Zertifikat zu erhalten, muss die Geschäftsleitung zuerst Ziele und Schwerpunkte der Auditierung festlegen. In einem Workshop mit Vertretern unterschiedlicher Vertriebs- und Hierarchieebenen werden die Rahmenbedingungen ermittelt. Die Auditierung mündet in die Planung konkreter Maßnahmen – kategorisiert in acht Handlungsfelder: Arbeitszeit, -organisation und -ort sowie Informationspolitik, Führungskompetenz und Personalentwicklung, geldwerte Leistungen und Service für Familien. Jährlich prüft die berufundfamilie gGmbH, ob die Ziele auch tatsächlich umgesetzt werden.

In Schleswig-Holstein gibt es derzeit 14 zertifizierte Unternehmen. Davon aus dem Gesundheitsbereich: imland GmbH mit ihren Kliniken in Rendsburg und Eckernförde, Brücke Schleswig-Holstein gGmbH, Leibniz-Zentrum für Medizin und Biowissenschaften des Forschungszentrums Borstel und Universitätsklinikum Schleswig-Holstein.

Unternehmen in Schleswig-Holstein mit dem Zertifikat audit berufundfamilie

- Brücke Schleswig-Holstein gGmbH, Kiel
- Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
- E.ON Hanse AG, Quickborn
- Forschungszentrum Borstel, Leibniz-Zentrum für Medizin und Biowissenschaften
- Helmholtz-Zentrum Geesthacht, Zentrum für Material- und Küstenforschung GmbH
- imland GmbH
- IPN-Leibniz-Institut für die Pädagogik der Naturwissenschaften, Kiel
- Kreis Nordfriesland
- Kreisverwaltung Dithmarschen
- REWE Markt GmbH, Zweigniederlassung Nord – Verwaltung Vollsortiment, Standorte Norderstedt und Lehrte
- Sasol Germany GmbH, Standort Brunsbüttel
- Stadtwerke Lübeck
- Universität zu Lübeck
- Universitätsklinikum Schleswig-Holstein mit allen Tochtergesellschaften

Mehr Information unter www.beruf-und-familie.de

Zeig' deine Pflegestärken!

Die prognostizierte Lücke zwischen Bedarf und Angebot an examinierten Pflegekräften ist bereits spürbar. Während es immer mehr ältere Menschen gibt, nimmt die Zahl der Berufseinsteiger in der Altenpflege ab. Um mehr junge Menschen für einen Pflegeberuf zu interessieren, hat Schleswig-Holstein die Werbekampagne „Zeig' deine Pflegestärken!“ gestartet.



Authentische Plakate werben für Pflegeberufe.

Die Landesregierung Schleswig-Holsteins fördert schulische Ausbildungsplätze im Bereich Pflege mit über vier Millionen Euro jährlich. Doch das reicht offensichtlich nicht: In der Altenpflege macht sich der Fachkräftemangel besonders bemerkbar. Viele offene Stellen können nicht mehr besetzt werden.

Nicht jeden Engpass kann man auf den demographischen Wandel schieben. Andere Ansätze zeigte eine repräsentative Studie, die das Norddeutsche Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ) beim Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen 2009 in Auftrag gegeben hat. Abgefragt wurden unter anderem das Image von Pflegeberufen bei Jugendlichen und ihren Eltern sowie Lehrkräften und Berufsberatern. Das

Ergebnis: Häufig wissen weder die Eltern und Jugendlichen noch die Schulen und Berufsinformationszentren um die Vorteile von Pflegeberufen.

Dabei sind dies krisensichere und abwechslungsreiche Berufe, die vielfältige Schwerpunktsetzungen und Entwicklungsmöglichkeiten vom Studium bis in Führungspositionen ermöglichen.

Für Pflegeberufe werben

Um der Entwicklung in der Pflege entgegenzuwirken, hat Schleswig-Holstein eine Imagekampagne für Pflegeberufe gestartet, um bei jugendlichen Schulabgängern das Interesse für einen Beruf in der Pflege zu wecken. Mit gezielter und altersadäquater Ansprache sollen Nachwuchskräfte geworben werden.

Auf dieser Grundlage haben Studierende an der Designschule Schwerin gemeinsam mit einer Werbeagentur die Informations- und Werbekampagne „Zeig' deine Pflegestärken!“ mit Postern, Flyern und einem Internetauftritt inklusive Computerspiel entwickelt. Die Poster und Flyer wurden an allen Regional- und Gemeinschaftsschulen in den norddeutschen Mitgliedsländern des NDZ verteilt, sodass sie in den Abschlussklassen direkt die Zielgruppe erreichen. Auch die Berufsinformationszentren sind in die Kampagne eingebunden.

Auf der Internetseite www.zeig-deine-pflegestaerken.de finden Interessierte zahlreiche Informationen zu Pflegeberufen, eine Datenbank mit den Angeboten der Ausbildungseinrichtungen und das Computerspiel „Pflege-Game“. „Schlüpfe in die Rolle des jungen Pflegers beziehungsweise der jungen Pflegerin

und entdecke dabei deine ganz persönlichen Pflegestärken“, heißt es da. Die Resonanz zur Kampagne ist sehr gut: Viele Schulen haben sich beim NDZ über weitere Informationen zu Pflegeberufen erkundigt und zeigen großes Interesse, diese Aktion der norddeutschen Bundesländer zu unterstützen.

Bereits in der Praxis Tätige melden zurück, dass ihnen die Motive der Plakate und Flyer sehr gut gefallen, weil sie sich selbst in den Aussagen auf den Plakaten wiederfinden.

Pflege im Norden stärken

Das NDZ wurde 1995 von den norddeutschen Bundesländern Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein gegründet, um die Versorgungsqualität im Bereich der stationären und ambulanten Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege zu erhalten und zu verbessern.



Diese deutschlandweit einmalige Kooperation hat die Aufgabe, länderübergreifend Aktivitäten im Bereich der Pflege und angrenzender Gesundheits- und Sozialberufe zu koordinieren und zu initiieren und norddeutsche Kooperationen im Gesundheitswesen zu unterstützen. Die NDZ-Geschäftsstelle sitzt in Schleswig-Holstein.

Daniela Friederich, Geschäftsführerin des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ), www.pflege-ndz.de

Versorgung in der Fläche

Nachfolger für Hausarztpraxen zu finden, ist insbesondere in ländlichen Regionen häufig ein Problem. Eine Möglichkeit, die medizinische Grundversorgung in der Fläche trotzdem gewährleisten zu können, ist die Delegation medizinischer Leistungen.

Die Idee, Aufgaben des Arztes an qualifizierte Nichtmediziner zu delegieren, ist nicht neu. Es gab in Schleswig-Holstein HELVER, eine Qualifizierungsinitiative, mit der einzelne Versorgungsaufgaben bei Hausbesuchen – insbesondere älterer und chronisch kranker Patienten – an ausgewählte Medizinische Fachangestellte von Hausarztpraxen delegiert wurden. Bundesweit in die Regelversorgung aufgenommen wurde AGnES (Arztentlastende, Gemeindefähige, E-Healthgestützte, Systemische Intervention) – auch Telekranken Schwester genannt. Speziell ausgebildete Krankenpflegerinnen erbringen dabei in anerkannt medizinisch unterversorgten Gebieten Leistungen in Verantwortung des zuständigen Hausarztes.

Ein weiter gefasstes Aufgabenspektrum hat das Modell Advanced Nursing Practice (ANP), das beispielsweise in den Niederlanden praktiziert wird. Erfahrenen Pflegekräften werden Expertenwissen und klinische Kompetenzen für eine erweiterte medizinische Tätigkeit vermittelt. Sie werden unter anderem befähigt für die ambulante Versorgung von Patienten mit akuten und/oder chronischen Erkrankungen, typische Fallkonstellationen, Wundmanagement, geriatrische Patienten, Palliativpflege, Medikationsgabe und telemedizinische Verfahren.

Modellprojekt

Ob eine solche „Pflegekraft Plus“ auch in Schleswig-Holstein eingesetzt werden könnte, prüft derzeit die Projektgruppe „Versorgung in der Fläche“. Ein Modellprojekt im nördlichen Teil Schleswig-Holsteins soll Erkenntnisse zu Umsetzungsmöglichkeiten bringen. Beteiligt sind maßgebliche Akteure aus dem Norden Schleswig-Holsteins. Dazu

gehören neben dem Ev.-Luth. Diakonissenkrankenhaus Flensburg (Leitung und Koordination der Arbeitsgruppe) das Malteser St. Franziskus Hospital, das Schleiklinikum Schleswig, die Kassenärztliche Vereinigung, das Unternehmen Pharmalogis, die Deutsche Apotheker- und Ärztekammer, die Sozialstation Handewitt, eine regionale Krankenkasse und die Fachhochschule Flensburg.



Das Projekt ist Teil des Gesamtprojektes „Regionalmanagement Gesundheitswirtschaft NORD“, das die Gesundheitsversorgung in den Kreisen Nordfriesland, Schleswig-Flensburg und der Stadt Flensburg besser vernetzen, abstimmen und weiterentwickeln will. Gefördert wird das Regionalmanagement durch das Zukunftsprogramm Wirtschaft des Landes Schleswig-Holstein mit Mitteln des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) sowie Mitteln der Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur“ (GRW).

Handlungsautonomie

Die „Pflegekraft Plus“ soll über die fachliche Kompetenz verfügen, komplexe Entscheidungen in der medizinischen Versorgung von Patienten zu treffen. Dazu gehört unter anderem Diagnosen stellen, Interventionen planen und durchführen, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel verordnen sowie Ein- und Überweisungen ins Krankenhaus und an den Hausarzt veranlassen. Für eine solche Handlungsautonomie ist natürlich eine entsprechende Aus-, Fort-

und Weiterbildung von zentraler Bedeutung. Die Einzelheiten werden in enger Zusammenarbeit mit der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung abgestimmt. Gemeinsam mit beiden Verbänden soll das Modellprojekt als Pilot in Schleswig-Holstein initiiert werden. Anvisiert ist hier der Start in 2012.

Unterstützung von der Leitstelle

Geplant ist folgendes Szenario: Die „Pflegekraft Plus“ fährt innerhalb eines definierten Gebietes zu den (immobilen) Patienten. Sie ist technisch so ausgestattet, dass sie die Vitalwerte von chronisch Kranken oder Fotos von Wunden und anderes zur Zweitbegutachtung übermitteln kann. Damit sie sich ganz auf die medizinische Versorgung konzentrieren kann, wird sie unterstützt: Case Manager arbeiten in einer zentralen Leitstelle, koordinieren die Einsätze und übernehmen vor allem die administrativen Tätigkeiten. Sinnvoll wäre es, wenn die Leitstelle einem ambulanten Pflegedienst oder einer Sozialstation angeschlossen wäre. Auch ergänzende Dienstleistungen wie Apotheke, Sanitätshaus und Ähnliches sind zweckmäßig. Die Leitstelle steht im engen Kontakt mit Haus- und Fachärzten, damit diese im Bedarfsfall schnell und unkompliziert hinzugezogen werden können. Die Verantwortung, wann die Patienten einem Arzt vorgestellt werden sollen, liegt jedoch bei der Pflegekraft.

Dr. Christian Peters, Krankenhausdirektor, und Claudia Erichsen, Projektmanagerin, Ev.-Luth. Diakonissenkrankenhaus Flensburg

Mein Herz

Menschen, die an einer schweren Herzschwäche leiden, leben nicht nur bei akuten Symptomen in permanenter Angst. Seit dem Start des Telemedizin-Projekts „Mein Herz“ in Schleswig-Holstein können Patienten per Ferndiagnose zu Hause medizinisch betreut werden. Risiken werden hierdurch frühzeitiger erkannt und häufige Arztbesuche und stationäre Krankenhausaufenthalte vermieden.

Um Rolf Neumann ein Gefühl der Sicherheit zu geben, bedarf es nicht viel. Eine Waage, ein Blutdruckmessgerät und ein 12-Kanal-EKG, alles elektronisch. Jeden Morgen misst der 78-Jährige seine Vitalparameter und sendet die Ergebnisse per Telefon an die medizinischen Experten des Herzzentrums der Segeberger Kliniken. Erfolgt kein Rückruf aus dem Telemedizinzentrum, ist der Mann aus Neustadt beruhigt und kann ohne Sorge um sein Herz und seine Gesundheit den Tag beginnen.

Spezialistennetzwerk

Rolf Neumann ist Teilnehmer des Telemedizin-Projekts „Mein Herz“, das von der Krankenkasse DAK und den Segeberger Kliniken ins Leben gerufen wurde. Es ist ein Spezialistennetzwerk, in dem mit einer zusätzlichen telemedizinischen Ferndiagnostik die Versorgung der Patienten verbessert wird. Dies scheint auch notwendig, denn in Schleswig-Holstein wurden 2008 fast 10.000 Menschen mit einer schweren Herzschwäche im Krankenhaus behandelt. Die Sterberate infolge einer Herzinsuffizienz lag im Land 36 Prozent über dem Bundeschnitt. Bei chronischer Herzschwäche verunsichert jeder Schweißausbruch oder ein schnellerer Pulsschlag den Patienten. Einige Betroffene gehen zum Arzt oder ins Krankenhaus, obwohl dies gar nicht erforderlich wäre. Andere ignorieren dagegen Alarmsignale, was fatale Folgen für ihre Gesundheit haben könnte. Das neue Netzwerk erkennt die Risikofaktoren früher und verbessert so spürbar die Behandlungsqualität.

In den eigenen vier Wänden

Im Zentrum des neuen Angebots steht der tägliche Gesundheits-

Check zu Hause, durch den sich unnötige Arztbesuche und Wartezeiten verringern lassen. Zusätzlich lernt der Patient dabei mehr über seine Erkrankung und zeigt nach aller Erfahrung auch eine verbesserte Bereitschaft, die notwendigen Medikamente einzunehmen. Zeigt die Auswertung, dass es dem Herzkranken schlechter geht, kann sofort gehandelt werden. Hört der Patient nichts von den Betreuern, weiß er, dass es ihm gut geht. Diese Sicherheit hilft ihm, gesund zu werden.

Mehr Sicherheit

Die notwendigen Geräte werden in der Privatwohnung des Patienten von Mitarbeitern des Telemedizinzentrums der Segeberger Kliniken Gruppe installiert; der Patient wird in deren Handhabung eingewiesen. Um die Nachhaltigkeit des Therapieerfolgs zu sichern und die Compliance des Patienten zu erhöhen, erhält der Patient zusätzlich regelmäßig eine Rückmeldung aus dem Telemedizinzentrum. Allein das Gefühl, ständig unter ärztlicher Beobachtung zu stehen, gibt dem kranken Menschen mehr Sicherheit und erhöht seine Lebensqualität. Zusätzlich zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität erhofft sich die DAK auch wirtschaftliche Effekte. Zum einen wegen der geringeren Anzahl an Arztbesuchen und zum anderen wegen weniger beziehungsweise kürzeren stationären Krankenhausaufenthalten. Aktuell gibt die DAK in Schleswig-Holstein jährlich mehr als drei Millionen Euro für die Behandlung ihrer Versicherten aus, die an einer schweren Herzschwäche leiden.



Ferndiagnostik verbessert die Versorgung und gibt chronisch Kranken mehr Sicherheit.

Krankenhauseinweisungen vermeiden

Eine im Jahr 2008 durchgeführte Nutzenbewertung hatte ergeben, dass infolge der telemedizinischen Betreuung von Patienten mit einer chronischen Herzinsuffizienz die Krankenhauseinweisungen um 29 Prozent reduziert werden konnten. Nach zehn Jahren Erfahrung auf diesem Feld ist deutlich geworden, dass die Telemedizin in vielen Bereichen, infolge des demographischen Wandels, die einzige Möglichkeit sein kann, die Qualität der medizinischen Versorgung der Patienten in Kooperation mit den behandelnden Haus- und Fachärzten auch in Zukunft zu gewährleisten. Dieser Sachverhalt trifft insbesondere auf Schleswig-Holstein zu – aufgrund seiner ländlich geprägten Strukturen. Dieses Netzwerk ist für die Beteiligten zugleich eine Investition in Innovation und Zukunft. Um diese Thesen weiter zu beobachten, wird das Projekt „Mein Herz“ von einem externen Institut wissenschaftlich begleitet.

Robert Quentin,
Segeberger Kliniken

Wissen schafft Gesundheit

Informationen über medizinische Themen sind gefragt. Wer gut informiert ist, kann Eigenverantwortung übernehmen und hat bessere Voraussetzungen dafür, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Ein informierter Patient kann besser an seinem Heilungserfolg beteiligt werden. Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) hat für die Information der Patienten das „UKSH-Gesundheitsforum“ entwickelt.



→ Gesundheitsforum

„Wissen schafft Gesundheit“ – das ist das Leitbild des UKSH. Umgesetzt wird das Wortspiel unter anderem mit einer Veranstaltungsreihe, in der Ärzte, Wissenschaftler, Therapeuten und Pflegekräfte des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein medizinisches Wissen in laienverständlicher Form anbieten. An drei bis vier Abenden in der Woche können interessierte Bürgerinnen und Bürger sich über aktuelle Themen in der gesundheitlichen Versorgung informieren und den Experten des UKSH Fragen stellen. Die Vortragsveranstaltungen in Kiel und Lübeck sind kostenfrei und alle Interessierten herzlich willkommen.

Gute Gründe

Die Hintergründe, eine so aufwendige Veranstaltungsreihe zu organisieren, sind vielfältig: Zuallererst ist es die Erkenntnis, dass eine gute Aufklärung die Entstehung von Erkrankungen verhindern und bei Krankheit den Behandlungserfolg ermöglichen kann. Laut Weltgesundheitsorganisation WHO erreicht nur die Hälfte aller Patienten eine gute Therapietreue (Compliance). Gerade bei chronischen Erkrankungen, deren Zahl mit dem steigenden Alter der Bevölkerung zunimmt, sind das Befolgen ärztlicher Ratschläge wie die korrekte Einnahme von Medikamenten, die richtige Ernährung und insgesamt gesundheitsbewusstes Verhalten wichtig.

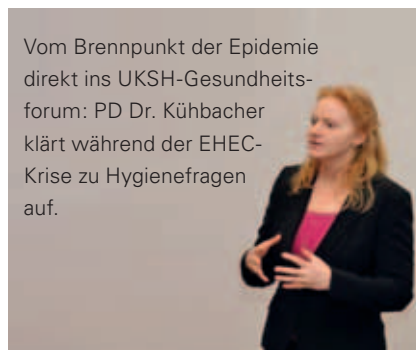
Immer mehr Patienten wollen sich selbstständig und umfassend informieren: über den Verlauf und die Verbreitung ihrer Krankheit und Symptome, über die Vorteile und Nachteile einer Behandlung. Sie suchen sich zusätzliche Quellen – im Internet, in Foren und eben auch bei Vorträgen.

Andererseits können die Spezialisten Aufklärung über ihre Fachgebiete in gut verständlicher Form betreiben, abseits des strapazierten Zeitbudgets im Sprechzimmer.

Da sein, wo Menschen sind

Mit dem UKSH-Gesundheitsforum kommt die Klinik dahin, wo die Menschen sind: Im Kieler CITTIPARK vermitteln die Spezialisten des UKSH ihr Wissen an Laien. Diese haben sich schon entschieden: Allein im ersten Halbjahr 2011 besuchten 2.750 interessierte Bürgerinnen und Bürger fast 100 Vorträge. Laut einer Umfrage waren 90 Prozent der Zuhörerinnen und Zuhörer zufrieden. Aufgrund des großen Zuspruchs werden bald auch im CITTIPARK Lübeck Vorträge organisiert.

Vom Brennpunkt der Epidemie direkt ins UKSH-Gesundheitsforum: PD Dr. Kühbacher klärt während der EHEC-Krise zu Hygienefragen auf.



Beispiel EHEC

Am Dienstag, den 31. Mai 2011 weiß noch niemand, welches Ausmaß Wochen später die EHEC-Epidemie erreichen wird. Tausende von Menschen infizieren sich im Norden mit dem gefährlichen Erreger, Hunderte entwickeln das gefährliche hämolytisch-urämische Syndrom (HUS). Sie müssen, zum Teil mit schwersten Nieren- und Hirnschäden, intensiv versorgt werden. Ärzte, Pflege- und Servicekräfte des UKSH tragen die schwerste Last und leisten Übermenschliches, um diese Krise in den Griff zu bekommen. Tag und Nacht arbeitet auch Privatdozentin Dr. Anja Kühbacher mit ihrem Team auf den Isolierstationen für das Überleben ihrer Patienten. Aber sie will auch ihr klinisches Wissen den Menschen mitteilen und über Fragen der Hygiene und Versorgung aufklären. Deshalb unterbricht die Oberärztin ihren Dienst um 17.30 Uhr, um zwei Stunden lang den Zuhörerinnen und Zuhörern im Kieler CITTIPARK Informationen über Vorbeugung und Hygiene direkt aus der Klinik zu geben. Ihr Ziel ist es, Panik zu vermeiden und weitere Ansteckungen zu reduzieren.

Prof. Dr. Jens Scholz, Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums 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

Kompetenzzentrum für | Angststörungen | Burnout | Depressionen | Persönlichkeitsstörungen | Essstörungen | Zwangserkrankungen | Somatoforme und Schmerzstörungen

Schön Klinik Neustadt

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

**Jetzt
anfordern!**

Bitte schicken Sie mir den Schön Klinik Qualitätsbericht mit Patientenberichten und Informationen aus beiden Kliniken:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Anforderung bei:

Schön Klinik Neustadt, Am Kiebitzberg 10, 23730 Neustadt in Holstein, Telefon +49 4561 54-0, KlinikNeustadt@schoen-kliniken.de oder Schön Klinik Bad Bramstedt, Birkenweg 10, 24576 Bad Bramstedt, Telefon +49 4192 504-0, KlinikBadBramstedt@schoen-kliniken.de

Hilfe in höchster Not

Wenn ein Kind krank ist, möchte es zu Hause bei den Eltern und Geschwistern sein. In der Familie erfährt es Geborgenheit und Sicherheit. Jedoch wird die pflegerisch-medizinische Versorgung bei lebenslimitierenden Erkrankungen zunehmend aufwendiger. Um einen Verbleib des Kindes in gewohnter Umgebung dennoch zu ermöglichen, setzt sich das Brückenteam der DRK-Heinrich-Schwesternschaft e. V. ein. Es leistet spezialisierte ambulante palliativmedizinische und -pflegerische Maßnahmen bei Kindern und unterstützt die gesamte Familie.

Eine lebensverkürzende Erkrankung führt zu erheblichen Belastungen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen, ihre Familien und Angehörigen. Neben den großen Sorgen in der neuen Lebenssituation muss die Versorgung des Kindes zu Hause organisiert und bewältigt werden. Hier setzt die Arbeit des seit 2008 bestehenden Brückenteams an. Die Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern, Ärztinnen und eine Sozialpädagogin haben das Ziel, eine hohe pflegerisch-medizinische Versorgung zu Hause zu sichern, die Familie zu entlasten und ambulante mit stationären Versorgungsstrukturen zu vernetzen.

Eine interdisziplinäre Aufgabe

Das Brückenteam verfügt über spezielle Weiterbildungen und umfassende Erfahrungen in der pädiatrischen Palliativmedizin beziehungsweise -pflege. Es kooperiert mit Pflegediensten, ambulanten Kinderhospizdiensten, Sanitätshäusern und Apotheken. Seit Herbst 2009 ist das Brückenteam mit einem Versorgungsvertrag der gesetzlichen Krankenkassen ausgestattet und betreut Kinder und Jugendliche im Rahmen der spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung (SAPPV) in ganz Schleswig-Holstein. Versorgt wurden bislang vor allem Kinder mit folgenden Krankheitsbildern: onkologische und schwere neurologische Erkrankungen, Muskelerkrankungen, Stoffwechselstörungen und Chromosomenschäden.

Was bedeutet SAPPV konkret?

Deutlich werden die Leistungen der spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung an einigen Fallbeschreibungen.

Fall 1: Ein 16-jähriger Junge mit einem bösartigen Hirntumor (Rezidiv eines Glioblastoms) wurde in seinen letzten Lebensmonaten zu Hause versorgt. Starke Schluckbeschwerden erforderten die Einleitung der Ernährung über eine nasale Magensonde. Das Brückenteam übernahm das komplette Schmerzmanagement und schulte die Eltern in der Handhabung der Magensonde, des Blasenkatheters und beim Absaugen von Atemwegssekret aus der Luftrohre. Neben der psychosozialen Begleitung der Eltern und Geschwister beschaffte das Brückenteam Pflegehilfsmittel (zum Beispiel Pflegebett, Toilettenstuhl) und war rund um die Uhr für die Familie und primären Versorger (ortsansässiger Pflegedienst und Kinderarzt) erreichbar. Auch Nachtwachen am Bett des Jungen leistete das Brückenteam so lange, bis ein Pflegedienst Personal bereitstellen konnte. Der Junge verstarb im Kreise seiner Familie zu Hause in seiner gewohnten Umgebung.

Fall 2: Im folgenden Fall hatten sich die Eltern eines dreimonatigen Mädchens mit einer Hirnfehlbildung und einem offenen Rücken entschlossen, das Kind bis zu seinem Tod zu Hause zu begleiten. In enger Zusammenarbeit mit dem Hausarzt organisierte das Brückenteam die spezielle Schmerzmedikation und Wundversorgung, die auch die Handhabung des Liquorlecks am offenen Rücken enthielt. Zusätzlich zur psychosozialen Begleitung der Eltern und Geschwister wurden Fallkonferenzen mit allen an der Versorgung beteiligten Institutionen organisiert und ärztliche Hausbesuche begleitet. Das Mädchen verstarb zu Hause im Alter von sechs Monaten.

Fall 3: Ein 10-jähriger Junge wurde mit Mukopolysaccharidose, einer Stoffwechselkrankheit, vom Brückenteam über zwei Jahre zwischen den Klinikaufenthalten immer wieder zu Hause betreut. Neben der Organisation von Pflegehilfsmitteln und einem Pflegedienst vor Ort, der die Medikamentengabe übernahm, ging es hauptsächlich um die Bewältigung von Krisen, verursacht durch starke Schmerzzustände unklarer Genese und Krampfanfälle. Gemeinsam mit der Hausärztin wurde ein Schmerz- und Krisenmanagement

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) kümmern sich um erwachsene Patienten, die unheilbar krank sind und ihr Leben bis zum Schluss in den eigenen vier Wänden verbringen möchten.

Die interdisziplinären Teams bestehen aus Pflegekräften und Fachärzten, die speziell für diese Art der Versorgung geschult sind. Das Team hat 24-Stunden-Rufbereitschaft. Über Kooperationsverträge mit Apotheken und Sanitätshäusern wird ein kontinuierlicher Zugang zu Medikamenten und Hilfsmitteln sichergestellt. Ein Vertrag zur bedarfsgerechten Versorgung mit den Krankenkassen regelt die Finanzierung.

Die SAPV-Teams leiten außerdem die Angehörigen in Pflegemaßnahmen an, geben psychosoziale Unterstützung und bauen ein individuelles Netzwerk für den Patienten auf.

entwickelt. Die pflegerisch vom Brückenteam geschulten Eltern konnten sich bei stark wechselndem Unterstützungsbedarf immer wieder an das Team wenden. Bis nach dem Tod wurde die gesamte Familie psychosozial unterstützt.

Umfassende Versorgung

Die Beschreibungen verdeutlichen, wie komplex die häusliche Versorgung von Kindern mit lebenslimitierenden Erkrankungen ist. Der Unterstützungsbedarf der Familien ist groß. Eine Entlastung für die Eltern ist sowohl die 24-Stunden-Rufbereitschaft des Teams als auch die Anleitung pflegerischer Maßnahmen. Sind Eltern in der Lage, die Pflege bei ihrem Kind zu übernehmen, können weitere und oft langwierige Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Positiv wirkt sich auch die kontinuierliche personelle Betreuung aus. Ein Team, das alle Fäden zusammenhält, optimiert Kommunikationswege. Ist beispielsweise eine stationäre Aufnahme des Kindes unumgänglich, ist das Brückenteam kompetenter Ansprechpartner für die Notfall- und Klinikärzte.

Unterstützung der Familie

Das Brückenteam begleitet die gesamte Familie. Auch über den Tod des Kindes hinaus sind die Kinderkrankenschwestern da, hören zu, fangen auf oder stellen den Kontakt zu Trauergruppen her. Auch Wünsche der jungen Patienten werden erfüllt. So konnte der oben genannte 16-Jährige ein Konzert in Hamburg in Begleitung des Brückenteams besuchen, während Medikamentenpumpen überwacht und die Schmerzmedikation vor Ort eingestellt wurden.

Ein Netzwerk spannen

Die Fallbeschreibungen zeigen aber auch, dass hochwertige Versorgung gelingt, wenn alle beteiligten Institutionen (Pflegedienste, Hausärzte, Kliniken und weitere) intensiv beziehungsweise sektorübergreifend zusammenarbeiten und dabei ein

gemeinsames Ziel verfolgen: die Sicherung einer hohen Versorgungsqualität des Kindes. So gehört zu den Aufgaben der SAPPV der Aufbau eines zuverlässigen Netzwerkes für die jeweilige Familie. Nach dreijähriger Tätigkeit des Brückenteams konnten Kooperationen mit haupt- und ehrenamtlich tätigen Organisationen in ganz Schleswig-Holstein bis ins nördliche Hamburg geschlossen werden.

Die Belange der Kinder

In der pädiatrischen Palliativversorgung gibt es deutliche Unterschiede zu den Erwachsenen. So handelt es sich bei Kindern häufig um Krankheiten, deren Verläufe zum Teil über Jahre dauern, mit stark schwankendem Versorgungsbedarf und einer hohen Belastung für die Familien.

Die Altersspanne der Palliativpatienten in der Pädiatrie ist groß und enthält viele Entwicklungsschritte, vom Neugeborenen bis zum jungen Erwachsenen. Gerade bei ganz kleinen Kindern, die ihre Bedürfnisse nur begrenzt verbal kommunizieren können, sind Schmerzen und andere Symptome schwer zu klassifizieren. Hier sind eine zeitaufwendige Patientenbeurteilung und engste Absprache zwischen Eltern und allen an der Pflege beteiligten Institutionen notwendig. Ein weiterer Unterschied ist die Medikamentengabe, die bei den kleineren Patienten vermehrt über permanente zentrale Venenkatheter verläuft, da Injektionen und orale Verabreichung oft nicht toleriert werden. Dies bedeutet, dass hier eine technisch aufwändigere und zeitintensivere Versorgung der apparativen palliativmedizinischen Behandlungsmaßnahmen notwendig ist.

Gesetzliche Grundlage

Seit dem 1. April 2007 ist die SAPPV Bestandteil des Sozialgesetzbuches V und wird geregelt in Paragraph 37b. Demnach haben gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf pal-



Das Brückenteam begleitet chronisch kranke und schwerstkranke Kinder und Jugendliche auf ihrem Weg.

liative ambulante Versorgung. Die SAPPV-Leistungen sind ein zusätzliches pflegerisch-ärztliches Angebot und damit eine Zusatzleistung der Krankenkassen. Sie werden von einem Haus- oder Klinikarzt verordnet, ohne das Praxisbudget des behandelnden Arztes zu belasten. Die Kinder, die bereits in Behandlung bei einem Facharzt sind, werden von diesem auch weiterbehandelt.

Wie wichtig eine qualifizierte Unterstützung durch die SAPPV ist, machen die Erfahrungen des Brückenteams deutlich. Bei den betreuten Kindern und Familien konnten die pflegerisch-medizinische Versorgung in der häuslichen Umgebung optimiert, weitere Klinikaufenthalte vermieden und vor allem das Befinden der jungen Patienten im Verlauf der Krankheit bis zu ihrem Lebensende positiv beeinflusst werden.

Sonja Kuchel, Leiterin des Brückenteams der DRK-Heinrich-Schwesterschaft e. V.

Hilfe bei der Arbeit

Arbeitgeber tragen eine besondere Verantwortung für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie sind nach dem Arbeitsschutzgesetz verpflichtet, für die Gesundheit der Beschäftigten zu sorgen. Diese Verpflichtung bezieht sich nicht nur auf die physische, sondern auch auf die psychische Gesundheit.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben in eigenen Reporten die drastische Veränderung der Krankheitsbilder ihrer Versicherten dargestellt: Die Zahl der Schleswig-Holsteiner, die wegen Depression, Abhängigkeit, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder Schizophrenie im Krankenhaus behandelt wurden, stieg 2009 um 22 Prozent gegenüber dem Vorjahr (Techniker Krankenkasse). Je 1000 Versicherte mit psychischen Störungen wuchs die Zahl der Krankenhaustage von 175 in 1990 auf 276 in 2010 (BAR-MER GEK). Das Wissenschaftliche Institut der AOK verzeichnete gar einen Anstieg psychischer Erkrankungen um 120 Prozent zwischen 1994 und 2010. Da wundert es nicht, dass überlange Wartelisten für Therapeutenbesuche fast schon normal sind.

Zum Beispiel Gisela M.

Gisela M. aus dem Sekretariat eines mittelständischen Unternehmens ging es privat nicht gut, und das wirkte sich auf ihre Arbeit aus: Immer häufiger schlichen sich Versäumnisse ein, unterliefen ihr Fehler. Die Sekretärin zog sich immer mehr zurück und fehlte schließlich im Büro: erst vier Wochen, dann vier Monate und insgesamt fast ein Dreivierteljahr. Diagnose Depression. Ihre Behandlung: medikamentös zu Hause, dann zehn Wochen psychiatrisches Krankenhaus, danach sechs Wochen psychosomatische Rehabilitation, gefolgt von Belastungserprobung mit eingeschränkter Stundenzahl am Arbeitsplatz und ambulanter Psychotherapie. Endlich – nach fast neun Monaten Krankschreibung – war sie wieder voll einsatzbereit. Ihre Behandlungskosten dürften 50.000 Euro überstiegen haben. Alle haben gezahlt: Arbeitgeber, Krankenkasse, Rentenversicherung.

Dabei hatten sie noch Glück: Eine Frühberentung der 50-Jährigen wäre ungleich teurer geworden. Studien belegen: Erhöhte Fehlzeiten, steigende Fehlerhäufigkeit, Arbeitsausfall durch Klinikaufenthalte, Leistungsabfall, verringerte Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung, Unzuverlässigkeit, erhöhte Unfallgefahr bis hin zur Schädigung des Unternehmensimages sind negative Auswirkungen von psychischen Problemen.

Externe Hilfe

Gisela M. und ihrem Arbeitgeber hätte rascher und für alle günstiger geholfen werden können. Kleine und mittlere Unternehmen in Schleswig-Holstein können auf ein externes betriebliches Gesundheitsmanagement zurück greifen, um psychische Belastungen der Beschäftigten aufzuspüren und negative Folgen für den Betrieb zu vermeiden. Vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern fällt es sogar leichter, diese Hilfen anzunehmen, wenn sie von außerhalb kommen. Ein Gesprächsangebot kann präventiv wirken, manchmal entsteht dadurch erst ein Problembewusstsein bei den Betroffenen.

Sehr persönliche Themen

Die Unterstützung beginnt da, wo klassische Maßnahmen wie die Verringerung der Arbeitsbelastung, Optimierung von Abläufen und Förderung des allgemeinen Betriebsklimas nicht greifen. Die Brücke Schleswig-Holstein gGmbH (Brücke SH) hat ein Beratungs- und Schulungsangebot entwickelt für den Umgang mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die psychisch belastet sind. „Ohne Seele kein Betrieb“ ist der Produktname für Seminare und Einzelgespräche des betrieblichen Gesundheitsmanagements, die die Brücke SH beispielsweise zu folgenden Themen anbietet:



Bei psychischen Belastungen können Beratungsangebote im Betrieb helfen.

- Stress im beruflichen Umfeld – was steckt dahinter?
- Probleme und Konflikte mit Vorgesetzten, Kollegen oder Mitarbeitern
- Rückzugs- und Kündigungsgedanken
- Burn-out
- Bewältigung persönlicher Krisensituationen wie Unfall, Pflege oder Tod naher Angehöriger
- Schulden – auch darüber muss man sprechen
- Ängste, Depressionen und andere seelische Erkrankungen
- Suchtprobleme wie Alkohol-, Spielsucht, Medikamente, weitere Abhängigkeiten

Arbeitgeber müssen sich heute auch verstärkt um die psychische Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kümmern. Sie sichern damit darüber hinaus ihre Wettbewerbsfähigkeit.

Die Beschäftigten bekommen Unterstützung bei psychischen Krisen. Entlastet werden zudem Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die für fehlende Kollegen Aufgaben miterledigen müssen.

Jessika Drescher, Betriebliche Gesundheit, Brücke Schleswig-Holstein gGmbH



Sana Kliniken – Medizin für Schleswig-Holstein

Sana Kliniken Ostholstein

Sana Klinik Eutin
Telefon 04521/787-0

Allgemein-, Bauch- und Kinderchirurgie; Unfall- und Orthopädische Chirurgie; Hand- und Mikrochirurgie; Gefäßchirurgie und Angiologie; Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie; Kardiologie und Intensivmedizin; Gynäkologie und Geburtshilfe; Kinderheilkunde, Frühgeborenen-Intensivstation im Perinatalzentrum; Anästhesie und Schmerzmedizin; Onkologische Tagesklinik und Brustzentrum; Belegärzte für HNO und Urologie

Sana Klinik Oldenburg
Telefon 04361/513-0

Allgemein- und Bauchchirurgie; Unfall- und Orthopädische Chirurgie; Hand- und Mikrochirurgie; Gefäßchirurgie; Allgemeine Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, Diabeteszentrum, Allergologie, Schlaflabor, Onkologische Praxis, Rheumatologische Praxis; Gynäkologie und Geburtshilfe; Anästhesie und Schmerzmedizin; Belegärzte für Dermatologie, HNO und Urologie

Chirurgische Sprechstunde der Inselklinik Fehmarn, Telefon 04371/503775

Bis zur Wiedereröffnung der Inselklinik Fehmarn (geplant im März 2012) ist die Notfallversorgung gesichert: siehe Internet und Tagespresse.

Sana Kliniken Lübeck

Sana Klinik Lübeck
Telefon 0451/585-01

Allgemein- und Viszeralchirurgie; Orthopädie und Unfallchirurgie; Plastische, Hand- und Rekonstruktive Chirurgie; Gefäß- und Thoraxchirurgie; Gastroenterologie, Diabetologie, Pneumologie und Allgemeine Innere; Kardiologie und Angiologie; Hämatologie, Internistische Onkologie und Immunologie; Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerzmedizin; Radiologie; Urologie

Praxisklinik Travemünde
Telefon 04502/800-0

Chirurgie; Innere Medizin; Belegabteilung Orthopädie; Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Regio Kliniken

Regio Klinikum Elmshorn
Telefon 04121/798-0

Innere Medizin; Geriatrie; Gynäkologie; Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie; Unfall-, Hand- und Fußchirurgie; Anästhesie- und Intensivmedizin; Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik; Kinder- und Jugendpsychiatrie; Neurochirurgie; Brust- und Gefäßzentrum

Regio Klinikum Pinneberg
Telefon 04101/217-0

Innere Medizin mit Kardiologie und Gastroenterologie; Gynäkologie und Geburtshilfe; Kinder- und Jugendmedizin; Neurologie; Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie; Unfallchirurgie und Orthopädie; Anästhesie- und Intensivmedizin; Darm- und Brustzentrum; Stroke Unit

Regio Klinikum Wedel
Telefon 04103/962-0

Innere Medizin; Geriatrie; Orthopädie; Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie; Urologie; Anästhesie- und Intensivmedizin; Wirbelsäulenzentrum und Norddeutsches Prostatazentrum

Rehazentrum Pinneberg
Telefon 04101/3785-0

Rehazentrum Schenefeld
Telefon 040/830-6007

Die Lunge unter der Lupe

10.000 bis 20.000 Liter Luft atmen wir jeden Tag ein und aus. Wir denken darüber nicht nach – erst wenn das Atmen Probleme bereitet. Dabei sind Lungenleiden eine Volkskrankheit. Die Krankheitsformen sind überaus unterschiedlich, die Therapieansätze entsprechend divers. Woran arbeiten die Forscher und wie vernetzen sie sich? Das Deutsche Zentrum für Lungenforschung mit seinen Standorten in Schleswig-Holstein will neue Forschungsmethoden möglichst schnell in die medizinische Praxis umsetzen.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung hat 2011 das Deutsche Zentrum für Lungenforschung gegründet, dessen erklärtes Ziel es ist, über eine Förderung der Grundlagenforschung die Therapie von Lungenerkrankungen zu verbessern. Das Krankenhaus Großhansdorf, Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie, das Forschungszentrum Borstel – Leibniz-Zentrum für Medizin und Biowissenschaften – sowie die Universitäten in Kiel und Lübeck haben sich zu einem regionalen Forschungsverbund zusammengeschlossen, der zum Partner des Deutschen Zentrums für Lungenforschung von internationalen Experten ernannt wurde. Damit sind gleich vier Standorte in Schleswig-Holstein im Deutschen Zentrum für Lungenforschung vertreten. Weitere Partner des Deutschen Lungenzentrums gibt es in Hannover, Gießen und Marburg, Heidelberg und München. Es ist das gemeinsame Ziel, über die nächsten fünf bis zehn Jahre neue Therapien zu entwickeln, damit das Leben mit den Lungenerkrankungen für die Patienten leichter wird und weniger Menschen an Lungenerkrankungen sterben.

Forschung koordinieren

Die Forscher selbst vernetzen sich für ihre gemeinsame Arbeit in organisationsübergreifenden Arbeitsgruppen, die sich jeweils mit den Teilaspekten der Lungenforschung beschäftigen. Sie kommunizieren per Telefonkonferenz, E-Mail und auf monatlichen Treffen. Die Ergebnisse der einzelnen Arbeitsgruppen werden für den Standort Schleswig-Holstein zusammengeführt und an den Koordinator auf Bundesebene weitergeleitet. Diese Vernetzung erfolgt ebenfalls per E-Mail und bei Treffen aller Beteiligten des Deutschen

Zentrums für Lungenforschung. Die Ergebnisse der gesamtdeutschen Lungenforschung werden in Berichten festgehalten. Die Organisation der gemeinsamen Forschung verursacht einen so hohen Verwaltungsaufwand, dass im schleswig-holsteinischen Verbund dafür Personal neu eingestellt wird.

Großer Bedarf

Asthma bronchiale und die chronisch obstruktive Bronchitis (englisch: „chronic obstructive pulmonary disease“, abgekürzt COPD) sind chronische Atemwegs- und Lungenerkrankungen, die Schätzungen zufolge zehn bis 15 Millionen Menschen in Deutschland betreffen könnten. Die COPD – umgangssprachlich auch als „Raucherlunge“ bezeichnet – ist derzeit weltweit die fünfthäufigste Todesursache. Auch eine andere Lungenerkrankung – der Lungenkrebs – ist trauriger Spitzenreiter in der Statistik von Todesursachen in Deutschland. Diese Zahlen verdeutlichen, dass es einen drin-

Wo kann ich mich als betroffener Patient melden?

Die Koordination der Forschungsvorhaben des Deutschen Lungenzentrums für Schleswig-Holstein obliegt Professor Klaus Rabe, Ärztlicher Direktor des Krankenhauses Großhansdorf. Hier können sich interessierte Patienten für die Teilnahme an einer Studie jederzeit melden.



Abbildung: fotolia.com, Sebastian Kaulitzki

Die Mechanismen von Lungenkrankheiten verstehen – das ist die Voraussetzung, um geeignete Therapien zu entwickeln.

genden Forschungsbedarf bei den häufigsten Lungenerkrankungen in Deutschland gibt, um die Heilungschancen zu erhöhen.

Auslöser identifizieren

Für das Asthma bronchiale sind Allergien am häufigsten der Auslöser. Aber nicht jeder Allergiker bekommt ein Asthma bronchiale. Und andersherum entwickeln einige Patienten ein Asthma bronchiale, ohne an Allergien zu leiden. Diese Patienten machen sogar häufiger sehr schwere Verlaufsformen des Asthma bronchiale durch. Daher forschen die Schleswig-Holsteiner und die Kollegen an den anderen deutschen Standorten, um allergieauslösende Stoffe und entzündliche Mechanismen in den Atemwegen besser zu verstehen. So könnten beispielsweise Umweltfaktoren die Krankheit auslösen. Langfristiges Ziel dieser Grundlagenforschung des Deutschen Zentrums für Lungenforschung ist, entsprechende Therapien zu entwickeln.

Begleiterkrankungen einbeziehen

Die Erkrankung COPD steht für viel Leid. Husten, Auswurf, Luftnot, Einschränkungen im täglichen Leben, häufige Krankenhausaufenthalte, Sauerstofftherapie und Heimbeatmung. Auslöser der Krankheit ist in den allermeisten Fällen das inhalative Zigarettenrauchen. Aber auch hier gilt: Nicht jeder Raucher bekommt diese Lungenerkrankung und einige Menschen mit der Erkrankung haben nie geraucht. Mit Untersuchungen von Blut- und Gewebeprobe möchten die Forscher herausfinden, ob genetische Faktoren oder Umwelteinflüsse das Risiko einer Erkrankung erhöhen. Und wenn ja, welche. Auch die Begleiterkrankungen wie Depression, Muskelabbau, Osteoporose, Gefäßverkalkungen mit den Folgen wie Herzinfarkt und Schlaganfall werden im Deutschen Zentrum für Lungenforschung untersucht, um sie

in die Therapiekonzepte mit einzubeziehen.

Früherkennung verbessern

Lungenkrebs ist in Deutschland die am häufigsten auftretende Krebsart mit Todesfolge. Leider ist es der Medizin in den letzten Jahrzehnten nicht gelungen, die Überlebenschance bei der Diagnose Lungenkrebs entscheidend zu erhöhen. Das liegt häufig daran, dass der Lungenkrebs zu spät entdeckt wird, weil er lange keine Beschwerden verursacht. Hier ist die Forschung des Zentrums stark darauf ausgerichtet, erfolgreiche Strategien der Früherkennung zu erproben. Außerdem werden die Mechanismen ergründet, die zu dem aggressiven Wachstum der Lungenkrebszellen führen.

Patienten beteiligen

Die Forschung kann nur dann Fortschritte machen, wenn die betrof-

fenen Patienten mit einbezogen werden. Patienten in den vier Standorten im Norden werden in den nächsten Jahren gebeten, sich an Untersuchungen zu beteiligen, die zunächst der Grundlagenforschung dienen. Dies könnte zum Beispiel bedeuten, dass die Teilnehmer aufgefordert werden, zu regelmäßigen Visiten in die Forschungszentren zu kommen und Blut- oder Gewebeprobe abzugeben. Im nächsten Schritt ist dann geplant, bei den Erkrankten die neu entwickelten Therapieformen unter Beobachtung anzuwenden und zu erproben.

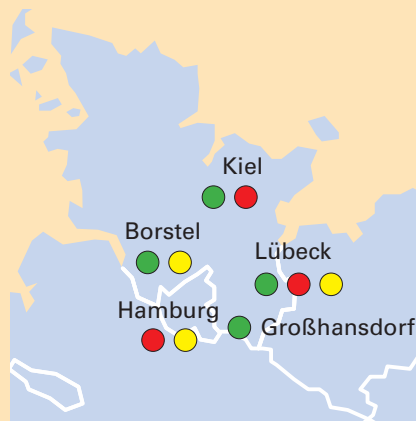
Prof. Dr. Klaus F. Rabe, Ärztlicher Direktor, Krankenhaus Großhansdorf, und Dr. Henrik Watz, Pneumologisches Forschungsinstitut am Krankenhaus Großhansdorf

► ZENTREN DER GESUNDHEITSFORSCHUNG IN SCHLESWIG-HOLSTEIN

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) hat 2011 vier neue Deutsche Zentren der Gesundheitsforschung gegründet. Ein international besetztes Expertengremium wählte dafür aus 77 Anträgen 27 Partnerstandorte für die Forschungszentren aus. Schleswig-Holstein ist mit vier Standorten ganz vorne dabei mit Lungenforschung, Herz-Kreislauf-Forschung und Infektionsforschung.

Das Forschungszentrum Borstel, die Universität zu Lübeck, die Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und das Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie der Klinik Großhansdorf bilden einen Standort für das Deutsche Zentrum für Lungenforschung (DZL).

Gemeinsam mit drei Einrichtungen in Hamburg konnten die Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und die Universität zu Lübeck erfolgreich einen Antrag als Partnerstandort für das Deutsche Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK) einreichen.



Vier Partnerstandorte für die Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung

Zudem wurden die Universität zu Lübeck und das Forschungszentrum Borstel mit Einrichtungen in Hamburg zu Partnerstandorten des Deutschen Zentrums für Infektionsforschung (DZIF) ernannt.

Seit 2009 gründet die Bundesregierung Deutsche Zentren der Gesundheitsforschung, um Kapazitäten und Qualitäten der deutschen Forschung zu bündeln und somit die Gesundheitswirtschaft zu stärken. In den Zentren arbeiten die Wissenschaftler interdisziplinär mit dem Ziel, neue Forschungsmethoden möglichst

schnell in die medizinische Praxis umzusetzen. Dabei spielt die Vernetzung der Standorte eine große Rolle, da man gemeinsam besser und erfolgreicher klinische Studien durchführen und die Einführung und Wirksamkeit neuer Therapieansätze umfangreicher und genauer bewerten kann.

Die Forschungsaktivitäten spielen im Wissenschaftsjahr 2011 eine besondere Rolle – das diesjährige Thema lautet „Forschung für unsere Gesundheit“. Das Wissenschaftsjahr wird seit 2000 vom BMBF ausgerichtet, um vor allem junge Menschen für die verschiedenen Forschungsdisziplinen zu interessieren. In öffentlichen Veranstaltungen, Wettbewerben und Aktionen sollen interessierte Laien an den Aufgaben und Ergebnissen der Wissenschaft teilhaben.



Forschen, entwickeln, beraten

Versorgungsforschung bildet das gemeinsame Dach für verschiedene Wissenschaften, die sich mit Fragen zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung beschäftigen. Sie hat die Aufgabe, die Situation der medizinischen Versorgung zu untersuchen, Strategien zur Verbesserung zu entwickeln und deren Umsetzung unter Alltagsbedingungen zu evaluieren. Im akademischen Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung der Universität Lübeck gibt es dazu eine Reihe von Forschungsvorhaben.

Nicht erst seit heute beschäftigt sich die Wissenschaft mit den Fragen,

- wie die medizinische Versorgung unserer Bevölkerung beschaffen ist und welche Qualität sie aufweist,
- was die Versorgung aktuell bestimmt und worauf sie sich einstellen muss,
- in welche Richtung und unter welchen Wertmaßstäben sie sich weiterentwickeln soll und
- mit welchen Mitteln man das erreichen und unter wissenschaftlicher Kontrolle fördern kann.

Solche Fragen werden schon seit vielen Jahrzehnten gestellt und beantwortet, auch in Deutschland. Daran waren und sind verschiedene Wissenschaften beteiligt: Fächer der klinischen Medizin, Sozialmedizin und Epidemiologie, Psychologie und Soziologie, Wirtschafts-, Politik- und Rechtswissenschaften, Ethik und andere.

Interessenneutrale Empfehlung

Jetzt geht es darum, diese verschiedenen Perspektiven unter ein gemeinsames Dach zu bringen. Für dieses Dach steht der Begriff Versorgungsforschung. Deren Hauptziel ist es, mit wissenschaftlichen Mitteln dazu beizutragen, die medizinische Versorgung national, regional und schließlich auch in „meiner Stadt“ und „meinem Dorf“ menschenfreundlich und gerecht weiterzuentwickeln. Dazu muss sie sich auch mit den Leitwerten der Weiterentwicklung beschäftigen. Denn medizinische Versorgung steht im Brennpunkt ganz unterschiedlicher Interessen, für die unter anderem die Stichworte „Wohlergehen einzelner Patienten(gruppen)“, „Wohlfahrt der gesamten Bevölkerung/Public

Health“, „Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung“, „Gesundheitswirtschaft/Standort Deutschland“ stehen. In den letzten Jahren ist die Lage insgesamt unübersichtlicher und konflikträchtiger geworden. Der Problemdruck auf die und in der Versorgung hat zugenommen – aufgrund der alternden Bevölkerung, der Zunahme chronischer Krankheiten, des meist kostenträchtigen medizinischen Fortschritts und der Einnahmegrenzen der gesetzlichen Krankenversicherungen. Die Versorgungsforschung soll mit neutralem Blick von außen die Situation der medizinischen Versorgung erforschen, alle Interessen und Perspektiven in diese Untersuchung einbeziehen, um dann Strategien für die Weiterentwicklung zu formulieren. Von einer interdisziplinären Versorgungsforschung erhofft sich auch die Politik interessenneutrale Klärungen, Daten und Empfehlungen.

Versorgungsforschung in Lübeck

2008 wurde an der Universität zu Lübeck das akademische Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung gegründet – mit dem damaligen Institut für Sozialmedizin als Kern. Heute umfasst es etwa 20 Arbeitsgruppen, Institute und Kliniken mit rund einem Dutzend Professuren. In dem Zentrum arbeiten unter anderem Ärzte verschiedener Fächer, Epidemiologen, Soziologen, Psychologen, Ökonomen, Statistiker, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler eng zusammen. Ganz aktuell steht das Thema der „Früherkennung und Sekundärprävention“ im Mittelpunkt unserer Arbeit. Beispielsweise wird in Lübeck derzeit intensiv das Hautkrebs-Screening untersucht. In den Jahren 2003 bis 2004 haben etwa 360.000 Schleswig-Holsteiner an der weltweit einmaligen Erprobung dieser neuen Früherkennungsmethode teilgenommen, erste Analysen deuten auf eine Reduktion der

Priorisierung der Medizin

„Demographische Veränderungen und medizinische Innovationen führen aufgrund erhöhter Nachfrage bei zugleich begrenzten Ressourcen zu einem zunehmenden Kostendruck im Gesundheitssektor. Es ist bereits heute absehbar, dass nicht mehr alle bisherigen Leistungen für alle gesetzlich Krankenversicherten finanziert werden können. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Prioritätenbildung beziehungsweise Auswahlentscheidung. Bislang werden Fragen nach Prioritäten medizinischer Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung von ärztlichen und politischen Entscheidungssträ-

gern weitgehend pragmatisch und ad hoc entschieden. Es fehlen klare Konzepte und Verfahren.

Ziel des Projektes „Priorisierung in der Medizin“ der DFG-Forscherguppe FOR655 ist es, systematisch durch disziplinübergreifende, theoretische und empirische Untersuchungen und Analysen in verschiedenen Teilprojekten Fragen der Priorisierung unter besonderer Berücksichtigung der Betroffenen, also Patienten, Mediziner, Bürger zu beantworten und möglicherweise Leitlinien zur Priorisierung zu erstellen.“

Textauszug aus www.priorisierung-in-der-medizin.de

Krankheitslast und hautkrebspezifischen Sterblichkeit hin.

Leitwerte bestimmen

Schon länger beschäftigt sich das Team vom Zentrum für Versorgungsforschung mit der Frage: „Was ist uns wichtig in der medizinischen Versorgung und wie können wir über Prioritäten entscheiden?“ Hierzu nimmt eine Arbeitsgruppe am Zentrum an einer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Forschergruppe (FOR655) teil. Diese hat im Sommer 2010 in Lübeck eine Bürgerkonferenz organisiert, um diejenigen nach ihren Interessen zu befragen, um die es in der medizinischen Versorgung geht: die Bürgerinnen und Bürger. Die Veranstaltung endete, nach rund 60 Stunden Beratung, mit einem schriftlichen Votum der insgesamt 19 Bürger Lübecks, in dem es um die Werte und Kriterien einer Priorisierung im Feld der Medizin ging. Die Bürgerkonferenz hat gezeigt, dass Bürger in der Lage sind, sich mit einem komplexen und bisher nur in Fachkreisen diskutierten Thema

auseinanderzusetzen und dass sie gewichtige inhaltliche Beiträge erarbeiten können.

Strategien gegen Krankheiten

Der Fokus der Versorgungsforschung liegt auf Krankheiten und Gesundheitsgefährdungen, ihre Prävention, Diagnostik, Prognostik, Therapie, Rehabilitation und/oder Palliation unter Nutzung medizinischer Mittel und Professionen. Forschergruppen am Zentrum konzentrieren ihre Arbeit daher beispielsweise auf Probleme von chronisch kranken Kindern, Erwachsenen und Senioren sowie auf die medizinische wie berufliche Rehabilitation. Dabei bilden Krebserkrankungen einen besonderen Forschungsschwerpunkt. Wichtig ist hierzu die enge personelle und sachliche Verbindung zwischen dem Institut für klinische Epidemiologie der Universität zu Lübeck und der Registerstelle des Krebsregisters Schleswig-Holstein, geführt vom Institut für Krebs Epidemiologie e. V. (IKE). Das IKE hat in vielen Fällen geholfen, den Verdacht auf eine lokale Häufung von Krebsfällen aufzuklären.

Ein Beispiel ist hier die Untersuchung der Krebshäufigkeit in Lübeck. Aufgrund einer erhöhten Krebsrate unter Mitarbeitern der in unmittelbarer Nähe gelegenen Mülldeponie Ihlenberg (östlich von Lübeck) wurde eine erhöhte Krebsrate in der Lübecker Bevölkerung insgesamt befürchtet. Eine ausführliche kleinräumige Analyse im Oktober 2009 konnte die Befürchtung erfreulicherweise nicht bestätigen. In anderen Projekten hat das IKE zur Verbesserung der Versorgung von Brustkrebspatientinnen beigetragen: An dem bundesweit einzigartigen Projekt zur Qualitätsgesicherten Mamma-Diagnostik (QuaMaDi) nehmen jedes Jahr etwa 70.000 Frauen teil. Diese und andere Forschungsarbeiten bilden eine solide Grundlage für die regional und national oft angefragte wissenschaftliche Politikberatung.

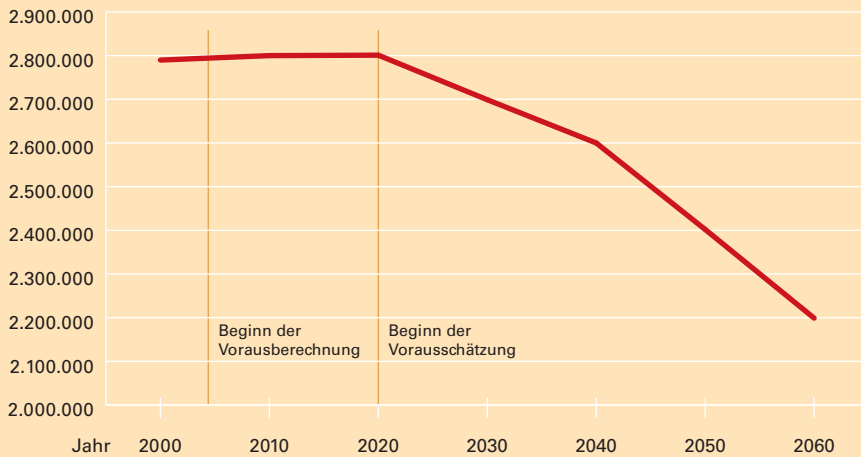
Prof. Heiner Raspe,
Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin der Universität Lübeck
Prof. Alexander Katalinic, Direktor des Instituts für Klinische Epidemiologie der Universität Lübeck

The advertisement features logos for several health insurance providers: **Techniker Krankenkasse** (TK) with the tagline "Gesund in die Zukunft.", **BARMER GEK** with the tagline "die gesund experten", **DAK** with the tagline "Unternehmen Leber", **vdek** with the tagline "Die Ersatzkassen", **HEK** (HANSEATISCHE KRANKENKASSE), **KKH**, **Allianz** (with the Allianz logo), and **hkk** (Erste Gesundheit).

Ihre Ersatzkassen in Schleswig-Holstein
Die mitgliederstärkste Krankenversicherungsgemeinschaft

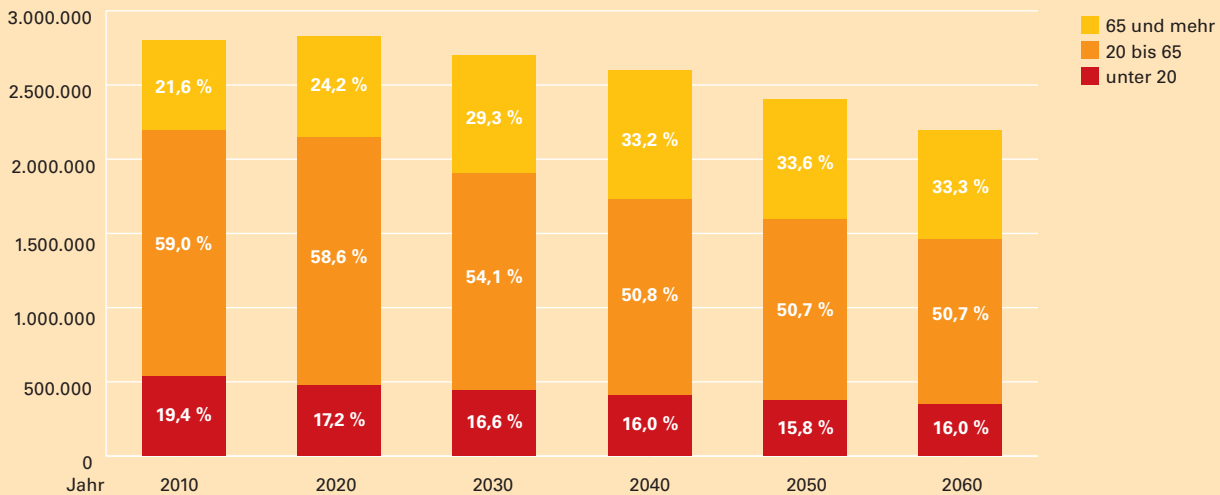
► DATEN ZUM GESUNDHEITSLAND SCHLESWIG-HOLSTEIN

Bevölkerungsentwicklung für Schleswig-Holstein 2000 bis 2060



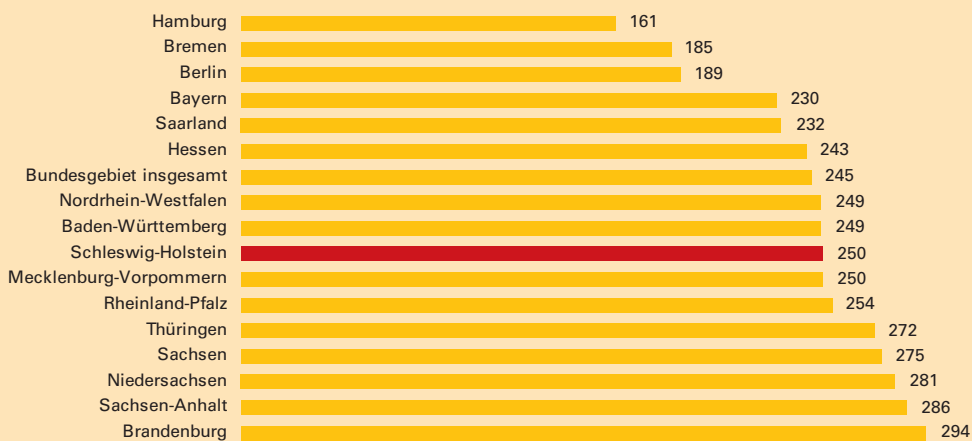
Quelle: Statistisches Bundesamt 2010

Bevölkerungsveränderung in Schleswig-Holstein bis 2060 nach Altersgruppen



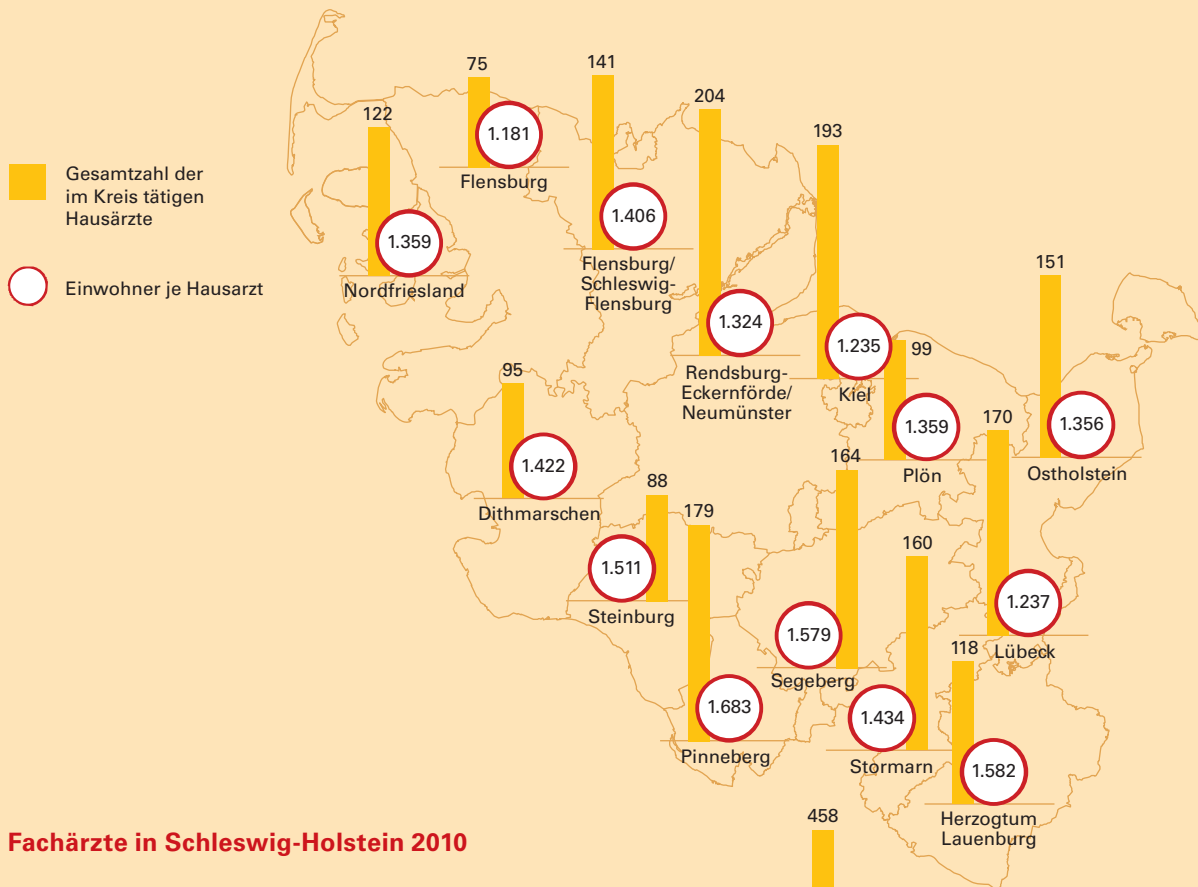
Quelle: Statistisches Bundesamt 2010

Einwohner je Arzt in den Bundesländern 2010

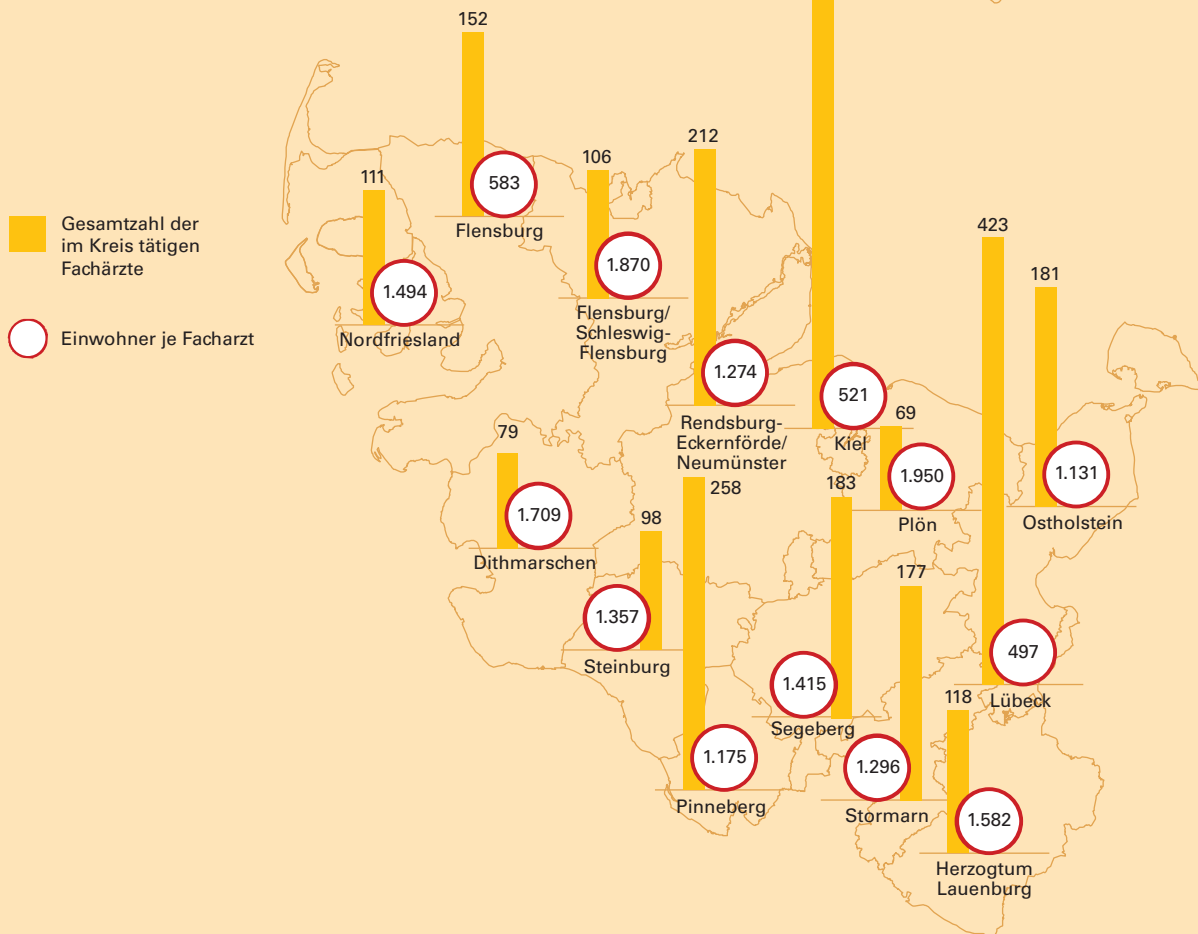


Quelle: Bundesärztekammer 2010

Hausärzte in Schleswig-Holstein 2010



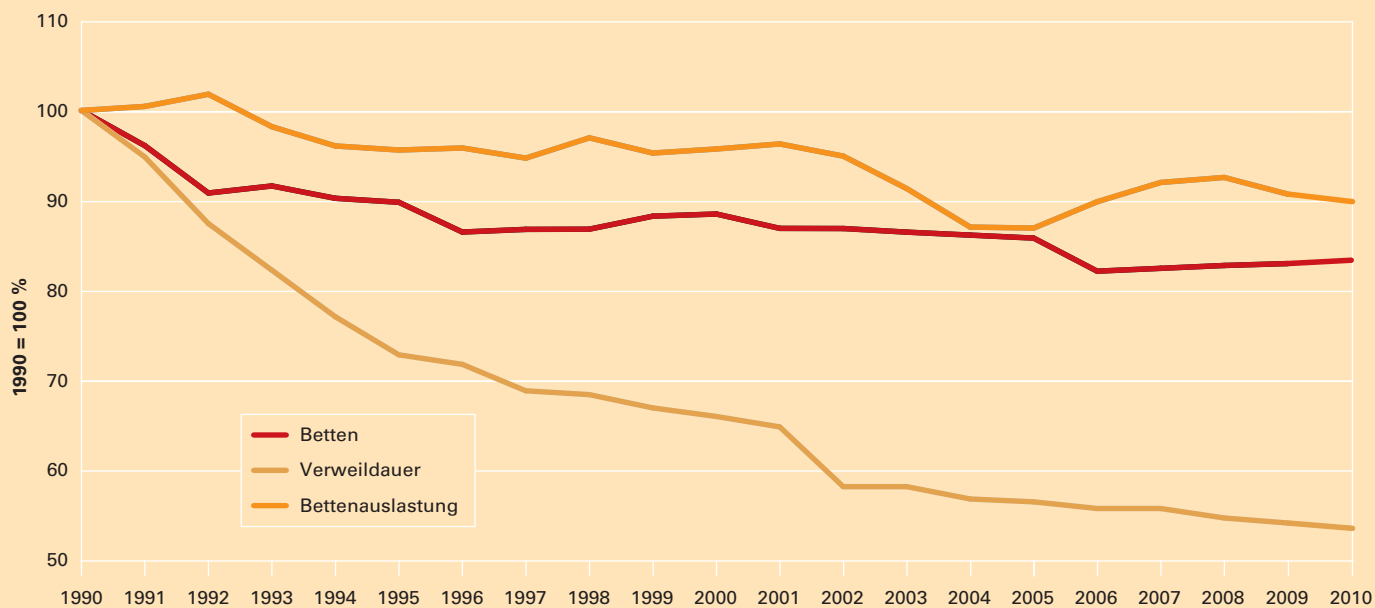
Fachärzte in Schleswig-Holstein 2010



Quelle: KVSH 2011

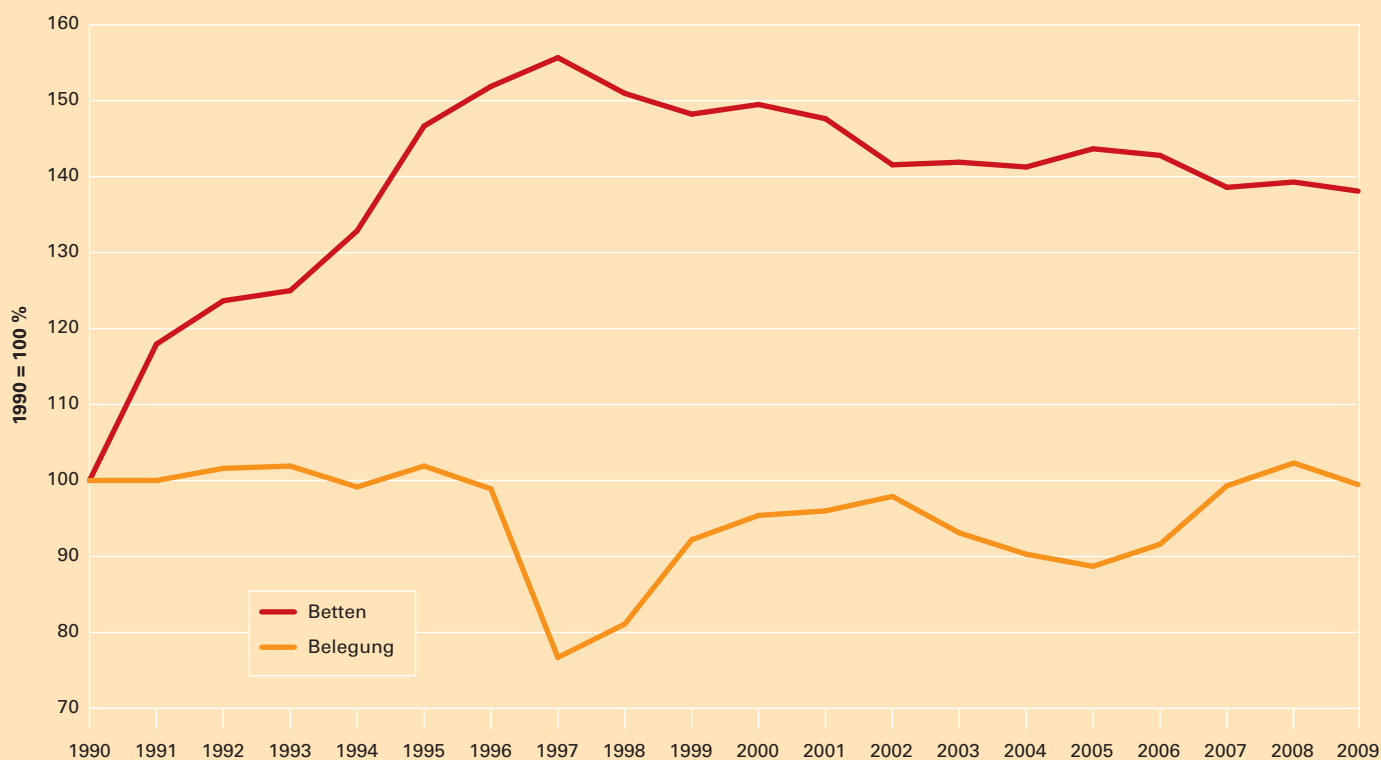
► DATEN ZUM GESUNDHEITSLAND SCHLESWIG-HOLSTEIN

Entwicklung ausgewählter Krankenhausdaten in Schleswig-Holstein 1990 bis 2010



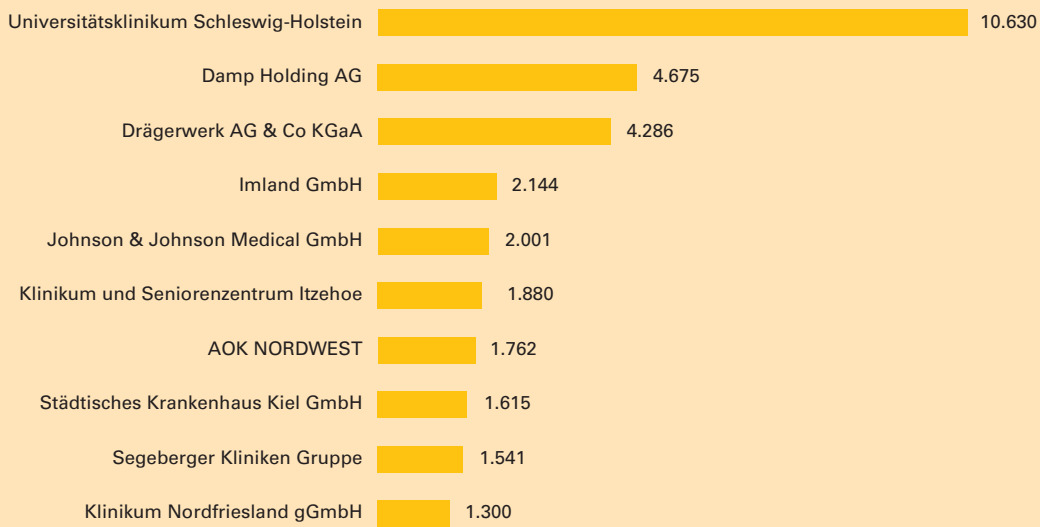
Quelle: Statistikamt Nord 2011

Entwicklung ausgewählter Daten schleswig-holsteinischer Reha-Einrichtungen 1990 bis 2009



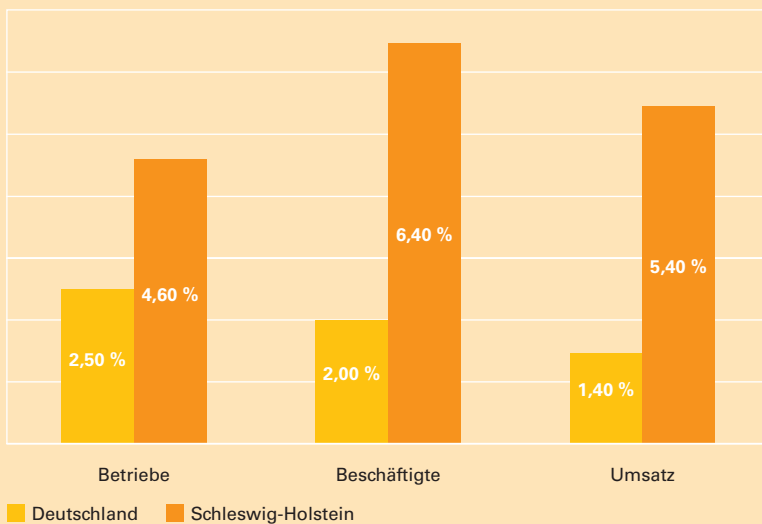
Quelle: KGSH 2011

Die 10 größten Arbeitgeber in der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein



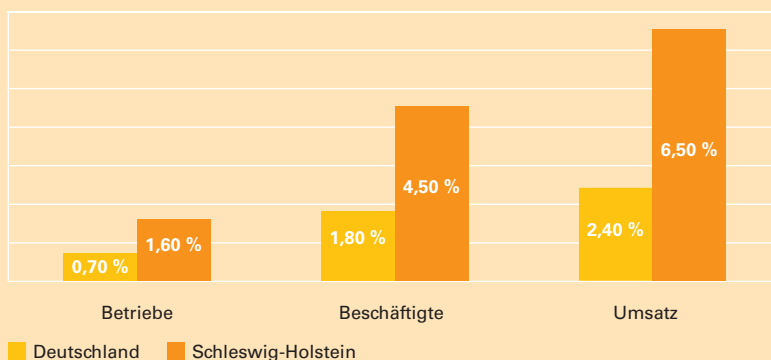
Quelle: HSH Nordbank 2011

Medizinische Geräte und orthopädische Erzeugnisse 2010 in Prozent des verarbeitenden Gewerbes



Quelle: Statistikamt Nord, Statistisches Bundesamt 2010

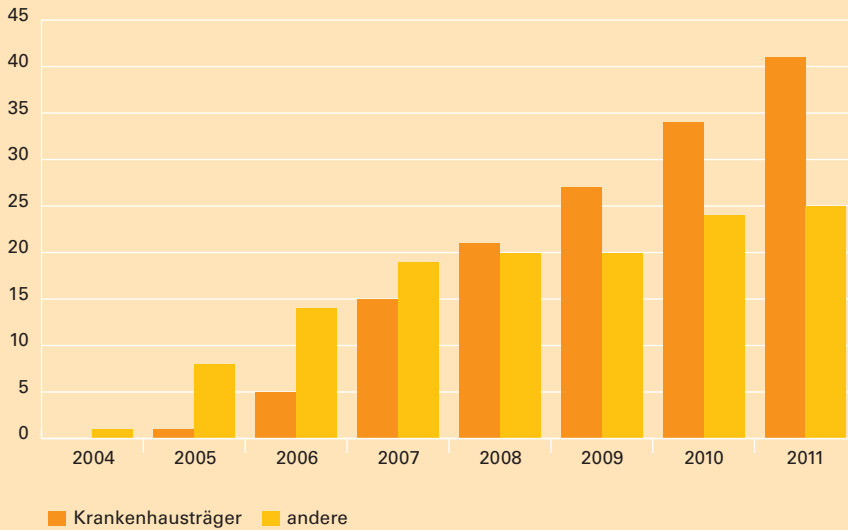
Pharmazeutische Erzeugnisse 2010 in Prozent des verarbeitenden Gewerbes



Quelle: Statistikamt Nord, Statistisches Bundesamt 2010

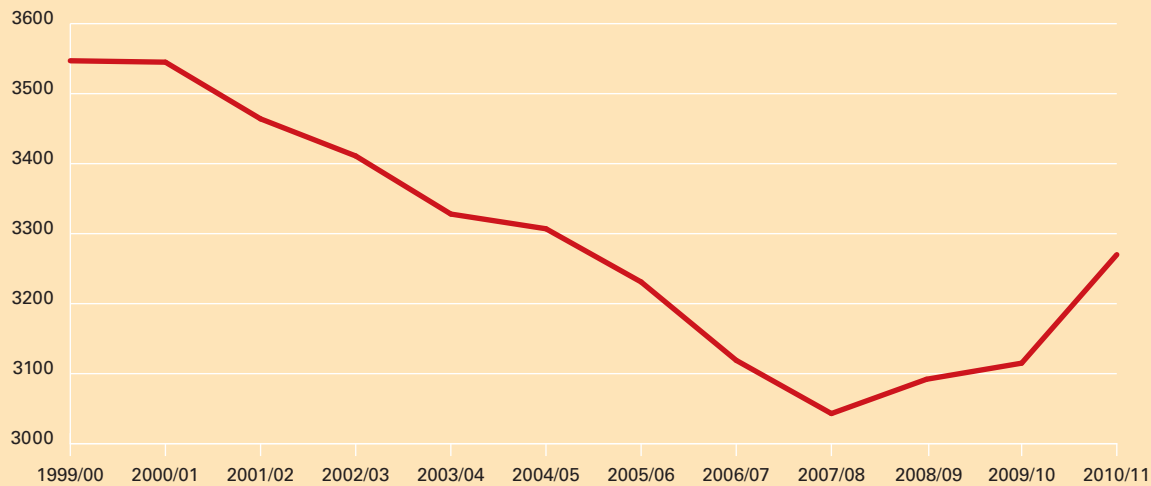
► DATEN ZUM GESUNDHEITSLAND SCHLESWIG-HOLSTEIN

Anzahl der medizinischen Versorgungszentren in Schleswig-Holstein



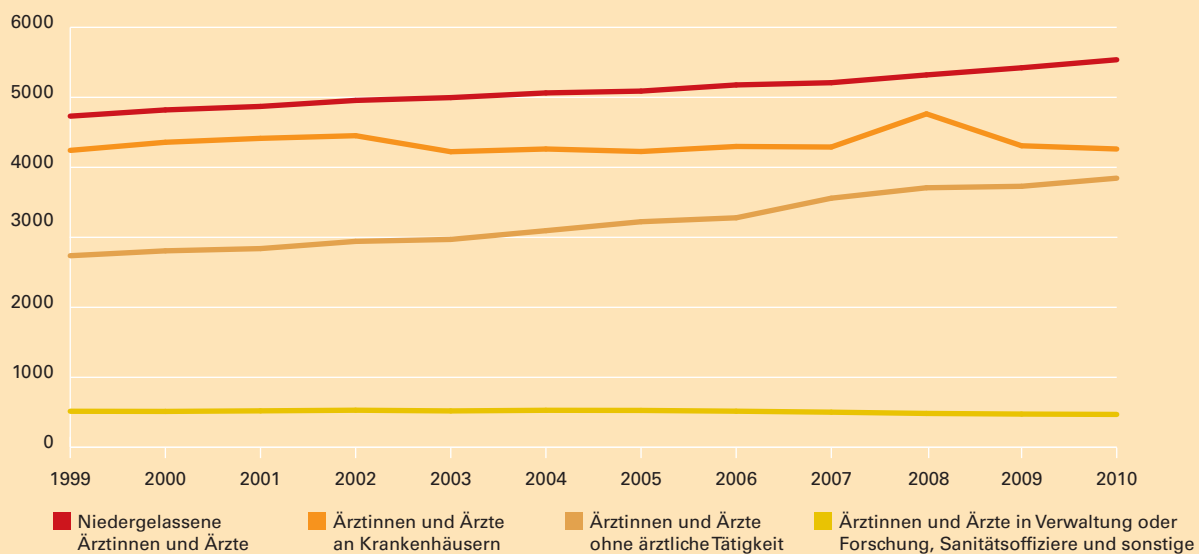
Quelle: KVSH 2011

Studierende im Studienfach Allgemeinmedizin 1999 bis 2010



Quelle: Statistikamt Nord 2011

Anteil der Arztgruppen in Schleswig-Holstein 1999 bis 2010



Quelle: Ärztekammer Schleswig-Holstein 2011

DAK

Unternehmen Leben

Gesund leben. Doppelt profitieren.

Die DAK, Deutschlands innovativer Krankenversicherer, bietet ausgezeichnete Angebote, die Freude bereiten: zum Beispiel Tarife, die Gesundheitsvorsorge belohnen. Denn wir wollen, dass Sie Ihr Leben lieben. Jederzeit.

www.dak.de/probalance



SEGEBERGER
KLINIKEN
GRUPPE



- HERZ-, KREISLAUF- U. GEFÄSSERKRANKUNGEN ■ HERZCHIRURGIE ■ NEUROLOGIE
- PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE ■ ALLGEMEINE KLINIK
- PRÄVENTION ■ REHABILITATION ■ PFLEGE

Am Kurpark 1 · 23795 Bad Segeberg · Tel. 04551 / 802-0 · www.segebergerkliniken.de

Aus Sicht der Patientin

Das Brustzentrum Herzogtum Lauenburg befragt seine Patientinnen zu vier Zeitpunkten, wie sie ihre Versorgung beurteilen. Aus den Ergebnissen werden Maßnahmen zur Verbesserung entwickelt. – Ein Beispiel dafür, wie Patientenorientierung für die sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung genutzt wird.

Bei Patientinnen mit Brustkrebs wechseln Diagnostik, Behandlung und Nachsorge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Für das Brustzentrum Herzogtum Lauenburg (BzHzgtL) ist hierbei die Beurteilung der Behandlung und Betreuung aus Sicht der Brustkrebspatientinnen besonders wichtig. Dazu werden die Patientinnen zu vier Zeitpunkten schriftlich befragt: bei der Entlassung sowie sechs Monate, zwölf Monate und 36 Monate danach.

Ergebnisse der Befragungen

Wenn der Verdacht auf Brustkrebs geäußert wird, ist der nächste Schritt ein Termin in der Brustsprechstunde. Dort wird der Verdacht abgeklärt und die weitere Therapie geplant. Hier ist eine rasche Terminvergabe genauso anzustreben wie eine möglichst kurze Wartezeit während des Termins. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass im BzHzgtL drei von vier Patientinnen innerhalb von vier Tagen einen Termin zur Brustsprechstunde erhalten. 99,1 Prozent der Patientinnen haben aktuell innerhalb von zwei Wochen einen Termin bei einem Brustspezialisten des BzHzgtL. Rund 82 Prozent der Patientinnen warten maximal 30 Minuten auf ihre Besprechung. Verbesserungsmöglichkeiten wur-

den hingegen bei der Vorbereitung auf die Entlassung festgestellt: Die Frauen gaben an, relativ wenig Informationen über mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten sowie über Unterstützungsmöglichkeiten durch Selbsthilfegruppen und Verhaltenstipps zu erhalten.

Eine zentrale Rolle in der Nachsorge der Brustkrebspatientinnen spielen die hiermit betrauten niedergelassenen Ärzte. Hier gilt es die Patientinnen adäquat in die Planung und Organisation der Nachsorgeuntersuchungen einzubeziehen. Insgesamt kommen die Befragten dabei zu einem relativ positiven Urteil. Drei Jahre nach Entlassung fühlen sie sich zu knapp 90 Prozent vollständig oder mit geringen Abstrichen einbezogen. Knapp 97 Prozent der Patientinnen sind insgesamt mit ihrem mit der Nachsorge betrauten Arzt sehr zufrieden oder eher zufrieden. Gleichwohl ergeben sich auch hier Verbesserungsmöglichkeiten. So empfanden die Patientinnen beispielsweise das Verhalten des Arztes als übervorsichtig und fühlten sich durch einige Aussagen verunsichert.

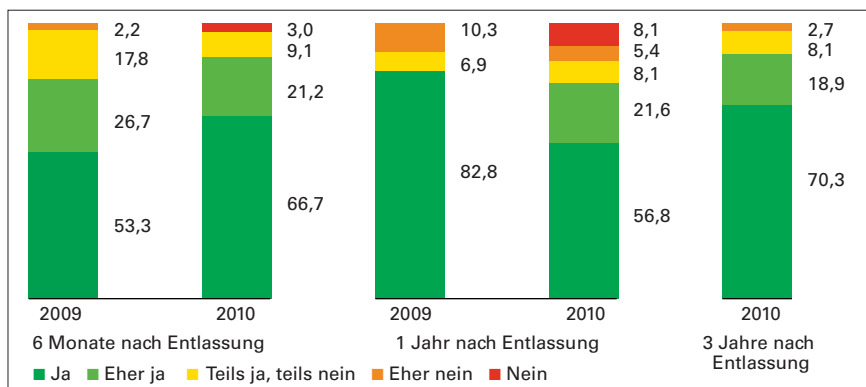
Konsequenzen der Befragung

Die Patientenbefragungen finden seit 2006 statt. Die jährlichen Auswertungen zeigen zu weiten Teilen eine große Zufriedenheit der

Befragten. Gleichwohl liefern die Ergebnisse Hinweise auf Optimierungsmöglichkeiten, die das Brustzentrum genutzt hat. So wurde vor allem frühzeitig der Wunsch nach mehr Informationen über die Krankheit und deren Behandlungsmöglichkeiten in Form von einer leicht verständlichen Informationsbroschüre umgesetzt. Die Broschüre hilft auch in der Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt: Weitere Unterstützungsmöglichkeiten werden genannt, zum Beispiel Selbsthilfegruppen und Rehabilitationsmaßnahmen. Ein besonderer Fokus ist zuletzt darauf gelegt worden, den Patientinnen Fähigkeiten aufzuzeigen, die ihnen helfen, besser mit ihrer Krankheit im Alltag zu leben. Hier konnte im Jahr 2010 eine deutliche Verbesserung gegenüber den Vorjahren erzielt werden.

Das BzHzgtL ist ein Beispiel für ein funktionierendes Netzwerk der sektorenübergreifenden wohnortnahen Versorgung. Gerade die in den Patientenbefragungen zum Ausdruck kommende hohe Zufriedenheit der Brustkrebspatientinnen zeigt – ergänzt um die guten Ergebnisse im Rahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung – dass es nicht immer die Konzentration der Behandlung an einem Ort sein muss. Dies gilt insbesondere dann, wenn dem Patientenwunsch nach einer wohnortnahen Behandlung mit der entsprechenden persönlichen Zuwendung mit mindestens gleicher Versorgungsqualität wie in großen Zentren entsprochen werden kann.

Dr. F.-Michael Niemann, K & N Gesellschaft für Informationsmanagement und Forschung im Gesundheitswesen mbH



Bewertung der Einbeziehung der Patientinnen des BzHzgtL in die Planung und Organisation der Nachsorgeuntersuchungen im Zeitraum 2009 bis 2010 in Prozent

Qualität leben

Qualitätsmanagement (QM) ist ein Bestandteil der modernen Arztpraxis und trägt zur Verbesserung der Abläufe bei. Denn QM bedeutet, sich über sein Tun Gedanken zu machen, es in Worte zu fassen und damit Transparenz zu erzeugen. So können Aufgaben leicht an andere abgegeben, Fehler und Verbesserungspotenziale aufgedeckt werden. Dies hilft nicht nur dem Praxispersonal, sondern kommt vor allem den Patienten zugute – und kann sogar richtig Spaß machen.

Voraussetzung für ein erfolgreiches QM ist, aus Fehlern zu lernen und sich verbessern zu wollen. In unserer Praxis kam es beispielsweise einmal vor, dass der Notfallkoffer benutzt und hinterher nicht wieder aufgefüllt wurde. Beim nächsten Notfall verstrich dann wertvolle Zeit, in der eine Mitarbeiterin das notwendige Material aus dem Lager holen musste. In diesem speziellen Fall hatte das glücklicherweise keine negativen Folgen, aber so etwas darf natürlich nicht vorkommen. Wir haben uns daraufhin zusammengesetzt und überlegt, wie wir den Fehler in Zukunft vermeiden können. Die Idee: eine Checkliste, welche Materialien im Notfallkoffer vorhanden sein müssen und wer für die Auffüllung zuständig ist. Der Koffer ist seitdem immer vollständig einsatzbereit. Das gibt dem Team ein sicheres Gefühl, spart Zeit und motiviert zu weiteren Verbesserungsvorschlägen.

Für die erfolgreiche Arbeit mit QM ist es außerdem notwendig, dass die Praxisleitung voll und ganz dahintersteht. Sie muss den Mitarbeitern Zeit geben beispielsweise für die Erstellung der genannten Checkliste. Zum anderen muss sie Prioritäten setzen, welche Veränderungen und künftigen Anforderungen umgesetzt werden sollen.

Regelmäßige Selbstbewertung

Wir machen bei uns in der Praxis einmal im Jahr eine Selbstbewertung. Dabei bewerten alle Teammitglieder die Abläufe und Regularien in der Praxis. Aus den Ergebnissen dieser Ist-Analyse formulieren wir mit dem gesamten Team Ziele, die den Motor für den ständigen Verbesserungsprozess bilden: Wo wollen wir hin? Was wollen wir erreichen? Diese (Unternehmens-)Ziele wiederum bilden die



Dank einer Checkliste ist der Notfallkoffer immer einsatzbereit.

Grundlage für eine konkrete Maßnahmenliste. Ein Beispiel: Die letzte Selbstbewertung ergab, dass häufiger Mängel in der Aufbereitung von Instrumenten auftraten und diese daher erneut gereinigt werden mussten. Wir haben daraus das Ziel formuliert „Instrumente sollen so aufbereitet werden, dass sie zur nächsten Behandlung hygienisch einwandfrei bereitliegen“. Als konkrete Maßnahme haben wir eine Arbeitsanweisung formuliert, die jede/-n Mitarbeiter/-in befähigt, die Instrumente korrekt aufzubereiten. Der Erfolg war nach einer kurzen Eingewöhnungsphase spürbar für uns Mitarbeiter (keine Doppelarbeit) und die Patienten (geringere Wartezeiten).

Alles steht im Handbuch

Das Herzstück eines guten QM ist das Qualitätsmanagementhandbuch (QMH). Hier ist alles schriftlich festgehalten, was zum Organisationsprozess der Praxis dazugehört. Also die oben erwähnten Unternehmensziele und Vorgaben beispielsweise in Form von Checklisten, Verantwortlichkeiten, Aufbewahrungsorten. Auch Arbeitsanwei-

sungen zu wiederkehrenden Praxisabläufen von der Terminabsprache über die Routineuntersuchung bis zum Notfall werden dort vermerkt. Diese helfen insbesondere neuen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, Urlaubs- und Krankheitsvertretungen, Auszubildenden. Aber auch langjährige Mitarbeiter/-innen sind manchmal darauf angewiesen, dass sie den Ablauf einer seltenen Tätigkeit nachlesen, um sie mit gleichbleibend guter Qualität durchführen zu können. Im QMH steht sozusagen das gemeinsam festgelegte „Gesetz“ der Praxis.

Und was hat der Patient davon?

Qualitätsmanagement betreibt man nicht zum Selbstzweck. Der Patient steht bei QM im Mittelpunkt, alle Abläufe und Ziele der Praxis sind auf sein Wohl ausgerichtet. Der Patient erfährt am eigenen Leib, ob die Qualität von Service und Praxisorganisation stimmt. So hat beispielsweise unsere im Rahmen des QM eingeführte Sprechstunde für Berufstätige einen regen Zulauf und bedeutet einen echten Mehrwert für unsere berufstätigen Patienten.

In einer Praxis mit „gelebtem“ QM kann sich der Patient darauf verlassen, dass alles dafür getan wird, dass Abläufe möglichst ohne Zeitverlust koordiniert werden, die Berufsgruppen optimal zusammenarbeiten, medizinische Versorgung ein hohes Niveau hat und freundliche, kompetente Mitarbeiter/-innen eine Selbstverständlichkeit sind und – falls dem an einigen Stellen noch nicht so ist – all dies kontinuierlich verbessert und weiterentwickelt wird.

Lara Rathje, Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen

Pay for Performance

Auf längere Sicht wird in einer älter werdenden Gesellschaft mit rasantem medizinischen Fortschritt Gesundheit mehr kosten als heute. Das ist akzeptabel, wenn zuvor alles unternommen wurde, um die bestmögliche Effizienz in der medizinischen Versorgung zu erreichen. Sektorenübergreifende Versorgung, Qualitätsverbesserung und -sicherung oder qualitäts- und leistungsorientierte Vergütung sind Schlagworte, die in gesundheitspolitischen Debatten dazu immer wieder auftauchen.

Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen und Leistungserbringern inzwischen eine Vielzahl von Möglichkeiten eingeräumt, in der Ausgestaltung der medizinischen Versorgung neue Wege zu gehen. Mit ihren Verträgen zur integrierten Versorgung will die Techniker Krankenkasse (TK) Effizienz und Effektivität in der medizinischen Versorgung nachhaltig verbessern – ausgerichtet auf die Bedürfnisse der Patienten.

Indem wir gezielt Anreize setzen, wollen wir unsere Vertragspartner motivieren, die gemeinsam definierten Ziele umzusetzen und Versorgungsprozesse in bestimmte Richtungen zu steuern. Anreize können dabei neben der herkömmlichen Vergütungsform für medizinisch erbrachte Leistungen auch erfolgsorientierte Vergütungen sein („Pay for Performance“ – P4P).

Bei psychischen Krankheiten

Das Besondere an dem Vertrag im „Netzwerk psychische Gesundheit“ zur Versorgung psychisch kranker Menschen ist neben den Leistungsinhalten die Vergütung. Sie setzt sich zusammen aus einer festen Versorgungspauschale pro Versicherten und Jahr sowie einer zusätzlichen Bonuszahlung für ausschließlich ambulant versorgte Teilnehmer. In der Vergütung ist auch eine Verrechnung von (teil-)stationären Kosten vorgesehen, da diese als prognostizierte Kosten bereits Bestandteil der Pauschale sind. Wird ein eingeschriebener TK-Versicherter stationär behandelt, so wird das Gesamtbudget beim Vertragspartner um die für die TK angefallenen stationären Leistungsausgaben gekürzt. Gleichzeitig entfällt für den Vertragspartner der vereinbarte Bonus

von zehn Prozent der Vergütungspauschale, wenn es zu einer stationären Einweisung kommt. Ausgenommen sind Einweisungen durch richterlichen Beschluss. So besteht für die Leistungserbringer ein finanzieller Anreiz, stationäre Behandlungen nach Möglichkeit zu vermeiden und gleichzeitig die Patienten optimal ambulant zu versorgen. Die Versorgungspauschale ist jedoch so bemessen, dass notwendige stationäre Behandlungen auch bezahlt werden.

Bei Schmerzpatienten

Für die Versorgung von Kopf- und Rückenschmerzpatienten wurde mit der Schmerzambulanz Kiel ein leistungsorientiertes Vergütungsmodell entwickelt. Dabei gibt der Leistungserbringer eine Erfolgsgarantie und die Vergütung richtet sich danach, ob er hält, was er versprochen hat. Als Ziel wurde definiert, dass krankheitsbedingt arbeitsunfähige Patienten nach Ende der Behandlungsphase wieder arbeitsfähig sind. Andernfalls greift eine Malusregelung und die TK erhält einen Teil der Behandlungskosten zurück. Tritt die Arbeitsfähigkeit binnen eines Monats nach Beginn der Behandlungsphase ein und wird der Patient innerhalb der nächsten sechs Monate nicht länger als sieben Tage aufgrund der Einschreibungsdiagnose arbeitsunfähig, greift eine Bonusregelung und der Leistungserbringer erhält einen Aufschlag auf die Behandlungskosten. Über die Bonus-Malus-Regelung werden die Leistungserbringer direkt am Erfolg ihrer Therapie gemessen.



Bei den innovativen Vergütungsmodellen wird der Behandlungserfolg kontrolliert.

Bilanz und Ausblick

Bisher zeichnet sich in beiden Versorgungsangeboten ein positives Bild ab. So kam in der Schmerztherapie von 531 erwerbstätigen Patienten bei 71 Prozent die Bonusregelung zum Tragen. Etwa 15 Prozent waren Malusfälle, 14 Prozent konnten nicht zugeordnet werden, weil zum Beispiel andere Erkrankungen im Vordergrund standen. Dies belegt aus unserer Sicht die Wirksamkeit der P4P-Vergütungsmodelle. Mit diesem System wird die Nachhaltigkeit der wiederhergestellten Arbeitsfähigkeit kontrolliert – ein neuer Ansatz für den Gesundheitsbereich. Das ist gut für die Leistungserbringer, die direkt am Erfolg ihrer Therapie gemessen werden, aber vor allem für die Patienten, Arbeitgeber und Kostenträger.

Das nächste Fachgebiet wird die Augenmedizin sein, in der wir eine ergebnisorientierte Vergütung im Rahmen eines komplexen Versorgungs- und Vergütungskonzepts anstreben.

Dr. Johann Brunkhorst, Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Schleswig-Holstein



Gemeinsam für Gesundheit im Norden



Asklepios Klinik Bad Oldesloe

Akutkrankenhaus der Grund- und Regelversorgung
Schützenstraße 55 · 23843 Bad Oldesloe
Tel.: (0 45 31) 68-0 · Fax: (0 45 31) 68-1589
E-Mail: info.badoldesloe@asklepios.com
www.asklepios.com/badoldesloe



Asklepios Klinik am Kurpark Bad Schwartau

Fachklinik für Orthopädie und Gynäkologie

Holstein Therme Bad Schwartau

Asklepios Medical Fitness

Am Kurpark 3 · 23611 Bad Schwartau
Tel.: (04 51) 2004-0 · Fax: (04 51) 2004-286
E-Mail: badschwartau@asklepios.com
www.asklepios.com/badschwartau



Asklepios Nordseeklinik Westerland/Sylt

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

Norderstraße 81 · 25980 Westerland/Sylt
Tel.: (046 51) 84-44 22 · Fax: (046 51) 84-10 59
E-Mail: sylt@asklepios.com
www.asklepios.com/sylt



ASKLEPIOS

Gemeinsam für Gesundheit

Forschung in Bewegung

Die Parkinson-Krankheit ist eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen im Alter. In Deutschland leben etwa 250.000 Menschen mit der Krankheit. In Schleswig-Holstein 3.000 bis 4.000 Menschen. Tendenz steigend. Heilbar ist die Krankheit bisher nicht. Im Neurozentrum Kiel wird intensiv nach Ursachen der Erkrankung und innovativen Therapieansätzen geforscht.

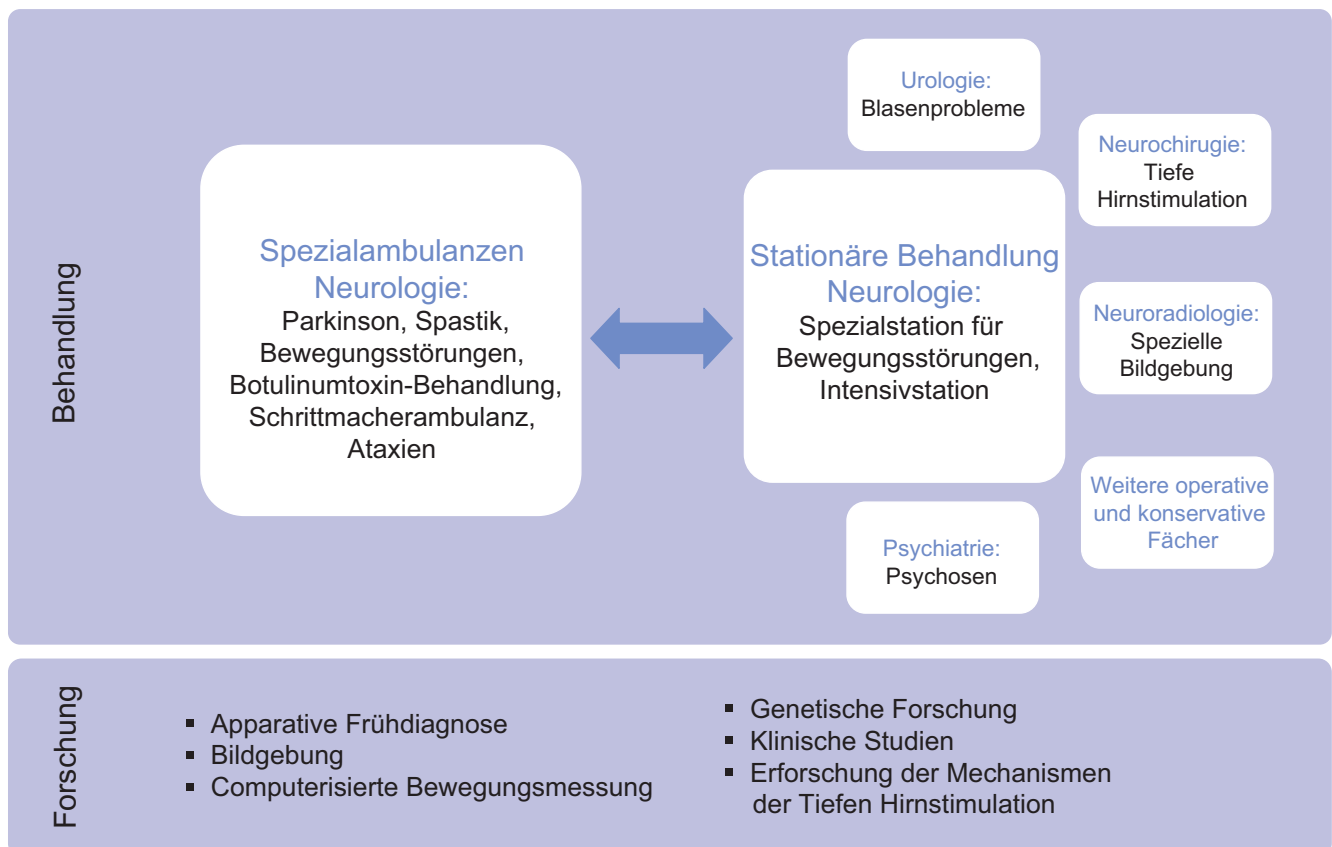
Die Parkinson-Krankheit geht hauptsächlich mit den Symptomen Bewegungsverlangsamung, Muskelverspannung und Zittern in Ruhe einher. Hinzu kommen oft leichte Depressionen, die Verlangsamung des Denkens und vegetative Symptome wie Blasenstörungen oder Verstopfung. Der Grund für diese Beschwerden ist das Absterben einer gut bekannten Zellgruppe, des schwarzen Kerns im Gehirn. Die Ursache für den sogenannten „Zelluntergang“ bei dieser Erkrankung ist jedoch noch nicht bekannt. Sicher ist nur, dass sowohl genetische Faktoren als auch Umweltfaktoren wie beispielsweise die Trinkwasserqualität maßgeblich zu der Entwicklung beitragen.

Interdisziplinäre Forschung

An der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel gibt es seit Anfang der 90er-Jahre einen Forschungsschwerpunkt Neurowissenschaften, der zu den drei großen Forschungsschwerpunkten der Fakultät zählt. Heute ist der Parkinson-Schwerpunkt im Neurozentrum Kiel am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) etabliert. Dort werden derzeit etwa 500 Patienten stationär pro Jahr behandelt; mehrere Tausend Patienten aus ganz Deutschland suchen die Klinik zur ambulanten Therapie auf. Die große Patientenzahl ist Voraussetzung, um den Krankheitsverlauf erforschen und neue Diagnose- und Therapiemöglichkeiten entwickeln zu können. Viele Aspekte der Krank-

heit sind heute noch ungeklärt. Dazu gehören die nicht-motorischen Störungen, wie urologische Symptome (zum Beispiel Blasenstörungen) oder neuropsychologische Veränderungen (zum Beispiel die Verlangsamung des Denkens). Diese Störungen tragen erheblich zur Einschränkung der Lebensqualität der Patienten bei. Sie können heute schon teilweise behandelt werden, ihre Therapie muss aber weiterentwickelt werden.

Wegen der breit gefächerten Symptome werden eine ganze Reihe von weiteren Fachgebieten bei Patientenversorgung und Forschung eingebunden. Im UKSH sind das die Kliniken für Neurochirurgie, Psychiatrie, Urologie und die Institute für



Fachgebiete der interdisziplinären Forschung und Behandlung

Neuroradiologie, Anatomie, Physiologie, Biochemie und Pharmakologie.

Der Forschungsschwerpunkt ist beteiligt am bundesweiten Kompetenznetz „Parkinson-Syndrom“. Das Netz wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziell gefördert, mit dem Ziel, Expertenwissen zu bündeln und schneller in die Patientenversorgung zu bringen.

Genetische Veränderungen

Im Frühjahr 2011 hat ein internationales Konsortium unter maßgeblicher Mitarbeit der Kieler Forschergruppe gezeigt, dass wichtige Gene, zum Beispiel das Alpha-Synuclein-Gen und das Tau-Gen, bei den Erkrankten verändert sind. Diese Genveränderungen werden unter anderem auch bei der Alzheimer-Krankheit gefunden. Damit gibt es eine erste Verbindung zwischen den beiden Erkrankungen. Das Verständnis der genetischen Ursachen wird helfen, die Krankheitsmechanismen im Detail zu verstehen und daraufhin gezielt Medikamente zu entwickeln.

Der Forschergruppe ist auch der Nachweis gelungen, dass Entzündungen in den betroffenen Gehirnregionen den Zellabbau beschleunigen. Ein wichtiger Forschungsansatz ist daher, geeignete Entzündungshemmer zu finden, um damit den Fortschritt der Erkrankung zu bremsen.

Verschiedene Therapieansätze

Zur Bekämpfung der Krankheit gibt es verschiedene Therapieansätze, die im Parkinson-Zentrum intensiv erforscht werden. Die Kieler Forscher beteiligen sich unter anderem an großen internationalen Studien zu Medikamenten und anderen Therapieformen, zum Teil in leitender Funktion. So ist beispielsweise im Jahr 2010 nachgewiesen worden, dass ein erstes Medikament nicht nur die Symptome verbessert, sondern auch den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen kann. Das ist der Einstieg in eine neue Behandlungsqualität, da die bisherigen Parkinson-Medikamente bislang keine nachweisbare Wirkung auf das Fortschreiten der Erkrankung haben.

Stimulatoren ins Gehirn setzen

Das Neurozentrum Kiel gehört zu den bedeutendsten Implantationszentren für die „Tiefe Hirnstimulation“. Bei dieser Therapieform werden Elektroden in eine tiefe Kernregion des Gehirns operativ eingebracht, die dann mit einem von außen programmierbaren Stimulator, der unter der Haut der Schlüsselbeingrube sitzt, verbunden werden. Durch Dauerstimulation dieser Hirnregion können die Symptome gebessert werden. Eine deutsche Arbeitsgruppe unter Kieler Leitung konnte nachweisen, dass diese Methode die Lebensqualität von Erkrankten im fortgeschrittenen Stadium deutlich verbessern kann.

Erstaunlicherweise bessern sich damit nicht nur die motorischen Symptome, sondern auch die nicht-motorischen, wie Blasenstörungen.

Frühsymptome identifizieren

Das Parkinson-Forschungs- und Behandlungszentrum Kiel plant eine engere Kooperation mit den Lübecker Instituten, die sich besonders mit genetisch bedingten Bewegungsstörungen, darunter auch der Parkinson-Krankheit, beschäftigen. Dazu hat der Medizinausschuss Schleswig-Holstein einen eigenen Förderschwerpunkt „Neurobiomedizin“ entwickelt. Ziel ist, Symptome der Parkinson-Krankheit zu identifizieren, die Aufschluss über den Verlauf der Erkrankung geben. Man will an Frühsymptomen erkennen, welche besonderen Probleme bei einem Patienten drohen, und damit den Einstieg in eine individuelle Therapiestrategie finden. Um diese Frühsymptome zu identifizieren, sind viele Hundert Patienten nötig, die an den Studien teilnehmen. Auf der Internetseite www.kompetenznetz-parkinson.de werden Betroffene gezielt zur Teilnahme aufgerufen.

Prof. Günther Deuschl, Direktor
der Klinik für Neurologie, UKSH,
www.neurologie-kiel.uk-sh.de

wie geht?

Das Gesundheitsmagazin für Schleswig-Holstein und Hamburg



- Alle 2 Monate neu
- Informationen rund um Gesundheit und Medizin
- Aktuelles aus den Kliniken
- Neues aus Arztpraxen
- Gesundheitsexperten berichten
- Kostenlos in Arztpraxen, Kliniken und weiteren Gesundheitsanbietern

www.wiegehts-sh.de

Fincke-Werbung, Reinsbüttel • 04833 – 4554 0 • www.fincke-werbung.de

Das Norddeutsche Epilepsienetz

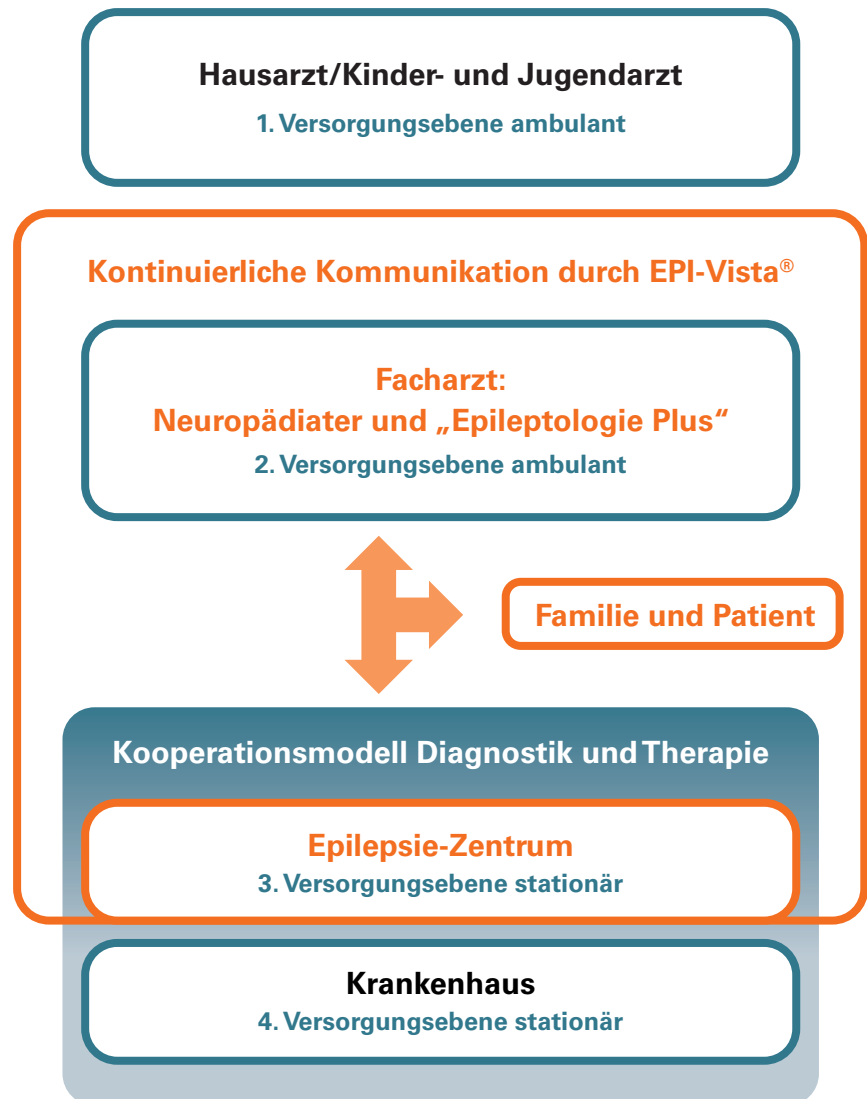
Wenn Epilepsie bei Kindern und Jugendlichen auftritt, so ist das im heutigen Versorgungssystem oft der Beginn einer viele Jahre dauernden und unkoordinierten Behandlungsodyssee. Darüber hinaus werden die erkrankten Kinder und Jugendlichen auch heute noch öffentlich ausgegrenzt und stigmatisiert, die psychosozialen Auswirkungen erstrecken sich auf das familiäre Umfeld. Eine rechtzeitige und fundierte Diagnostik und Therapie sind für den Behandlungserfolg unabdingbar. Deshalb ist die Entwicklung und Etablierung eines strukturierten Früherkennungs- und Behandlungsmodells von besonderer Bedeutung.

Die Epilepsie ist eine neurologische Erkrankung, die ohne vorherige Anzeichen und Ursachen spontan zu krampfartigen Anfallsleiden führt. Sie ist eine der häufigsten chronischen Krankheiten des zentralen Nervensystems. Aktuelle Statistiken weisen 600.000 Epilepsie-Erkrankte in Deutschland aus. Die Hälfte der Epilepsieerkrankungen tritt bereits vor dem zehnten Lebensjahr auf. Im Mittel erkranken 60 von 100.000 Kindern jedes Jahr neu an einer Epilepsie. Ziel der Behandlung ist, diese Kinder mit beispielsweise Medikamenten so einzustellen, dass sie möglichst wenig bis gar keine Anfälle mehr haben. Doch dazu bedarf es spezifisch ausgebildeter Ärzte. Und nicht in allen Fällen ist das möglich.

„Hand in Hand in die Zukunft“

Unter der Versorgungsmarke „Norddeutsches Epilepsienetz“ wird das Ziel verfolgt, eine fachübergreifende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit epileptischen Erkrankungen in Schleswig-Holstein zu gestalten. Haus- und Kinderärzte, qualifizierte Neuropädiater, das Norddeutsche Epilepsiezentrum für Kinder und Jugendliche in Raisdorf, das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein sowie die Desitin Arzneimittel GmbH haben dafür einen strukturierten Therapieverlauf entwickelt, der die erkrankten Kinder und Jugendlichen von der ambulanten über die stationäre Behandlung bis zur dauerhaften Arzneimittelversorgung leitet (siehe Graphik).

Die Knappschaft wird 2011 als erste Krankenkasse ihren Versicherten diese Behandlung ermöglichen. Die GSB Deutsche Gesundheitssystemberatung GmbH übernimmt dabei die Aufgabe des Netzwerkmanagements.



Der strukturierte Therapieverlauf für epilepsieerkrankte Kinder und Jugendliche

Das Behandlungskonzept

Die rechtzeitige und fundierte Diagnostik und Therapie sind für den Behandlungserfolg und die Abmilderung der familiären Belastungen unabdingbar. Um dies zu erreichen, bedarf es einiger wesentlicher Bausteine: In Schleswig-Holstein sind nur vier besonders qualifizierte Neuropädiater mit der Facharztweiterbildung „Epilepsie plus“ in

ambulanter Praxis niedergelassen. Außerdem gibt es acht weitere zur ambulanten Versorgung ermächtigte Ärzte an Krankenhäusern. Das sind zu wenige, um die Betreuung aller Betroffenen sicherstellen zu können. Deshalb werden auch interessierte Kinder- und Hausärzte in der Diagnostik und Therapie mit aufeinander abgestimmten Behandlungspfaden unterstützt. Sie sind häufig die

Das Norddeutsche Epilepsiezentrum

Im Epilepsiezentrum werden Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre behandelt, beraten und betreut. Die Patienten kommen aus dem gesamten Bundesgebiet und mitunter sogar aus dem Ausland. Ein stationärer Aufenthalt umfasst Diagnostik, Therapieplanung und -einleitung, psychologische und pädagogische Maßnahmen. Die Patienten werden über ihre Krankheit informiert und für den Umgang damit geschult. Sozialberatung, Physio- und Ergotherapie ergänzen das Behandlungskonzept. Auch die betroffenen Eltern und Bezugspersonen werden in die Betreuung einbezogen und erhalten bei Bedarf Unterstützung. Mehr Informationen unter www.drk-epilepsiezentrum.de

erste Anlaufstation und kooperieren im weiteren Verlauf mit den qualifizierten Neuropädiatern, der Klinik für Neuropädiatrie und dem Institut für Neuroradiologie vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein sowie dem DRK-Epilepsiezentrum Ralsdorf. Der entwickelte Patientenpfad zur Prozessoptimierung ist einer der

elementaren Bestandteile des Epilepsienetzes.

Eine andere wesentliche Hilfe in der Therapie ist der telemedizinische Anfalls- und Behandlungskalender EPI-Vista®. Darin dokumentieren die jungen Patienten, deren Eltern oder Betreuer die Anfälle und Medikamenteneinnahme. Der Arzt kann zu jeder Zeit online einen Einblick in den Krankheitsverlauf nehmen und unverzüglich therapeutisch eingreifen.

Auch die Eltern erhalten Unterstützung sowohl für den Weg durch den diagnostischen und therapeutischen Versorgungsalltag als auch eine psychosoziale Hilfe, zum Beispiel in Form von Selbsthilfegruppen.

Die Versorgungsziele

Mit dem strukturierten Behandlungskonzept des Norddeutschen Epilepsienetzes sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Besonders qualifizierte Fachärzte frühzeitig einbinden
- Krankheitsfrüherkennung und abgestimmte Therapieplanung
- Behandlungserfolg beschleunigen und sichern
- Motivation des Kindes/Jugendlichen zur konsequenten Befolgung des ärztlichen Therapieplanes
- Keine oder weniger epileptische Anfälle



Das Norddeutsche Epilepsienetz ist eine Versorgungsmarke.

- Psychosoziale Folgen für das familiäre Umfeld abmildern
- Unnötige Krankenhausbehandlungen und Arzneimittelumstellungen vermeiden
- Versorgungsnetzwerk unter Beteiligung von Selbsthilfegruppen aufbauen
- Aufklärung über das Krankheitsbild, Sensibilisierung der Bevölkerung

Das beschriebene Behandlungskonzept ist auf die Versorgungsregion Schleswig-Holstein ausgerichtet. In der ländlich strukturierten Region sind Maßnahmen wie Vernetzung und Ferndiagnostik besonders wichtig. Außerdem ist der Norden mit seinen bestehenden Facheinrichtungen gut aufgestellt. Unterstützt wird das Modell vom Gesundheitsministerium des Landes. Auch andere Krankenkassen sind aufgefordert, an dem Verfahren teilzunehmen. Bewährt es sich in der Zukunft, so ist eine Übertragung auch auf andere Flächenländer möglich.

Andreas Reinert,
GSB Deutsche Gesundheitssystemberatung GmbH

www.aok.de/nw

AOK
Die Gesundheitskasse.

Jetzt zur
AOK
wechseln

**Die AOK NordWEST garantiert auch 2012:
Spitzenleistungen ohne Zusatzbeitrag!**

Entdecke die Möglichkeiten

Bis vor wenigen Jahren war die klassische Einzelpraxis die bevorzugte Organisationsform in der ambulanten Versorgung. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz aus dem Jahr 2007 lockerte die rechtlichen Rahmenbedingungen und eröffnete somit neue Varianten der ärztlichen Berufsausübung. Heute werden diese Möglichkeiten rege genutzt und tragen somit zur Wettbewerbsfähigkeit und Attraktivität des Berufs, insbesondere für die weiblicher werdende Ärzteschaft, bei.

Die Gestaltung neuer Arbeits(zeit)modelle scheint einer der Schlüssel zu sein, um die Berufsausübung flexibler und die Mediziner zufriedener zu machen. Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, mehr Freiheit bei gleichzeitiger Sicherheit, Spezialisierung und Allgemeinmedizin. Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hat der Gesetzgeber 2007 auf die veränderten Umstände reagiert.

Dass es Zeit war, die bestehenden Strukturen flexibler zu gestalten, zeigt das breite Spektrum an Möglichkeiten rund um die Ausübung des Arztberufs. Welche Szenarien bereits gelebte Realität sind, demonstrieren die nachfolgenden Beispiele.

Wem es nicht mehr genügt, sich entweder für eine Niederlassung in Eigenregie, in einer Zweig- oder Gemeinschaftspraxis oder aber eine Anstellung in einer Klinik oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) zu entscheiden, der hat vielleicht bereits erkannt: Eine Mischung aus beidem ist möglich.

Niedergelassen und angestellt

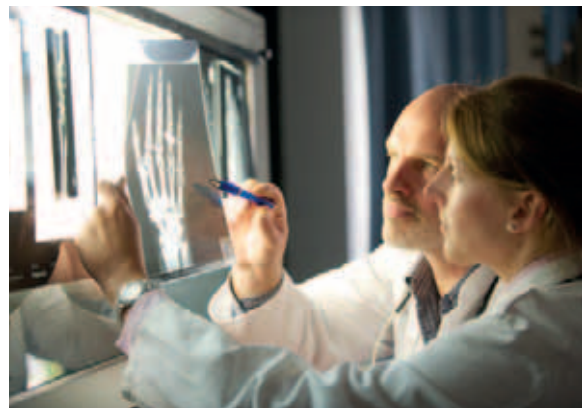
Bisher konnte man sich nach der Facharztausbildung entscheiden: Lasse ich mich als Unternehmer mit eigener Praxis nieder oder möchte ich im Anstellungsverhältnis in einer Klinik oder Praxis tätig sein? Beide Modelle bieten sowohl Vor- als auch Nachteile. Als selbstständiger Arzt ist man „sein eigener Herr“ mit allen Freiheiten, aber auch unternehmerischen Risiken, die dieser Status mit sich bringt. Auch könnte für die Niederlassung sprechen, dass man seine Patienten über lange Zeiträume betreut, mitunter ganze Familien oder mehrere Generationen. Ganz anders dagegen der Alltag eines angestellten Kollegen in einer Klinik. Er

verzichtet neben dem unternehmerischen Risiko und der flexiblen Gestaltung seiner Arbeitszeiten auch auf langjährig gewachsene Patientenkontakte, genießt dafür aber die Sicherheit, die ein geregelter Einkommen mit sich bringt.

Noch vor Jahren undenkbar, aber heute durchaus möglich: die Kombination dieser beiden Arbeitsmodelle. Das Beispiel eines Gastroenterologen an der Westküste Schleswig-Holsteins macht es deutlich: Drei Vormittage in der Woche stellt er seine Expertise einer Klinik zur Verfügung, um die übrige Arbeitszeit gemeinsam mit seiner Ehefrau als niedergelassener Kassenarzt im häuslich-internistischen Bereich zu gestalten. Bis zu 13 Stunden pro Woche darf ein Niedergelassener laut Vertragsarztrechtsänderungsgesetz als Angestellter in einer Klinik tätig sein. Vorteile auf einen Blick: Die Klinik­tätigkeit ergänzt fachlich die Arbeit in der heimischen Landpraxis. Zudem gibt das feste Gehalt aus der Anstellung zusätzliche finanzielle Sicherheit.

Freiberuflich

Die Unabhängigkeit dieser Gattung übertrifft sogar die unternehmerischen Freiheiten der Niedergelassenen, kommt doch bei diesem Modell noch die räumliche Flexibilität hinzu. Was man bisher eher von Kreativen kannte, hat längst Eingang in die Ausübung des Arztberufs gefunden. So mancher Arzt nimmt sich die Freiheit, als mobiler Behandler über Land zu fahren, und das ganz ohne festen Praxissitz. Bei Anästhesisten beispielsweise ist



Mit den flexibleren Arbeitszeitmodellen hat der Arztberuf insbesondere für Frauen an Attraktivität gewonnen.

dieses Modell bevorzugt anzutreffen, besonders deshalb, weil immer häufiger ambulante Eingriffe vorgenommen werden, so zum Beispiel in den Bereichen der Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie, der Kardiologie, der Gynäkologie und auch in der Augenheilkunde. Da macht sich dann der „Rucksackanästhesist“ an Montagen auf zu einer großen Klinik, um dort die Patienten vor, nach und während der Operation zu versorgen, steuert an Dienstagen ein MVZ in der benachbarten Kreisstadt an, um dann donnerstags seine Vormittagsstunden einer kieferchirurgischen Gemeinschaftspraxis zu widmen. Und an den zwei nicht genannten Tagen? Da kümmert sich zum Beispiel ein im Raum Lübeck tätiger Anästhesist um seine Kinder, weil er das Glück hat, mit einer ebenfalls freiberuflichen Fachkollegin verheiratet zu sein. Die freie Zeiteinteilung würde das Ehepaar um nichts in der Welt eintauschen wollen, für beide ist der einstige Traumberuf mit der maßgeschneiderten Anpassung der Rahmenbedingungen ein Traumberuf geblieben. Was bleibt bei diesem Modell zu beachten? Gegebenenfalls muss

der Freiberufler in eigene Narkosegeräte samt Zubehör, ein Kartenlesegerät und einen Dienstwagen investieren. Die anfallende Verwaltungsarbeit kann er entweder selbst erledigen oder bei einem externen Dienstleister in Auftrag geben. Auch verzichtet er wegen der fehlenden Anbindung an einen festen Standort auf kontinuierliche Kollegenkontakte.

Gemeinsam überörtlich

Ganz anders der Ansatz der Med Baltic, deren innovatives Versorgungskonzept zwischen Neumünster und Kiel Schule macht. Sieben orthopädische Chirurgen haben sich zu einer ortsübergreifenden Gemeinschaftspraxis mit fünf Standorten zusammengeschlossen. Dank der großen Bandbreite an fachlicher Spezialisierung kann das Team Behandlungen von A wie Arthrosetherapie bis W wie Wirbelsäulenchirurgie anbieten. Der fachliche Austausch zwischen den Partnern ist hier ganz offensichtlich Teil des Erfolgskonzepts. Die fachfremden Verwaltungs- und organisatorischen Aufgaben teilt man sich.

Grenzüberschreitend

Sie werden bei ihren Kammern geführt als „Doppelmitgliedschaften“, jene Ärzte, die bundesländerübergreifend tätig sind. So stellt zum Beispiel ein renommierter Facharzt für Orthopädie und rheumatische Chirurgie seine Arbeitskraft zu einem Drittel dem Universitätsklinikum in Hamburg und zu zwei Dritteln dem Klinikum Bad Bramstedt im Kreis Segeberg zur Verfügung. Dieses Modell funktioniert schon seit 15 Jahren erfolgreich, wenn auch nicht immer mit derselben Stundenaufteilung.

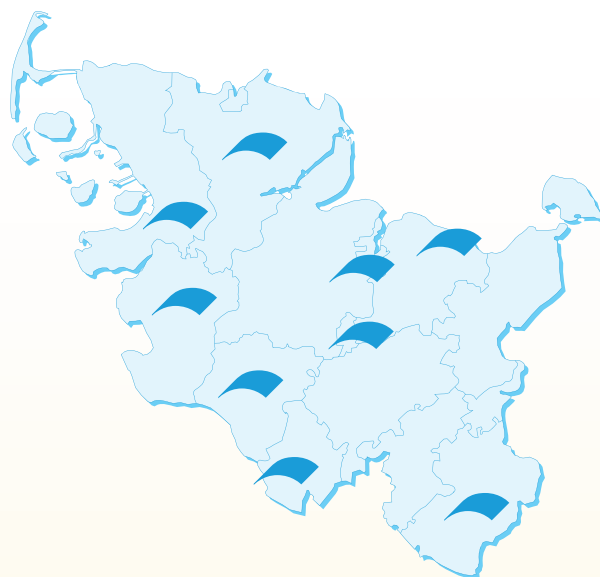
Routine ist ein Begriff, der dieses Modell sicherlich am wenigsten trifft, erweitern sich doch der berufliche Radius und Kommunikationsmodus des pendelnden Arztes mit der Anbindung an zwei Häuser beträchtlich. Kommunikation erhält hier eine neue Dimension, doch keinesfalls zum Nachteil, so der Betroffene. Zwei perfekt aufeinander abgestimmte Sekretariate unterstützen ihn dabei. Von Bundesländergrenzen sollte sich nach seiner Meinung kein Arzt begrenzen lassen.

Erfreulich das Resümee, haben doch die Beispiele gezeigt, dass in der Berufsausübung des Arztes heute vieles möglich ist. Längst hat hier die viel zitierte Serviceorientierung Einzug gehalten und sei es, dass Arztpraxen ihre Sprechzeiten längst auch auf Bedarfe der Patienten zugeschnitten haben. Die Hinweistafel in Gemeinschaftspraxen mit durchgehenden Öffnungszeiten vom frühen Morgen bis in die späteren Abendstunden bildet nicht mehr die Ausnahme. Genau diese Flexibilität ist es aber, die nicht nur den Patienten zugutekommt, sondern auch maßgeschneiderte und familienfreundliche Arbeitszeitmodelle für Heiler möglich macht. Nie hatten junge Mediziner so viel Gestaltungsfreiraum wie heute. Wie sie ihn künftig zu nutzen gedenken, werden die Entwicklungen zeigen. Für die Versorgung in den ländlichen Regionen wäre es schön, wenn mehr von ihnen den Vorzügen des Modells „selbstständig im Bereich Allgemeinmedizin“ ihre Aufmerksamkeit schenken würden.

Kirsten Lorenz, Ärztekammer Schleswig-Holstein



Brücke SH



Brücke Schleswig-Holstein

steht seit über 25 Jahren für Kompetenz im Bereich psychische Gesundheit. Nutzen Sie unsere Erfahrung und verlassen Sie sich auf ein stabiles Netzwerk im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Mehr unter www.bruecke-sh.de



Foto: Frank Schischewsky

Ohne Seele kein Betrieb

Betriebliches Gesundheitsmanagement

gern informieren wir Sie

Ruf (04 31) 9 82 05-0

**Brücke Schleswig-Holstein
gGmbH**

Landesgeschäftsstelle
Muhliusstraße 94
24103 Kiel



Wegweisend

Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen leiden an einer Vielzahl von körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen. Um sie angemessen zu versorgen, hat eine Arbeitsgruppe an der Universität zu Lübeck ein umfassendes Versorgungskonzept für diese Patientengruppe entwickelt.

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) wie Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn bringen für die Betroffenen verschiedenste körperliche, psychische und soziale Probleme mit sich. Die Krankheitsschübe sind durch spezifische Symptome wie krampfartige Bauchschmerzen, Durchfall, häufigen Stuhldrang, teilweise massiven Gewichtsverlust und stark beeinträchtigtes Allgemeinbefinden gekennzeichnet. Eine umfassende Versorgung von CED-Erkrankten erfordert daher die Zusammenarbeit verschiedener ärztlicher und nichtärztlicher Berufsgruppen sowie eine wohnortnahe Betreuung. Die Versorgungswirklichkeit erfüllt diese Anforderungen allerdings noch nicht immer.

Aufbau eines Netzwerks

Daher wurde ab April 2010 in einem Pilotprojekt zur regionalen Implementierung von Versorgungspfaden für Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen in Lübeck und Kiel sowie in den Landkreisen Ostholstein, Plön und Segeberg ein Versorgungsnetzwerk aus den beteiligten Berufsgruppen aufgebaut. Mit dem Netzwerk soll die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Ansprechpartnern optimiert werden. Das zweite zentrale Ziel ist die Verbesserung von Versorgungswegen, Behandlung und Patienteninformation. Unterstützt wurde das Vorhaben vom Kompetenznetz Darmerkrankungen, dem schleswig-holsteinischen Exzellenzcluster Entzündung an Grenzflächen und der Deutschen Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung.

Insgesamt konnten 173 ärztliche wie nichtärztliche Partner für das CED-Versorgungsnetzwerk gewon-



Behandlungspfade strukturieren das Zusammenspiel der verschiedenen Versorgungssektoren.

eine laienverständliche Broschüre über die vorhandenen CED-Versorgungspfade mit Informationen über Krankheitsverläufe, Versorgungssektoren, Merkmale einer guten Versorgung und den verschiedenen Behandlungsebenen.

nen werden – darunter Vertreter aller drei ambulanten Behandlungsebenen, also hausärztliche Praxen, gastroenterologische Facharztpraxen und CED-Schwerpunktpraxen/ CED-Ambulanzen sowie weitere Fachärzte, Therapeuten, Berater und Krankenkassen.

Individuelle Empfehlungen

Knapp 300 von CED betroffene Personen konnten über das Netzwerk für eine Teilnahme am Pilotprojekt gewonnen werden. Sie hatten zweimal im Abstand von sechs Monaten einen Fragebogen auszufüllen, der 22 somatische, psychische sowie soziale Problemfelder erfasst. Anschließend erhielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Auswertung ihres Fragebogens. Sie bekamen damit eine Rückmeldung zu ihren individuellen krankheitsbedingten Problemen und Risiken sowie auf sie zugeschnittene Empfehlungen an die Hand. So wurden beispielsweise Raucher, die an Morbus Crohn erkrankt sind, über das erhöhte Rückfallrisiko und die Gefahr eines besonders schweren Krankheitsverlaufs, die dieses Laster mit sich bringt, aufgeklärt. Zusätzlich wurden ihnen Anbieter von Raucherentwöhnungskursen genannt. Die Rückmeldung soll Erkrankte anregen, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und sich verstärkt am Behandlungsgeschehen zu beteiligen. Zusätzlich erhielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Positive Rückmeldungen

Nach einem halben Jahr wurden die teilnehmenden Patientinnen und Patienten zu ihren Erfahrungen mit dem Netzwerk sowie zu ihrem Gesundheitszustand befragt. Über 80 Prozent der Befragten beurteilten das Vorgehen als gut und sehr gut. Auch auf dem ersten Netzwerktreffen gab es aufbauende Rückmeldungen der Beteiligten. Sie berichteten, dass die Patienten dankbar für die individuellen Informationen sind und diese als Gesprächsgrundlage mit zum Arzttermin bringen. Die Netzwerkteilnehmer selbst profitieren von den aufbereiteten Informationen in der Netzwerkerbroschüre. Diese erleichtern beispielsweise dem Hausarzt die Suche nach einem teilnehmenden Ernährungsberater, an den er seine Patienten weiterleiten kann.

Inwieweit die im Projekt realisierte Form von Patienteninformation im Vergleich zur bisherigen Betreuung messbare Vorteile für die CED-Patienten mit sich bringt, wird seit Anfang 2011 in einer deutschlandweiten Studie geprüft.

Jana Langbrandtner,
Seniorprofessur für Bevölkerungs-
medizin, Akademisches Zentrum
für Bevölkerungsmedizin und
Versorgungsforschung der
Universität zu Lübeck

Für ein starkes Herz

Im Rahmen eines umfassenden Programms soll die Versorgung von Patienten mit akutem Koronarsyndrom im ersten Jahr nach der Akuttherapie verbessert werden. Zentrale Elemente sind eine engere Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Ärzten sowie mehr Informationen und Hilfsangebote für die Patienten.

Nach wie vor sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland die häufigste Todesursache. Allein in Schleswig-Holstein starben 2009 insgesamt 13.418 Menschen an den Folgen einer solchen Krankheit. Auch das akute Koronarsyndrom (ACS) kann aufgrund einer mangelnden Durchblutung des Herzmuskels einen lebensbedrohlichen Verlauf nehmen. Die schwerste Komplikation ist der Herzinfarkt. Nach der Akutversorgung müssen Patienten mit ACS in der Regel mindestens ein Jahr lang, meist aber dauerhaft, Medikamente einnehmen. Zusätzlich wird dringend empfohlen, einige Lebensgewohnheiten zu ändern. Das Minimieren der Risikofaktoren wie Übergewicht, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel oder Rauchen hat einen hohen Stellenwert im Therapieplan. Trotzdem sterben immer noch 13,4 Prozent der Patienten innerhalb des ersten Jahres nach einem Herzinfarkt. Gründe sind eine mangelnde Therapietreue (Compliance) und eine zu geringe Motivation, das Leben zu ändern. Viele Patienten nehmen ihre Medikamente nur unregelmäßig ein oder setzen sie schlimmstenfalls eigenmächtig ab. Auch die Umstellung des Lebensstils fällt den meisten Patienten schwer. Zu wenig interdisziplinärer Austausch zwischen den beteiligten Fach- und Hausärzten, insbesondere aber auch unzureichende Information der Patienten über den Sinn des Therapieplans sind wesentliche Faktoren für eine schlechte Compliance.

Regionale Vernetzung vertiefen ...

An dieser Stelle setzt die Initiative zur Patientenbegleitung zum akuten Koronarsyndrom (IPb-ACS) ein. Das Programm wurde vom in Schleswig-Holstein ansässigen Unternehmen AstraZeneca ins Leben gerufen. Ziel der Maßnahmen ist es, die Versor-

gung von ACS-Patienten und ihre Motivation hinsichtlich der Therapietreue im ersten Jahr nach einem ACS nachhaltig zu verbessern. Patienten sollen mit umfassender Information und Begleitung in die Lage versetzt werden, die Therapie besser zu verstehen und Verantwortung für ihre (Herz-)Gesundheit zu übernehmen. Außerdem wird die Kommunikation zwischen den beteiligten Klinikärzten, niedergelassenen Kardiologen, Internisten und Allgemeinmedizinern unterstützt.

Selbstverantwortung stärken

Der erste Schritt setzt unmittelbar im Krankenhaus beziehungsweise beim niedergelassenen Arzt ein, wo dem Patienten eine Informationsmappe zum ACS ausgehändigt wird. Dafür wurde bereits mit Leistungsanbietern in Schleswig-Holstein und auch bundesweit Kontakt aufgenommen. Diese enthält eine Broschüre mit umfangreichem und verständlich aufbereitetem Basiswissen rund um die Erkrankung. Thematisiert werden die Therapiemöglichkeiten sowie der Einfluss einer gesunden Lebensweise und die Rolle von Begleiterkrankungen. Da es vielen Patienten schwerfällt, sich von ungesunden Gewohnheiten zu trennen, widmet sich ein eigenes Kapitel dem Thema Motivation. Es enthält viele praktische Tipps, wie sich die guten Vorsätze dauerhaft in die Realität umsetzen lassen. Viel Raum nehmen auch psychische und soziale Aspekte der Krankheitsbewältigung ein, wie zum Beispiel der Umgang mit Depressionen und die Rolle der Angehörigen. Zugleich werden Wege aufgezeigt, wie der Patient selbst zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen kann.

... und persönlich begleiten

Die Informationsmappe enthält neben einem Herzpass, in dem alle



Fotos: Yahia LOUKKAL, Yuri Arcure und Sebastian Kautitzki - Fotolia

Die „Erinnerungskarten“ wurden unter anderem mit der Universität zu Lübeck erstellt.

Arztbesuche dokumentiert werden, und der ausführlichen Patientenbroschüre auch zwölf „Erinnerungskarten“. Sie begleiten den Patienten über ein Jahr, indem sie – angepasst an seine individuelle Situation – wichtige Themen wie Belastbarkeit, Stress, Gewicht oder Therapietreue vertiefen und als Unterstützung für das Arzt-Patienten-Gespräch dienen. Darüber hinaus werden die Patienten von einem persönlichen Ansprechpartner telefonisch betreut. Dieser hilft, Probleme rechtzeitig zu erkennen und den Patienten entsprechend zu motivieren, er erinnert auch an wichtige Termine, um so eine kontinuierliche Betreuung zu gewährleisten.

Das Programm IPb-ACS läuft bundesweit seit dem 1. Juli 2011 und soll insgesamt 20.000 Patienten einschließen. Bereits kurz nach dem Start waren 25 Kliniken und niedergelassene Praxen beteiligt, davon zwei in Schleswig-Holstein.

Gabriel Baertschi,
Geschäftsführer AstraZeneca
Deutschland GmbH

Fragen an die Professorin

Frau Professor Regina Fölster-Holst ist Oberärztin in der Universitäts-Hautklinik Kiel und Vorsitzende des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen in Norddeutschland. Sie leitet eine der größten Neurodermitis-Ambulanzen Deutschlands und ist Mitglied im Exzellenzcluster Entzündungsforschung.

Sie haben mit Ihrer Arbeitsgruppe im Juni 2011 den ersten Preis beim Wettbewerb „Wissenschaft interaktiv“ gewonnen. Ausgezeichnet wurde das Projekt „Die Haut, mein heiliges Häuschen“ – eine interaktive Wanderausstellung. Was kann man sich darunter vorstellen? Wie sind Sie darauf gekommen?

Ich war im letzten Jahr per Zufall auf eine Ausschreibung von der Stiftung Wissenschaft interaktiv und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung gestoßen, bei der es um die Aufklärung der Bevölkerung über neue wissenschaftliche Erkenntnisse ging. Dies liegt mir nicht nur seit Jahren am Herzen, ich praktiziere auch die Vermittlung von Erkenntnissen aus der Forschung selber. Daher halte ich Vorträge unter anderem bei der Universitätsgesellschaft und den Kinderunis, die ich mit meiner Arbeitsgruppe in Hamburg, Berlin und Kiel mit gestalten durfte.

Es war für uns eine große Herausforderung, der Bevölkerung die Haut in ihrer normalen Funktion und ihren Krankheiten näherzubringen. Bei der Idee, so etwas umzusetzen,



Eines der sechs begehbaren Miniaturhäuser des Projekts

erinnerte ich mich an eine Äußerung einer Mutter, die ihrem hautkranken Kind die Haut als „heiliges Häuschen“ erklärte, mit dem man sorgsam umzugehen hat. Damit war unser Projekt „Die Haut, mein heiliges Häuschen“ geboren und wurde als Skizze eingereicht. Die Freude war groß, als wir hörten, dass wir von einer Expertenjury ins Finale gewählt worden waren. Für die Umsetzung des Projekts erhielten wir dann 8.000 Euro.

Um wissenschaftliche Erkenntnisse für Laien verständlich und damit zugänglich zu machen, müssen wir einen Ausdruck und eine Sprache finden. Am besten funktionieren Bilder, Alltagsmotive, die von jedem verstanden werden.

Weil die Haut unseren Körper wie ein sicheres Haus umgibt, haben wir von einem Tischler acht kleine Häuser bauen lassen. Wände und Dächer unterscheiden sich im Material und den einzelnen Bestandteilen. Die Häuser sind begehbar. Nicht nur die Kinder lieben es, alles berühren zu können. Das taktile Erlebnis lässt auch die Erwachsenen besser verstehen. Ein zusätzlicher Sinneseindruck erhöht zudem die Wahrscheinlichkeit, dass wir uns erinnern. Ergänzend haben wir große Schaubilder mit Informationen zu Funktionen und Dysfunktionen unserer Haut erstellt. Das Projekt ist als Wanderausstellung konzipiert und wird nun auch an anderen Orten in Deutschland zu sehen sein.

Sie sind auch am schleswig-holsteinischen Forschungsverbund „Exzellenzcluster Entzündungsforschung“ beteiligt. Welche Rolle spielt Ihr Fachgebiet dabei? Ist die Haut besonders gefährdet? Und wie kann der Verbund Patientinnen und Patienten helfen?



Prof. Regina Fölster-Holst

Entzündungen können alle Organe des Menschen betreffen. Das Besondere an der Haut ist, dass sie als Grenze zwischen Individuum und Außenwelt sowohl als Fenster zum Inneren angesehen werden kann als auch den Umwelteinfluss widerspiegelt. Entzündungen der Haut sind direkt sichtbar und können morphologisch definierten Erkrankungen zugeordnet werden. In seltenen Fällen sind invasive diagnostische Maßnahmen wie beispielsweise die Hautbiopsie zur Bestätigung der Diagnose erforderlich. Darüber hinaus ist bei einigen Erkrankungen beziehungsweise Syndromen die Haut das erste Organ, das Entzündungen aufweist. Das betrifft auch die Neurodermitis, der im Sinne des „Atopic March“, einer Symptomänderung, Asthma und Heuschnupfen folgen können. Die Verknüpfung der drei Erkrankungen ist auch unter der Bezeichnung „atopische Syndrome“ bekannt.

Der Exzellenzcluster „Entzündungsforschung“ fokussiert die Entzündung nicht nur an einem Organ,

vielmehr betrifft sie alle Organe im Verbund als „System Entzündung“. Alle daran teilnehmenden Fachdisziplinen können von der Identifizierung von Krankheitsgenen für chronische Entzündungen und der Aufklärung komplizierter immunologischer Entzündungsreaktionen, die letztendlich organunabhängig eine gemeinsame Endstrecke aufweisen können, profitieren. Diese Zusammenarbeit kommt den Patienten diagnostisch und therapeutisch zugute.

Die Zahl der Erkrankungen an Neurodermitis und Allergien steigt kontinuierlich an. Woran liegt das? Werden wir empfindlicher?

Letztendlich ist die Zunahme nicht gänzlich geklärt. Wissenschaftlich erwiesen ist der negative Einfluss der Tabakrauchexposition auf die Entwicklung atopischer Erkrankungen wie Asthma, Heuschnupfen und Neurodermitis. So haben Untersuchungen gezeigt, dass atopische Erkrankungen häufiger bei Kindern auftreten, deren Mütter in der Schwangerschaft und Stillzeit geraucht haben.

Als Erklärung für eine Zunahme wird immer wieder auch die Hygienehypothese angeführt. Danach wird dem Immunsystem durch fehlende Auseinandersetzung mit Infektionserregern der richtige Weg, den Umweltstoffen adäquat zu begegnen, verwehrt. Vielmehr zeigt das Immunsystem eine verstärkte Reaktion auf völlig harmlose Umweltstoffe wie Hausstaubmilben und Pollen, die Entzündungsreaktionen nach sich ziehen. Ein weiterer Grund für die Zunahme der Neurodermitis ist der ständige Gebrauch von Seifen, die die Barriere der Haut angreifen. Das hat ein Eindringen von Umweltstoffen wie Allergenen und Schadstoffen zur Folge, die über spezifische Immunreaktionen beziehungsweise direkte toxische Wirkungen auf Zellen entzündliche Reaktionen induzieren.

Wissenschaftspreis

Die Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Regina Fölster-Holst und Dr. Matthias Buchner, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, hat beim Wettbewerb „Wissenschaft interaktiv“ der Initiative „Wissenschaft im Dialog“ den ersten Preis gewonnen. Ausgezeichnet wurde das Projekt „Die Haut, mein heiliges Häuschen“: sechs begehbare Miniatur-Häuser, die unterschiedlich ausgestattet sind und dadurch die Funktionsweise und den Aufbau der Haut multisensorisch und interaktiv erlebbar machen. Wissenschaft im Dialog ist eine Initiative des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft, unterstützt vom Bundesministerium für Bildung und Forschung.
www.dermatology.uni-kiel.de



Foto: David Ausserhofer/WiD

Kinder erhalten spielerisch Einblick in den Aufbau der Haut.

Kann Forschung diesen Krankheiten auf die Spur kommen und Therapien zur vollständigen Heilung finden?

Das kann gut sein, wird aber noch ein langer, steiniger Weg. Zukünftig ist es wichtig, über epidemiologische Untersuchungen die Einflussfaktoren auf diese atopischen Erkrankungen weiter zu erforschen. In diesem Zusammenhang sind sicher auch Phänomene von Bedeutung, die den Einfluss von Umweltfaktoren auf die Genetik beschreiben. Dabei wird aber die DNA-Sequenz, der genetische Code, nicht verändert. Molekulargenetische Analysen werden zudem darüber Aufschluss geben können, ob ein Medikament bei Patienten ansprechen wird oder nicht.

Die Fragen stellte Gesine Stück.

Jetzt zu mehr Leistung wechseln.

Offen für alle: Deutschlands beste Krankenkasse*.

- Kostenübernahme bei empfohlenen Reiseimpfungen
- Ständig erreichbare Ärzte am TK-FamilienTelefon
- Auch 2012 kein Zusatzbeitrag

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 49/2010



► PFLEGESTÜTZPUNKTE

Pflegestützpunkte sind Beratungsstellen, die es inzwischen in vielen Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein gibt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beraten zu Unterstützungsangeboten und leisten Hilfe bei deren Organisation. Sie informieren über die Auswahl und Beantragung von Sozialleistungen. Interessierte können dort anrufen und sich persönlich im Pflegestützpunkt oder – bei Bedarf – zu Hause beraten lassen. Die Pflegestützpunkte wurden im Rahmen der Pflegequalitätsoffensive zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung vom Ministerium Arbeit, Soziales und Gesundheit initiiert. Sie sind vom Land gefördert und beraten trägerübergreifend und neutral.



Kreis Dithmarschen

Esmarchstr. 50
25746 Heide
Telefon: 0481 785-11 12
E-Mail: pflegestuetzpunkt-dithmarschen@dithmarschen.de

Ansprechpartnerinnen:
Frau Kerstin Magnussen, Frau Doris Ruge-Taugerbeck
und Frau Jo Ehmling

Öffnungszeiten:
Montag, Mittwoch und Freitag von 9 bis 11 Uhr
Dienstag von 9 bis 11 Uhr und von 15 bis 17 Uhr
Donnerstag von 9 bis 11 Uhr

Kreis Herzogtum Lauenburg

Wasserkrüger Weg 7
23879 Mölln
Telefon: 04542 826549
E-Mail: info@pflegestuetzpunkt-herzogtum-lauenburg.de
Internet: www.pflegestuetzpunkt-herzogtum-lauenburg.de

Ansprechpartnerinnen:
Frau Silke Amrhein und Frau Anya Bing-Arendt

Öffnungszeiten:
Montag bis Freitag von 9 bis 12 Uhr
Dienstag von 16 bis 18 Uhr

Kreis Nordfriesland

Damm 8
25813 Husum
Telefon: 04841 8970-0
E-Mail: pflegestuetzpunkt@nordfriesland.de
Internet: www.nordfriesland.de

Ansprechpartnerin:
Frau Ulrike Petersen

Öffnungszeiten:
Donnerstag von 8.30 bis 12 Uhr und nach telefonischer
Vereinbarung

Kreis Pinneberg

Heinrich-Christiansen-Straße 45
25421 Pinneberg
Telefon: 04101 555-464
E-Mail: pflegestuetzpunkt@kreispinneberg.de

Internet: www.Pflegeberatungs.info
Ansprechpartnerinnen:
Frau Rita Rohwedder und Frau Anne Brandt

Öffnungszeiten:
Montag, Dienstag und Donnerstag von 10 bis 12.30 Uhr

Kreis Plön

Heinrich-Rieper-Straße 6
24306 Plön
Telefon: 04522 743311
E-Mail: pflegestuetzpunkt@kreis-ploen.de
Internet: www.kreis-ploen.de

Ansprechpartnerinnen:
Frau Nicole Adamczewski und Frau Daniela König

Öffnungszeiten:
Montag bis Freitag von 9 bis 12.30 Uhr
Dienstag zusätzlich von 14.30 bis 18 Uhr

Kreis Rendsburg-Eckernförde

Kaiserstraße 8
24768 Rendsburg
Telefon: 04331 20212-45 oder -46
E-Mail: pflegestuetzpunkt@Kreis-RD.de

Ansprechpartnerinnen:
Frau Diekmann und Frau Ziegler

Kreis Segeberg

Heidbergstr. 28
22846 Norderstedt
Telefon: 040 52883-830
E-Mail: info@pflegestuetzpunkt-se.de
Internet: www.pflegestuetzpunkt-se.de

Ansprechpartner/-innen:
Herr Ulrich Mildenberger, Frau Dagmar Boxhammer und
Frau Heike Wieking

Öffnungszeiten:
Montag, Mittwoch und Freitag von 9 bis 12 Uhr
Dienstag von 14 bis 17 Uhr

Flensburg

Rathausplatz 1
24937 Flensburg

Telefon: 0461 85-2002
E-Mail: pflgestuetzpunkt@flensburg.de

Ansprechpartnerinnen:
Frau Heidi Lyck und Frau Rebecca Witzel

Öffnungszeiten:
Montag bis Mittwoch von 8.30 bis 16.30 Uhr
Donnerstag von 8.30 bis 17.30 Uhr
Freitag von 8.30 bis 12.30 Uhr

Kiel

Stephan-Heinzel-Straße 2
24116 Kiel
Telefon: 0431 90136-27
E-Mail: pflgestuetzpunkt@kiel.de

Ansprechpartnerinnen:
Frau Gudrun Claussen und Frau Susanne Klipp

Öffnungszeiten:
Montag bis Mittwoch sowie Freitag
von 8.30 bis 12.30 Uhr
Donnerstag von 8.30 bis 12.30 Uhr
und 13.30 bis 17.00 Uhr

Lübeck

Kronsforder Allee 2–6
23560 Lübeck
Telefon: 0451 122-4931
E-Mail: pflgestuetzpunkt@luebeck.de

Ansprechpartnerinnen:
Frau Uta Henke-Meier und Frau Maria Brinkmann

Öffnungszeiten:
Montag, Dienstag sowie Freitag von 9 bis 12 Uhr
Donnerstag von 14 bis 18 Uhr

Neumünster

Großflecken 71
24534 Neumünster
E-Mail: pflgestuetzpunkt@neumuenster.de
Internet: www.neumuenster.de

Ansprechpartner/-innen:
Frau Kirsten Pahl und Herr Kai Falck

Öffnungszeiten:
Dienstag von 9 bis 12 Uhr
Donnerstag von 14 bis 17 Uhr

Kreise Ostholstein, Schleswig-Flensburg, Steinburg, Stormarn

In den Kreisen Ostholstein, Schleswig-Flensburg, Steinburg und Stormarn gibt es derzeit keine Pflegestützpunkte. Für eine Pflegeberatung wendet man sich an die eigene Pflegekasse. Eine Beratung über Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen erhält man auch bei der Aufsichtsbehörde des Kreises.

[Gesundheitsland Schleswig-Holstein Jahrbuch 2011/2012](#)

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!

Brücken bauen

In der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten besteht Handlungsbedarf: Viele von ihnen werden von den vorhandenen Angeboten aus verschiedenen Gründen nicht erreicht. Die Kommunen müssen dies bei ihren Maßnahmen berücksichtigen.

In Schleswig-Holstein leben 363.000 Migrantinnen und Migranten, die bei der Planung und Umsetzung der Gesundheitsversorgung besonders berücksichtigt werden müssen. Die Gründe dafür sind vielschichtig:

- Sprachbarrieren verhindern oder erschweren den Zugang zu den vorhandenen Angeboten.
- In den Herkunftsländern besteht oft ein anderes Verständnis von Gesundheit und Krankheit.
- Die Gesundheitsdienste und -einrichtungen sind nicht genügend eingestellt auf Patientinnen und Patienten einer anderen kulturellen Herkunft.
- Zahlen zur Gesundheitssituation von Menschen mit Migrationshintergrund fehlen – und damit zielgruppenorientierte Angebote.

Weil in den großen Städten anteilig mehr Migrantinnen und Migranten leben, besteht hier auch der größere Handlungsbedarf. In der Landeshauptstadt Kiel lebten Ende 2010 insgesamt 44.000 Menschen aus mehr als 150 Nationen. Das entspricht einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von 18,7 Prozent.

Aktivitäten in Kiel

Schon vor 30 Jahren hat Kiel ein Angebot zur Sozialberatung der vor allem türkischen Gastarbeiter(inn)en entwickelt. Auf Grundlage dieser Erfahrungen hat die Stadt schon 1986 eine türkischsprachige Gesundheitsberatung eingerichtet. Dieses Angebot nehmen heute vor allem ältere Frauen und Männer türkischer Herkunft der „ersten“ Generation an. In der Beratung werden Anweisungen vom Arzt oder Arzneimittelinformationen erklärt, zwischen Patientinnen und Patientinnen und Ärztinnen und Ärzten vermittelt, Probleme mit Krankenkassen besprochen sowie Betreuungs- und Pflegeangebote vorgestellt.



Gesundheitsberatung auf Türkisch

Die „Frühen Hilfen“, deren Federführung im Amt für Gesundheit angesiedelt ist, richten sich an Familien mit Säuglingen und kleinen Kindern:

- Ein Willkommensordner gibt Informationen zu Früherkennungsuntersuchungen, Unfallprävention und eine Checkliste für das erste Lebensjahr in türkischer Sprache.
- In Kooperation mit der Türkischen Gemeinde in Schleswig-Holstein e. V. macht eine Kinderkrankenschwester mit türkischem Migrationshintergrund Hausbesuche bei Familien mit Neugeborenen.
- Gesundheitsvorträge für junge Mütter werden auf Türkisch angeboten.
- Familienhebammen vermitteln Hilfen und Kostenträger und begleiten schwangere Frauen oder Mütter mit neugeborenen Kindern in Notsituationen.

Im Kinder- und jugendärztlichen Dienst ist eine Kinderkrankenschwester mit türkischem Migrationshintergrund eingestellt worden. Sie führt gemeinsam mit einer Kinderärztin Elternberatungssprechstunden durch und besucht die Familien auch zu Hause.

Sogenannte Kulturmittlerinnen wurden zur Mundhygiene und Zahnpflege geschult. Diese Frauen mit Migrationshintergrund unterstützen Migrant(inn)en bei Behördengän-

gen, Arztbesuchen und Ähnlichem. Sie beraten in Einrichtungen wie Kitas oder Schulen und halten Vorträge.

Weitere Angebote

Andere Einrichtungen ergänzen die Angebote der Stadt:

- „MiMi. Mit Migranten – für Migranten“ – Vermittlung von interkulturellen Gesundheitslotsinnen und -lotsen
- Das „Netzwerk Ältere Migrantinnen und Migranten in Gaarden“ – Module zur Gesundheitsprävention, Pflege und Demenz
- Verein „Shefa – Centrum für interkulturelle Gesundheitsförderung e. V.“
- „Chance Elisee“ für Migrantinnen und Migranten mit psychischen Problemen

Die Internetadressen der Projekte siehe „Gesundheit im Netz“ auf den Seiten 88/89.

Bedarf ermitteln – Brücken bauen

Die Arbeit der Kieler Gesundheitsberatung für Migrant(inn)en zeigt, dass die besonderen Bedürfnisse dieser Menschen schon in der allgemeinen Planung und in den Regelangeboten zur Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden müssen. Der Zugang zu den Angeboten, zu Information und Versorgung muss gewährleistet sein. Hierbei können Personen helfen, die eine „Brückenfunktion“ erfüllen – Beschäftigte mit Migrationshintergrund in den Regeldiensten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Migrationsfachdiensten sowie Kontaktpersonen aus den Migrantenorganisationen, mit denen insgesamt eine enge Zusammenarbeit zu pflegen ist.

Birgit Lawrenz, Leiterin des Referats für Migration im Amt für Familie und Soziales Kiel

Brückenbauer

Bei Migrant(inn)en bestehen häufig Barrieren wie Sprach- und Verständigungsprobleme, Unkenntnis über das Gesundheitssystem und seine Leistungen wie organisatorische Abläufe, Kosten und Rückerstattungsmöglichkeiten. Andererseits sind nicht alle Leistungserbringer im Gesundheitsbereich optimal auf die Betreuung und Versorgung von Migrant(inn)en ausgerichtet. Hier stellen wir zwei Beispiele vor, die vor Ort Hilfe anbieten.

SHEFA e. V.

Shefa e. V. ist eine sogenannte Migrantenselbstorganisation. Die Vereinsmitglieder, die selber einen Migrationshintergrund haben, wollen die gesundheitliche Versorgung von Migrant(inn)en verbessern und ihnen Zugang zum deutschen Gesundheitssystem erleichtern.

Berater in der eigenen Sprache

Die Sprachbarriere ist oft das größte Problem. Ein erster Schritt ist daher der Besuch von Sprachkursen, die der Verein anbietet („Deutsch im Alltag“). Außerdem arbeiten bei Shefa Gesundheitsberater mit verschiedenen Sprachkenntnissen, die die Migrant(inn)en wenn möglich in ihrer Muttersprache betreuen.

Gesundheitsfrühstück

Insbesondere für Frauen ist es wichtig, mehr über den Umgang mit Gesundheit und Krankheit in Deutschland zu erfahren. Dafür würden aber nur die wenigsten einen Kurs besuchen. Daher hat Shefa das niederschwellige Angebot „Gesundheitsfrühstück“ entwickelt. Hier werden Inhalte wie Erste Hilfe, gesunde Ernährung, Schwangerschaft und Verhütung sowie Stressbewältigung vermittelt. Auf diese Weise möchte der Verein bei den Migrant(inn)en insgesamt zur Gesundheitsaufklärung, frühzeitigen Intervention und Senkung des Chronifizierungsrisikos beitragen und die Wahrscheinlichkeit von Sekundärerkrankungen senken.

Des Weiteren gibt es bei Shefa e. V. Gruppenangebote, wie Integrationskurse. Im Bedarfsfall stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch bei Fragen zur Sozialversicherung zur Verfügung. Gefördert wird das Projekt durch das Bund-Länder-Städtebauförderungsprogramm „Soziale Stadt“.

Kontakt

Jägerstraße 7, 24143 Kiel
Tel. 0431 7303844
E-Mail: shefa.ikgf@gmail.com
www.shefakiel.de



Das Gesundheitsfrühstück wird als informeller Treffpunkt gut angenommen.

CHANCE ELISEE

Wenn Menschen mit Migrationshintergrund psychisch erkranken, ist es für sie besonders schwer, die richtige Unterstützung zu finden. Eine Ursache neben den Sprachproblemen sind häufig kulturell bedingte Verständigungsprobleme. Die Betroffenen haben oft ganz andere Erklärungen für die Entstehung psychischer Probleme und andere Vorstellungen von möglichen Heilungswegen. Es fehlt das Wissen um moderne Behandlungsmethoden und die vorhandenen Hilfsangebote. Familien versuchen die Probleme selber aufzufangen, ohne Außenstehende zurate zu ziehen. In der Tages- und Beschäftigungsstätte Chance Elisee werden psychisch kranke Menschen mit und ohne Migrationshintergrund gemeinsam betreut. Sie ist eine Einrichtung des gemeinnützigen Vereins Kieler Fenster.

Schwellenarme Beratung

Die Chance Elisee bietet Beratung – bei Bedarf auch in türkischer, russischer und englischer Sprache – für psychisch erkrankte Migrant(inn)en.

Sie und ihre Angehörigen können zu den Sprechzeiten ohne Voranmeldung mit ihren Fragen kommen. Das Team der Chance Elisee setzt sich aus Sozialpädagog(inn)en, Ergotherapeut(inn)en und Fachkräften der Hauswirtschaft zusammen. Einige davon haben selber einen Migrationshintergrund.

Alltagshilfen

Neben der persönlichen Beratung bietet Chance Elisee ambulant betreutes Wohnen, eine Tages- und Beschäftigungsstätte und einen Offenen Treffpunkt. Um die Angebote bekannt zu machen, halten die Mitarbeiter/-innen Vorträge über psychische Erkrankungen und mögliche Hilfen an den Orten, die von Migrant(inn)en besucht werden. Zudem beteiligen sie sich aktiv an interkulturellen Wochen, Stadtteilfesten und anderen Veranstaltungen. Die Kosten für die alltagsbegleitenden Angebote der Chance Elisee werden in der Regel im Rahmen der Eingliederungshilfe von dem zuständigen Träger der Sozialhilfe übernommen.

Kontakt

Elisabethstraße 55, 24143 Kiel
Tel.: 0431 220710
E-Mail: chance-elisee@kieler-fenster.de

Sharif Rahim, Projektkoordinator von Shefa e. V., Centrum für interkulturelle Gesundheitsförderung; Barbara Heidsieck, Teamleiterin der Chance Elisee, Kieler Fenster

Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland steigt. Um auch den kulturellen und religiösen Bedürfnissen dieser Menschen bei ihrer Pflege gerecht zu werden, suchen die Einrichtungen zunehmend speziell geschulte Pflegekräfte. Da liegt es nahe, diejenigen für die Altenpflege zu gewinnen, die diese Kulturen, Religionen und Sprachen bereits kennen. Hier setzt das Projekt M.A.P. – Migrantinnen/Migranten in der Altenpflege an.

In Schleswig-Holstein leben derzeit rund 343.000 Menschen mit Migrationshintergrund. Das entspricht einem Anteil der Bevölkerung von gut zwölf Prozent. Die steigende Zahl älterer Migrantinnen und Migranten stellt Pflegeeinrichtungen vor besondere Herausforderungen: Pflegekräfte müssen die kulturell und religiös geprägten Unterschiede berücksichtigen. Auf diesen Bedarf reagiert das Projekt M.A.P. Langzeitarbeitslose Migrantinnen und Migranten werden im Bildungszentrum Preetz der AWO zum/zur „Assistenten/ Assistentin der Altenhilfe“ qualifiziert, um einen Einstieg in den ersten Arbeitsmarkt zu bekommen. Diese können sich häufig gut in die Lage und Gefühle anderer Migrantinnen und Migranten hineinversetzen, da sie selbst vor ähnlichen Problemen stehen. Unter den Teilnehmern gab es beispielsweise einen Muslimen, für den es sehr problematisch war, dass er bei einer pflegebedürftigen Frau, die nicht seine Ehefrau ist, eine Grundpflege durchführen sollte. Ein Anruf beim Imam löste dieses Problem. Dieser konnte dem muslimischen Teilnehmer die Bedenken nehmen. Die Pflege einer Frau, solange sie beruflich geschieht, stelle keinen Widerspruch zu seiner religiösen Überzeugung dar.

Deutsch und interkulturell

Neben der Vermittlung der klassischen Pflegefachkenntnisse werden in der neunmonatigen Ausbildung Werte wie Respekt und Toleranz diskutiert und auf den Berufsalltag bezogen. Tatsächlich kommt es im Kursalltag zu lebhaften Situationen, wenn die verschiedenen Temperamente und Kulturen aufeinandertreffen. Im aktuellen Kurs sind



Die Kursteilnehmer aus elf Nationen sind hoch motiviert.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus elf Ländern von Kolumbien über Russland und die Türkei bis Grönland. Es gibt Missverständnisse und Vorurteile, meist aufgrund von Verständigungsproblemen.

Daher ist – neben der fachlichen Qualifizierung – die Vermittlung der deutschen Sprache im Pflegealltag ein weiterer Bestandteil des Projektes. Gute Sprachkenntnisse sind Voraussetzung für eine qualifizierte Stelle. Pflegebedürftige gehören nicht immer zur eigenen Sprachgruppe, die Arbeitsschritte müssen in deutscher Sprache dokumentiert werden – und mit den Kolleginnen und Kollegen muss man sich schließlich auch absprechen können.

Motivation und Integration

Die Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer sind hoch motiviert. Sie wollen im ersten Arbeitsmarkt Fuß fassen. Sie werden bei Bedarf über die Qualifizierung hinaus vom Projektteam der AWO betreut.

Die Resonanz ist gut. Die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen loben insbesondere den respektvollen Um-



Die Teilnehmer profitieren vom hohen Praxisanteil des Kurses.

gang der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer mit den älteren Menschen.

Die Qualifizierungsmaßnahme soll nach Ablauf des zweijährigen Projektes zertifiziert werden und in ein Regelangebot übergehen. Die entwickelten Inhalte und Erkenntnisse werden dokumentiert und anderen Akteuren zur Verfügung gestellt. Sowohl die Teilnehmerinnen und Teilnehmer als auch die praktikumsgebenden Pflegeeinrichtungen können sich somit für die Zukunft gut positionieren und Angebote für ältere, pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten schaffen.

Unterstützung und Förderung

M.A.P. wird von einem Netzwerk aus operativen und strategischen Partnern getragen: Das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, die Bundesagentur für Arbeit in Kiel, das Jobcenter Kiel, die AWO Landeskoordination Migration und Pflegeeinrichtungen aus Kiel und Kreis Plön sind beteiligt. Finanziell gefördert wird M.A.P. im Rahmen des Zukunftsprogramms Arbeit mit Mitteln aus dem Europäischen Sozialfonds und dem Land Schleswig-Holstein bis Ende 2012.

Brigitte Ramp, Projektleitung,
www.ausbildung-altenpflege.org/bz-preetz



Gesundheit aus einer Hand für die Menschen **im Norden**

Mit einem medizinischen Versorgungsnetzwerk aus Akutkliniken, ambulanten und stationären Reha-Einrichtungen sowie dem Deutschen Zentrum für Präventivmedizin ist die Damp Gruppe der größte private Gesundheitsdienstleister in Schleswig-Holstein – und Ihr Gesundheitspartner im Norden.



- Akut- und Reha-Kliniken
- Medizinische Versorgungszentren und ambulante Reha-Zentren

Krank und ohne Papiere

Medizinische Versorgung allen Menschen zugänglich machen – darum geht es bei der Arbeit des Medibüros Kiel. Dieses Projekt will das Menschenrecht auf medizinische Versorgung auch für jene Menschen in Deutschland zugänglich machen, die ohne legalen Aufenthaltsstatus hier leben. Das Büro wird rein ehrenamtlich betrieben, durch Spenden finanziert und von kooperierenden Ärztinnen und Ärzten, Hebammen und weiteren Einrichtungen unterstützt. Mit wöchentlichen Vermittlungssprechstunden und Öffentlichkeitsarbeit soll der Zugang zu medizinischer Versorgung für die Zielgruppe verbessert werden.

Etwa 500.000 bis eine Million dieser Menschen ohne Papiere halten sich in Deutschland auf – und sind faktisch von medizinischer Versorgung ausgeschlossen. Gleichzeitig sind sie jedoch ein wichtiger Wirtschaftsfaktor und werden zum Beispiel in den Bereichen Gastronomie, Bau und Pflege gerne als Arbeitskräfte genutzt und oftmals auch sehr schlecht bezahlt. Frauen können zudem durch Frauenhandel und Zwangsprostitution in die Illegalität gezwungen werden. Menschen ohne Papiere haben eines gemeinsam: Sie sind durch die bestehende Gesetzeslage im Alltag vom Zugang zu Bildung, geordneten Beschäftigungsverhältnissen und Gesundheitsversorgung ausgeschlossen und ausgegrenzt. Aufgrund ihres Status ist es ihnen nicht möglich, Krankenversicherungen abzuschließen. Medizinische Versorgung wird häufig aus Angst vor Entdeckung und Abschiebung nicht aufgesucht, Krankheiten werden verschleppt. Daraus entstehen nicht selten chronische Erkrankungen oder mitunter lebensgefährliche Situationen.

Aufklärungsarbeit

Seit 2010 arbeitet eine Gruppe Ehrenamtlicher im ersten Medibüro Schleswig-Holsteins in Kiel auf zwei Ebenen daran, die medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus zu verbessern. Vorbilder existieren bereits in vielen anderen Städten.

Mit Aufklärungsarbeit, dem Aufdecken von Einzelfällen und dem Versuch, an deren Lösung mitzuwirken, macht das Medibüro auf die Problematik aufmerksam. Die Hoffnung ist es, in Anlehnung an die garantierten



Menschenrechte medizinische Versorgung mittelfristig unabhängig vom Aufenthaltsstatus allen Bewohnern Schleswig-Holsteins, und Deutschlands, zugänglich zu machen.

Vermittlung von Ärzten

Zum anderen wird an einer kurzfristigen Lösung mitgewirkt, indem wöchentlich anonym und kostenlos Menschen ohne Papiere an Ärztinnen und Ärzten, Hebammen oder andere medizinische Fachleute und -einrichtungen vermittelt werden. Ermöglicht wird dies mit privaten Spenden und der Bereitschaft von Fachpersonal, kostenlos oder zu deutlich reduzierten Bezügen zu arbeiten. Müssen rechtliche und soziale Fragen geklärt werden, vermittelt das Medibüro an ein Netzwerk von erfahrenen flüchtlings- und migrationsspezifischen Beratungsstellen.

Anonymer Krankenschein

Abhilfe schaffen würde die Einführung einer geschützten Vermittlung von Krankenscheinen (anonymer Krankenschein). Hierbei würde Menschen ohne Aufenthaltsstatus der Zugang zu medizinischen Leistungen ermöglicht werden, ohne sie durch Datenweitergabe

zu gefährden. Gesundheitsämter, die unter ärztlicher Leitung stehen und somit der Schweigepflicht unterliegen, könnten die ansonsten von Sozialämtern übernommene Bedürftigkeitsprüfung vornehmen. Mit nummerierten anonymen Krankenscheinen könnten Betroffene anschließend bei Ärztinnen und Ärzten, Praxen oder Krankenhäusern die notwendige medizinische Hilfe aufsuchen. Ein solches Modell wurde in Schleswig-Holstein bereits vor einigen Jahren vom Netzwerk „NISCHÉ“ entwickelt. In Berlin wird die Einführung eines anonymen Krankenscheins zudem auf Regierungsebene diskutiert. Schleswig-Holstein könnte hier eine Vorreiterrolle übernehmen und, möglichst unter wissenschaftlicher Begleitung, als Modellregion fungieren.

Medibüro Kiel,
www.medibuero-kiel.de

„Praxis ohne Grenzen“

Im Januar 2010 startete ein ungewöhnliches Projekt – eine Arztpraxis ohne Gewinnabsichten. Mediziner im Ruhestand beraten und behandeln dort mittellose Kranke. Ein Jahr später ist diese Praxis zur Dauereinrichtung geworden.

Es gibt Menschen in Schleswig-Holstein, die nicht zum Arzt gehen, weil sie nicht ausreichend krankenversichert sind oder weil sie die Praxisgebühr nicht zahlen können. In der „Praxis ohne Grenzen“ werden mittellose Kranke unbürokratisch untersucht, behandelt und beraten. Zuzahlungen oder eine Versicherungskarte sind nicht erforderlich. Wer ärztliche Hilfe braucht, dem wird nach christlichen Grundsätzen geholfen. Sprechstunde ist mittwochs von 15 bis 17 Uhr in einem gut ausgestatteten Behandlungsraum in Bad Segeberg. Die enge Zusammenarbeit mit dem benachbarten „Begegnungs- und Beratungszentrum Bad Segeberg“ vom Diakonischen Werk des Kirchenkreises Plön-Segeberg, das 18 weitere Beratungsangebote beherbergt, hat sich als sinnvoll erwiesen. Ein Team von sieben Ärztinnen und Ärzten im „Kassenruhestand“ teilt sich den ehrenamtlichen Dienst am Mittwochnachmittag. Weitere

Gesetzliche Grundlage

Jede/-r Versicherte kann sich bei seiner/ihrer Krankenkasse von Zuzahlungen (§ 61 SGB V) befreien lassen, wenn die Belastungsgrenze erreicht ist. Diese liegt bei zwei Prozent des Jahresbruttoeinkommens der gesamten Familie – bei chronisch Kranken bei ein Prozent (§ 62 SGB V). Die bereits bezahlten darüber hinausgehenden Beträge werden rückerstattet und dann bei Vorlage des Nachweises nicht mehr erhoben. Zu den Zuzahlungen zählen die Praxisgebühr, der Eigenanteil bei stationärer Krankenhaus- oder Reha-Behandlung, bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege, bei Medikamenten, Hilfsmitteln und Haushaltshilfen sowie Fahrtkosten.

17 niedergelassene Fachärzte und Krankenhausärzte der verschiedensten Disziplinen sind bei Bedarf einsatzbereit. Insgesamt besteht das Praxisteam aus 49 ehrenamtlich tätigen Personen. Ein Apotheker berät zum Beispiel bei der Vergabe von Medikamenten. Ein großes Zentrallabor führt die notwendigen Laboruntersuchungen kostenlos durch. Daneben gibt es den Förderverein „Praxis ohne Grenzen – Region Bad Segeberg e. V.“ mit 59 Mitgliedern.

Im Jahr 2010 wurden 70 hilfebedürftige, mittellose Kranke im Alter zwischen einem und 75 Jahren ärztlich versorgt. In jeder Sprechstunde kommen ein bis zwei neue Patienten hinzu. Außerdem gibt es täglich Telefonberatungen. Die Anrufe kommen aus allen Teilen der Bundesrepublik und auch aus dem Ausland.

Wer kommt in die Sprechstunde?

- Der ehemals Privatversicherte, der seine Prämien nicht bezahlen konnte und daher im Krankheitsfall nicht versichert ist.
- Der ehemals freiwillig bei einer gesetzlichen Krankenkasse Versicherte. Er hat zwar jetzt die gesetzliche Pflicht, sich zu versichern, muss aber die ausgelassenen Prämien nachzahlen. Erst dann hat er einen Leistungsanspruch an die Kasse.
- Der Überschuldete, der sich die Gebühren und Zuzahlungen nicht leisten kann.
- Der sogenannte „Papierlose“ ohne Versicherungsschutz.

Weitere Praxen sind nötig

Die Initiatoren des Projekts bieten ihre Unterstützung an, damit weitere Praxen ohne Grenzen gegründet werden. Aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen raten sie jedoch Interessierten dringend, sich vorher folgende Fragen zu stellen:

- Gibt es in der Region bedürftige Kranke, die sich eine medizinische Versorgung nicht leisten können? Wie viel Bedarf ist vorhanden?
- Gibt es genügend ehrenamtliches medizinisches Fachpersonal, das dieses Projekt unterstützt?
- Wo finden wir zentral gelegene Räume mit niedrigem Mietpreis, in denen die Beratungen, Untersuchungen und Behandlungen stattfinden können?
- Wer leistet Sach- und Geldspenden, um das Projekt langfristig zu sichern?
- Kommen wir an Medikamente, um die mittellosen Kranken ausreichend zu versorgen?

Die „Medikamentenfrage“

Nach dem Arzneimittelgesetz darf niemand in der Bundesrepublik Medikamentensammlungen durchführen und gesammelte Medikamente kostenlos weitergeben – auch nicht an Mittellose. Also kauft die Praxis ohne Grenzen Medikamente für ihre Patienten zum regulären Preis in Apotheken und bezahlt sie aus Spendengeldern. 2010 haben die Apothekerkammer und der Apothekerverein Schleswig-Holstein ein „Startkapital“ für den Medikamentenkauf zur Verfügung gestellt. Die Praxis ohne Grenzen hätte gerne eine Sonderregelung, die es den am Projekt beteiligten Apotheken erlaubt, zurückgegebene Medikamente, deren Verfallsdatum nicht erreicht ist und deren Verpackungen noch nicht geöffnet worden sind, zu sammeln und auf ein Sonderrezept kostenlos an Mittellose abzugeben. Nach einjähriger Pilotphase ist die „Praxis ohne Grenzen“ in Bad Segeberg zur Dauereinrichtung geworden – der Bedarf ist da.

Dr. Uwe Denker,
Familienarzt i. R., Initiator der
„Praxis ohne Grenzen“,
www.praxisohne Grenzen.de

Arzt gegen Koje

Auch auf See muss eine medizinische Versorgung gewährleistet werden. Verantwortlich dafür ist der Schiffseigner; nationale Vorschriften regeln die Besetzung von Schiffen mit medizinischem Personal. Doch für die Vermittlung von Schiffsärzten gibt es keine offizielle Einrichtung. Seit März 2011 gibt es die Internetplattform „Schiffsarzbörse“, auf der Ärzte für eine medizinische Tätigkeit an Bord anheuern können.

Wollte ein Arzt als Schiffsarzt anheuern, so gab es bisher nur sehr verschlungene Wege. Er musste die Reedereien selbstständig kontaktieren und blieb mitunter schon im Callcenter hängen. Andererseits läuft die Suche von kleineren Reedereien häufig über persönliche Kontakte. Daraus entstand die Idee, eine Internetplattform zu gründen, auf der Schiffseigner und Ärzte zueinanderkommen. Was zunächst als einfacher Treffpunkt im Internet gedacht war, wurde schnell komplexer: Welche Qualifikationen braucht ein Arzt auf welchem Schiff? Wie ist die personelle medizinische Ausstattung in Abhängigkeit von der Schiffgröße und Passagierzahl? Wie kann ein Netzwerk potenzieller Schiffsärzte entstehen, das Reedern zu jeder Zeit den passenden Arzt bietet?

Passend zu den Passagieren

Die virtuelle Schiffsarzbörse ist seit dem 1. März 2011 online. Sie gibt interessierten Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, ihre Dienstleistung als Schiffsarzt anzubieten, und umgekehrt den Reedern, einen geeigneten Mediziner zu finden. Die meisten Ärzte suchen eine Tätigkeit für ihre Urlaubszeit oder für ihren Ruhestand.

Als Schiffsarzt wird eine Ärztin oder ein Arzt bezeichnet, der/die die medizinische und zahnmedizinische Versorgung an Bord von Schiffen im zivilen und militärischen Bereich sicherstellt und Verantwortung für die Einhaltung der hygienischen und Sicherheitsvorschriften trägt.

Die Schiffsarzbörse erhebt bei der Registrierung die notwendigen Daten für die Tätigkeit an Bord: Facharztqualifikationen, Zusatzbezeichnungen (wie Notfallmedizin),

maritime Erfahrungen und Sprachkenntnisse. Der angehende Schiffsarzt kann wählen, wann und wie lange er wo an Bord arbeiten will, ob er nur Passagen mit Honorar akzeptiert oder ob die Mitnahme einer Begleitperson für ihn obligatorisch ist. Auch der Reeder kann Anforderungen an seinen Schiffsarzt stellen. Je nach Zusammensetzung der Passagiere und Crew sind entsprechende Qualifikationen nötig. Besteht das Publikum an Bord aus jungen Familien und einer aktiven Zielgruppe, ist eine andere Spezifikation sinnvoll als bei einer durchweg älteren Zielgruppe. Im Allgemeinen ist jedoch das Spektrum der zu behandelnden Erkrankungen ähnlich breit wie in einer Hausarztpraxis.

Honorar

Ob und wann ein Schiffsarzt an Bord sein muss, regeln nationale Vorschriften. In Deutschland schreibt die entsprechende Verordnung für Schiffe, die zu kommerziellen Zwecken betrieben werden, mit mehr als 75 Personen bei Reisen in der Mittleren (europäische Häfen) und Großen (weltweit) Fahrt sowie bei Probefahrten die Besetzung mit einem Schiffsarzt vor. Doch die wenigsten Schiffe fahren unter deutscher Flagge.

Erste Erfahrungen zeigen, dass die Entlohnungen der Schiffsärzte, insbesondere auf den Kreuzfahrtschiffen, stark differenzieren. Manche Reeder zahlen pauschale Honorare für die medizinische Betreuung, bei anderen läuft die Entlohnung allein über die Abrechnung mittels Gebüh-



renordnung für Ärzte. Die geleistete medizinische Versorgung wird der Versicherung der Patienten in Rechnung gestellt. Kostenlose Unterkunft (Kojen) und Verpflegung gibt es in jedem Fall.

Arzt gegen Koje

Die Schiffsarzbörse ist inzwischen aufgrund der hohen Zahl von Interessenten sogar in der Lage, äußerst spezifische Kundenwünsche zu erfüllen – zum Beispiel ein englisch und russisch sprechender Kardiologe oder ein sportlicher Anästhesist zur Begleitung der Landgänge auf einem Expeditionsschiff.

Doch nicht nur Kreuzfahrer und Forschergruppen suchen Mediziner. Auch Skipper, die sich für einen längeren privaten Segeltörn eine medizinische Versorgung an Bord sichern wollen, fragen online nach Schiffsärzten. Dabei wird dann häufig das Prinzip „Arzt gegen Koje“ vereinbart, das sich aus dem uralten Prinzip „Hand gegen Koje“ ableitet. Der Arzt erhält für seine Tätigkeit an Bord im Gegenzug die Möglichkeit mitzusegeln.

Dr. Christian Ottomann, Klinik für Plastische Chirurgie, UKSH, www.schiffsarzbörse.de

 **BG Nordsee Reha-Klinik**
Eine Einrichtung des Berufsgenossenschaftlichen
Unfallkrankenhauses Hamburg

**KLINIK FÜR ORTHOPÄDIE
TRAUMATOLOGIE
SPORTMEDIZIN**



Anschlussheilbehandlung *AHB*

Anschlussrehabilitation *AR*

**Berufsgenossenschaftliche
stationäre Weiterbehandlung** *BGSW*

**Erweiterte ambulante
Physiotherapie** *EAP*

Heilverfahren *HV*

Nebenindikationen:

TINNITUS, Brügger-Therapie

PSYCHOSOMATIK

DERMATOLOGIE

PNEUMOLOGIE



Spitzenmedizin menschlich

Culture Coaching

In ganz Deutschland ist sie präsent, die „German Angst“ um verwaiste Praxen und Patienten, die keine Ärzte mehr finden. Kreative Köpfe im gesamten Bundesgebiet suchen Rezepte gegen den Ärztemangel vor allem auf dem Land. Um Studierende und Praktizierende wird geworben – mit Informationen, Geld oder anderen Vergünstigungen. Eine weitere Möglichkeit ist, ausländische Mediziner dabei zu unterstützen, wenn sie sich in Deutschland ansiedeln wollen. In unseren Nachbarländern Dänemark und Niederlande ist das schon länger üblich. Bei uns ist insbesondere der Aspekt der sozialen Integration derzeit noch unterentwickelt.

Eine Methode, die mit Sofortwirkung zumindest punktuell die Versorgungssituation verbessern kann, ist die Ansiedlung von EU-Ärzten. Anwärter dafür gibt es durchaus. Die Datenbank von Teamwork4ce umfasst gut 400 ansiedlungswillige Mediziner aus Ländern der EU. Das hierzu entwickelte Konzept „SEA“ (Search, Enable, Accompany) begreift den Prozess der Ansiedlung ganzheitlich: von der Gewinnung von Ärzten über die Befähigung zur Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit in Deutschland bis zur Begleitung in Alltag und Beruf nach Arbeitsantritt.

Kultur lernen

Befähigung – das bedeutet im wesentlichen Sprachkurse. Damit ausländische Ärzte in Deutschland integriert werden, müssen sie die Sprache fließend beherrschen. Schließlich ist es insbesondere in Momenten der physischen Schwäche für Patienten unzumutbar, einem radebrechenden Arzt die Beschwerden zu erläutern.

Ein anderer Teil der Befähigung ist Culture Coaching. Dieser Baustein ist deshalb so zentral, weil der Arzt oder die Ärztin samt Familie sich nur dann wirklich einleben und eine neue emotionale Heimat finden, wenn sie mit den Einheimischen gemeinsame Wertebasen finden. Werte werden wesentlich von Kulturen beeinflusst. Obwohl der europäische Kulturraum im relativ homogen ist, bestehen natürlich landes- und auch regionsspezifische kulturelle Unterschiede. In Culture Coaching-Kursen verschaffen sich die Teilnehmer Klarheit über ihre eigenen Werte, machen sich den Anteil von Erziehung



Culture Coaching hilft ansiedlungswilligen Ärzten, Wurzeln zu schlagen.

und Gesellschaft an ihrem Verhalten bewusst. Mit der Sensibilisierung lernen sie außerdem, die Werte anderer Teilnehmer entsprechend zu würdigen. An den Kursen nehmen konsequenter Weise auch Einheimische teil, beispielsweise die künftigen Angestellten des Arztes.

Im Alltag begleiten

„Accompany“ – Begleitung in den deutschen Alltag schließlich umfasst Fragen wie „Wo werden die Kinder zur Schule gehen?“ oder „Findet meine Frau hier einen Arbeitsplatz?“.

Besonders wichtig ist die Anbindung an gesellschaftliche Strukturen – der Fußballverein für den Sohn, der Chor für die Tochter, der Berufsverband der eigenen Profession. Gelungene Integration setzt eben ein ganzheitliches Konzept voraus. Positive Erfahrungen in solchen Zusammenhängen tragen auf jeden Fall dazu bei. Hinzu kommen rechtlich-ökonomische Angebote: Einführung in das deutsche Gesundheitsrecht,

Existenzgründungsseminare, Businesskonzepte und Begleitung von Finanzierungsgesprächen mit Banken.

Von der herkömmlichen Arbeitsvermittlung unterscheidet sich das Konzept durch die Hilfe in die Selbstständigkeit. Das höchste Risiko bei dieser Ansiedlung trägt der EU-Arzt selbst. Er verlässt seine bekannte Umgebung, bricht soziale Bindungen und kann zumeist aus dem Ausland heraus nicht einschätzen, wie hoch sein wirtschaftliches Risiko ist. Daher gehört es auch zum Angebot, die finanzielle Situation der zu übernehmenden Praxis zu prüfen. Zusammen mit dem privaten Bedarf ergibt sich ein Gesamtbild, aus dem der maximal für den Käufer mögliche Kaufpreis abgeleitet wird. In den ersten zwölf Monaten der Selbstständigkeit wird dann die tatsächliche Entwicklung monatlich zeitnah mit dem Plan verglichen, Abweichungen analysiert und gegebenenfalls gemeinsam Maßnahmen getroffen.

Bedarfsgerechte Besetzung

Es bleibt in der ureigenen Verantwortung eines EU-Staates, die im Land benötigten Mediziner langfristig selbst auszubilden. Kurzfristig können Ansiedlungsmaßnahmen, die über die Landesgrenzen hinausgehen, punktgenau und in logischer Konsequenz des Europäischen Gedankens, besonders dringende Versorgungslücken schließen. Daher gehört gezielte Ansiedlung von EU-Ärzten unter den bisher in Deutschland vorhandenen Konzepten zu den Instrumentarien mit den geringsten Streuverlusten.

Benjamin Feindt, DanMed und
Claus Nielsen, Teamwork4ce

Versorgung online

Im Internet gibt es unendlich viele Seiten zum Thema Gesundheit. Aber den Fokus auf die Region legt nur das Gesundheitsportal Schleswig-Holstein. Dieses Themenportal der Landesregierung bündelt Informationen über Einrichtungen und Akteure, über Projekte und Initiativen im eigenen Land.

Das Gesundheitsportal stellt Informationen zur Gesundheitsversorgung für die Bürgerinnen und Bürger in Schleswig-Holstein zusammen: Krankenhäuser und Ärzte, Notdienste und Apotheken, Beratung und Selbsthilfe, Kuren und Rehabilitation, Pflege und Betreuung, Daten und Fakten zum Gesundheitsland. Unter www.gesundheit.schleswig-holstein.de findet man Adressen und Ansprechpartner, Übersichten und Verzeichnisse. Außerdem will das Portal mit der Darstellung von Projekten und Akteuren die Vernetzung im schleswig-holsteinischen Gesundheitsbereich unterstützen. Menschen, die bereits aktiv sind oder es werden wollen, informieren sich über innovative Konzepte und können neue Kontakte knüpfen. Links zu anderen Internetauftritten sind genauso zu finden wie neue Köpfe in der regionalen

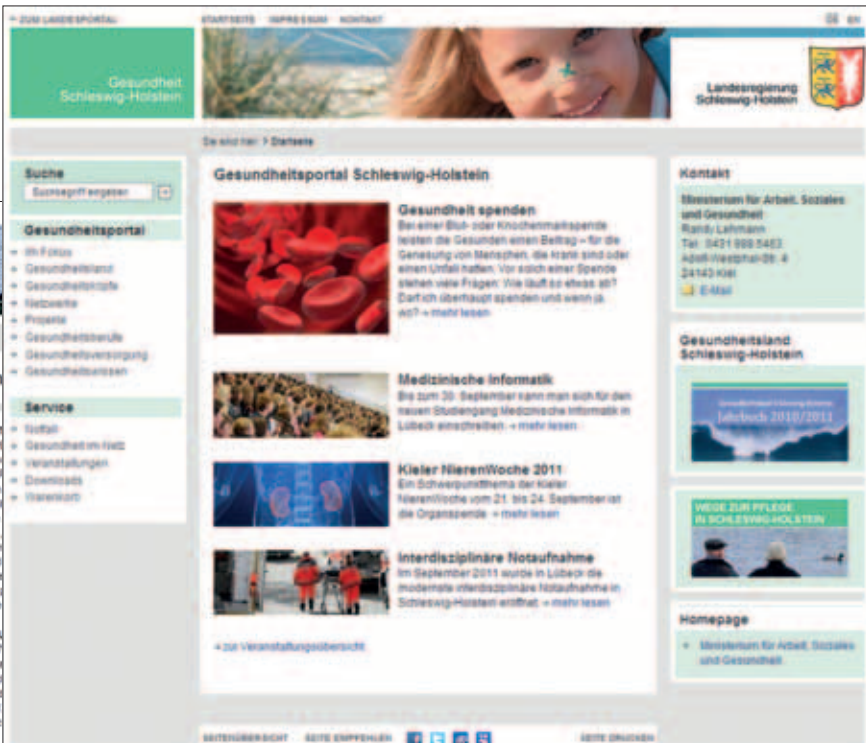
Gesundheitsbranche. Betreiber ist die Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein.

Wege zur Pflege

Das Thema Pflege nimmt mit dem demographischen Wandel an Bedeutung zu. Wir müssen uns alle früher oder später damit auseinandersetzen, weil wir selber, unsere Partner, Freunde oder Nachbarn Hilfe brauchen. Daher gibt es seit Februar 2011 im Gesundheitsportal zusätzlich das Pflegeportal. Unter www.pflege.schleswig-holstein.de erhalten pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sowie interessierte Bürgerinnen und Bürger

erste Informationen rund um das Thema Pflege im Alter. Das Portal will „Türöffner“ sein. Es bündelt die vorhandenen Informationsangebote und leitet zu regionalen Beratungs- und Unterstützungsangeboten weiter. Um den Zugang zu erleichtern, wurden Szenarien entwickelt, in denen typische Wege in die Pflege lebensnah dargestellt werden. In den (fiktiven) Geschichten von Herrn W., Frau K. und Frau M. können sich die Betroffenen wiederfinden und somit besser orientieren.

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



► Was macht eigentlich ...

An dieser Stelle fragen wir nach, was aus Initiativen geworden ist, über die wir in den Jahrbüchern der letzten Jahre ausführlich berichtet haben, und skizzieren die weitere Entwicklung.

eHealth for Regions Netzwerk

Die Netzwerkpartner wollen die E-Health-Strukturen in der Ostsee-region weiterentwickeln. Derzeit umfasst das eHealth for Regions Netzwerk 16 Partnerorganisationen aus Dänemark, Deutschland, Finnland, Litauen, Polen und Schweden. Das Management-Sekretariat ist in der Fachhochschule Flensburg am Masterstudiengang eHealth angesiedelt. Das Gesundheitsministerium Schleswig-Holstein ist im Political Strategic Board vertreten.



Integrated Structures in the Baltic Sea Area

Die Mitglieder des Netzwerks kooperieren in verschiedenen Projekten und entwickeln neue Projektideen. Eines seiner Projekte, **ICT for Health**, ist als „Flagship-Projekt“ in den Aktionsplan zur Ostseestrategie der EU-Kommission aufgenommen worden. Ziel dieses Projektes ist es, die Akzeptanz von eHealth-Technologien bei Patienten mit chronischen Krankheiten und medizinischem Fachpersonal in den Regionen der Projektpartner zu erhöhen. Dabei werden Kenntnisse und Fähigkeiten in Pilotläufen vermittelt, um die bestehenden Technologien für Prävention und Behandlung einzusetzen. Mehr Informationen erhalten Sie unter www.ictforhealth.net



Ein weiterer, innerhalb des eHealth for Regions Netzwerks entstandener Antrag ist im September 2011 im Rahmen des Baltic Sea Region Programme 2007–2013 genehmigt worden. Im Projekt **PrimCare IT** werden Instrumente entwickelt, die der Abwanderung von Ärzten aus ländlichen Regionen entgegenwirken sollen. Hochqualifizierte, die in abgelegenen oder ländlichen Gebie-

ten in der Gesundheitsversorgung tätig sind, betrachten sich oft als beruflich isoliert und benachteiligt. PrimCare IT will mit einer besseren Vernetzung dieser Hochqualifizierten den Mangel ausgleichen und die Betroffenen im ländlichen Raum halten. Dazu werden insbesondere moderne Kommunikationsmethoden wie Tele-Konsultationen und Tele-Mentoring eingesetzt.

Außerdem führte das Netzwerk 2011 eine Onlineumfrage zum Thema „Herausforderungen und Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung im Ostseeraum“ durch. Ziel dieser Umfrage war es, die Sicht der Akteure im Ostseeraum zu den inhaltlichen Herausforderungen in der derzeitigen gesundheitlichen Versorgung mit dem Schwerpunkt auf eHealth und mögliche (eHealth-) Lösungsansätze zu erhalten. Das Netzwerk wird die Ergebnisse nutzen, um noch gezielter den Einsatz von eHealth im Ostseeraum voranzutreiben.

Das eHealth for Regions Netzwerk wurde 2011 vom Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being (NDPHS) ausgewählt, die offizielle Führungsrolle in der Verbreitung von eHealth in der Ostseeregion innerhalb der EU-Ostseestrategie zu übernehmen. Diese Position gibt dem Netzwerk auch in Zukunft die Möglichkeit, eHealth über Projekte im Ostseeraum nachhaltig zu implementieren. Mehr Informationen erhalten Sie unter www.ehealthforregions.net

Kompetenzzentrum Demenz

Aus der Landesagentur Demenz wurde im März 2011 das Kompetenzzentrum Demenz. Das Kompetenzzentrum koordiniert Beratungs- und Betreuungsangebote für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen in Schleswig-Holstein. Ziel ist es, Versorgungslücken aufzudecken und zu schließen. Außerdem baut das Zentrum die Vernetzung der in Schleswig-Holstein beteiligten Akteure aus. Gefördert wird es vom

Gesundheitsministerium Schleswig-Holstein und dem Landesverband der Pflegekassen. Projektträger ist die Alzheimer Gesellschaft.



Die Koordinationsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen in Schleswig-Holstein (KIWA) ist auch unter dem Dach des neuen Kompetenzzentrums. Die KIWA informiert und berät Menschen, die sich für ambulant betreute Haus- und Wohngemeinschaften interessieren. KIWA ist ein Projekt des Forums Pflegegesellschaft und wird vom Landesverband der Arbeiterwohlfahrt Schleswig-Holstein e. V. unterstützt.

Während das Kompetenzzentrum alle landesweit koordinierenden und Struktur gebenden Funktionen bündelt, übernehmen die bestehenden Pflegestützpunkte die individuellen Beratungsaufgaben auf regionaler Ebene.

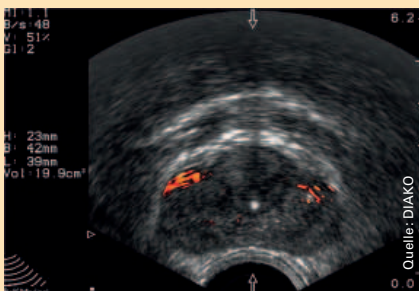
Mehr Informationen erhalten Sie unter www.demenz-sh.de

C-TRUS/ANNA

An der Klinik für Urologie des Ev.-Luth. Diakonissenkrankenhauses in Flensburg (DIAKO) wurde unter der Leitung von Professor Tilman Loch ein computergestütztes Ultraschallsystem zur Früherkennung von Prostatakrebs entwickelt. Das 2009 vorgestellte Verfahren C-TRUS/ANNA ermöglicht eine Darstellung der tumorverdächtigen Areale, die für das menschliche Auge nicht sichtbar sind. Unterstützt von einer biometrischen Datenbank wird damit die Diagnose genauer und Gewebeproben können gezielter und schonender entnommen werden.

Neueste Studien haben nun gezeigt, dass C-TRUS/ANNA eine sehr hohe Erkennungsrate (41 Prozent) mit weniger, dafür aber gezielter Gewebeentnahmen (Biopsien) auch bei Patienten erreichen kann, bei denen noch nie eine Prostatagewebeprobe entnommen wurde (Primärdiagnostik).

Ursprünglich war C-TRUS/ANNA nur als Einzelsystem in der DIAKO verfügbar. Inzwischen ist es zu einem netzwerkfähigen Modul (Server Client) weiterentwickelt worden und befindet sich in ständig wachsender klinischer Anwendung. Patienten können dieses Verfahren auch bei Partnern des überregionalen Netzwerkes in Anspruch nehmen. Über 50 niedergelassene Urologen, Belegarztpraxen, Kliniken und Universitätskliniken greifen online auf C-TRUS/ANNA zu. Dabei speichern die Netzwerkpartner ihre Aufnahmen und versenden sie zur Analyse an das Serverzentrum. Nach der zentralen Auswertung kann vor Ort die nötige Biopsie auf die auffälligsten markierten Areale beschränkt werden. Die pathohistologischen Ergebnisse der Biopsien werden wiederum an das Analysezentrum gemeldet, um die Datenbank mit weiterem Material anzureichern.



Darstellung der verdächtigen Areale im Ultraschall

Die Netzwerkpartner brauchen für den Einsatz dieses Verfahrens entsprechende Schulungen. Dafür bietet die in Flensburg beheimatete klinische Ausbildungs- und Forschungsstelle für innovative urologische Tumordiagnostik zweimal wöchentlich Hospitationsseminare und Fortbildungsveranstaltungen an. Im September 2011 wurde das internationale Symposium „Standards und Perspektiven der Bildgebung beim Prostatakarzinom: TRUS und C-TRUS/ANNA im Netzwerk“ organisiert. Für die rund 130 Teilnehmer gab es Live-Untersuchungen und praktische Übungen. Mehr Informationen erhalten Sie unter www.anna-ctrus.de



Foto: Techniker Krankenkasse

Rückzugsräume für die ambulante Versorgung (von psychisch kranken Menschen)

Netzwerk psychische Gesundheit

Das Netzwerk psychische Gesundheit wurde gegründet als eine effektive Möglichkeit für die koordinierte, ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Denn für Patienten und Angehörige gleichermaßen wichtig ist die Behandlung im gewohnten Umfeld. Nachdem das Versorgungsangebot in Kiel und Lübeck im Jahr 2010 sehr gut gestartet ist, haben die Techniker Krankenkasse und die Abitato Management Gesellschaft seelische Gesundheit gGmbH das Netzwerk inzwischen auf Neumünster und Umgebung sowie auf die Kreise Plön, Ostholstein, Stormarn, Pinneberg und Steinburg ausgeweitet.

Weitere Informationen unter www.tk.de, Webcode 209720.

Regionales Netzwerk für Präventionsstrategien bei MRSA

Das Modellprojekt im Kreis Schleswig-Flensburg hatte Vorbildfunktion – inzwischen haben sich in ganz Schleswig-Holstein regionale Netzwerke gegründet, um Präventionsstrategien und konkrete Maßnahmen gegen multiresistente Erreger (MRE) zu entwickeln. 2011 nun haben sich alle 15 Kreise und



die kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein zum Netzwerk „Gemeinsam gegen Multiresistente Erreger in Schleswig-Holstein“ zusammengeschlossen.

Neben den kommunalen Gesundheitsämtern beteiligen sich Pflegekräfte, zahlreiche Kliniken und Krankenhäuser an den Netzwerkaktivitäten.

Die Netzwerkmitglieder haben sich zum Ziel gesetzt,

- die Ausbreitung von Infektionen mit MRE einzudämmen,
- die Kommunikation der Akteure untereinander zu verbessern,
- den Kenntnisstand aller Beteiligten zu erhöhen sowie
- die Zusammenarbeit und den Austausch mit Institutionen außerhalb des Kreisgebietes zu fördern.

Eine zentrale Maßnahme sind möglichst einheitliche Vorgaben und Richtlinien zur Hygiene in Krankenhäusern, Arztpraxen und Pflegeheimen.

Auf der Internetseite www.sh-mre.de findet man das landesweit abgestimmte Angebot des öffentlichen Gesundheitsdienstes zum Problem der multiresistenten Krankheitserreger sowie alle Ansprechpartner und Informationen über die Aktivitäten der einzelnen Kreise und kreisfreien Städte zum Thema.

► 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.ags-sh.de

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

www.biz.uk-sh.de

UKSH Akademie für Gesundheitsfachberufe am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

www.daa-sh.de

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

www.damp-akademie.de

Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich. Tochterunternehmen der Damp-Gruppe

ecs.aeksh.de

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

www.ibaf.de

Institut für berufliche Aus- und Fortbildung (IBAF)

www.itb-net.de

Institut für Training und Beratung GmbH (ITB)

www.oncampus.de

oncampus GmbH mit Online-Studiengängen und -Weiterbildung. Ausgründung der Fachhochschule Lübeck

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

www.aegsh.de

Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein

www.apotheke-sh.de

Apothekerverband und Apothekerkammer Schleswig-Holstein

www.fdh-sh.de

Fachverband Deutscher Heilpraktiker Landesverband
Schleswig-Holstein e. V.

www.hausarzt-sh.de

Wege zu einer hausärztlichen Tätigkeit in Schleswig-Holstein

www.heilbaederverband-sh.de

Heilbäderverband Schleswig-Holstein

www.kgsh.de

Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e.V. (KGSH)

www.kieler-fenster.de

Angebote für Menschen mit psychischen Problemen

www.krebsgesellschaft-sh.de

Zentrale Anlaufstelle für Krebspatientinnen und
-patienten in Schleswig-Holstein

www.krebsregister-sh.de

Krebsregister Schleswig-Holstein

www.kvsh.de

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

www.landarztleben.de

Wege zu einer landärztlichen Tätigkeit in Schleswig-Holstein

www.lvgfsh.de

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e. V.

www.bkk-bv-gesundheit.de/bkk-promig/117.0.html

„MiMi. Mit Migranten – für Migranten“. Vermittlung von interkulturellen Gesundheitslotsinnen und -lotsen

www.netzwerk-aeltere-migranten.de

Netzwerk Ältere Migrantinnen und Migranten in Kiel-Gaarden und Mettenhof

www.pksh.de

Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

www.reha-im-norden.de

Rehabilitationskliniken in Schleswig-Holstein

www.sh-gesundheit.de

Kompetenzzentrum zum Thema Gesundheitstourismus

www.shefakiel.de

Centrum für interkulturelle Gesundheitsförderung e. V. Migrantenselbstorganisation zur gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein

sh-mre.de

Gemeinsam gegen „Multiresistente Erreger“ 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.gesundheitsregionsegeberg.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

Hilfe und Informationen von der Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein e.V.

www.demenz-sh.de

Niedrigschwellige Angebote für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen vom Kompetenzzentrum Demenz.

www.kiwa-sh.de

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

www.lotsendienste.de

Regionale Unterstützungsangebote zum selbstständigen Leben.

www.pflege.schleswig-holstein.de

Pflegeportal des Ministeriums Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein

► AUTORINNEN UND AUTOREN

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



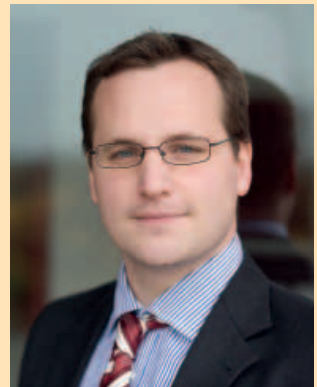
Gabriel Baertschi
Geschäftsführer AstraZeneca Deutschland GmbH, S. 67



Dr. Johann Brunkhorst
Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Schleswig-Holstein, S. 58



Prof. Günther Deuschl
Direktor der Klinik für Neurologie, UKSH, S. 60



Benjamin Feindt
DanMed, S. 80



Dr. Franz-Joseph Bartmann
Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, S. 10



Ludger Buitmann
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Landesvertretung Schleswig-Holstein, S. 26



Jessika Drescher
Betriebliche Gesundheit, Brücke Schleswig-Holstein gGmbH, S. 44



Prof. Regina Fölster-Holst
Oberärztin in der Universitäts-Hautklinik Kiel, S. 68



Jürgen-Heiko Borwieck
Geschäftsführer der Dräger Medical Deutschland GmbH, S. 22



Dr. Uwe Denker
Familienarzt i. R., Initiator der „Praxis ohne Grenzen“, S. 77



Claudia Erichsen
Projektmanagerin, Ev.-Luth. Diakonissenkrankenhaus Flensburg, S. 37



Daniela Friederich
Geschäftsführerin des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ), S. 36



Dr. Peter Froese
Vorsitzender des Apothekerverbandes Schleswig-Holstein e. V., S. 16



Barbara Heidsieck
Teamleiterin Chance Elisee, Kieler Fenster, S. 73



Dr. Ingeborg Kreuz
Vorstandsvorsitzende der KVSH, S. 12



Jana Langbrandtner
Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin, Akademisches Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung der Universität zu Lübeck, S. 66



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



Prof. Alexander Katalinic
Direktor des Instituts für Klinische Epidemiologie der Universität Lübeck, S. 48



Sonja Kuchel
Leiterin des Brückenteams der DRK Heinrich-Schwesterenschaft e. V., S. 42



Birgit Lawrenz
Leiterin des Referats für Migration im Amt für Familie und Soziales in Kiel, S. 72



Dr. Svante Gehring
Vorstandsmitglied der Ärztenossenschaft Nord, S. 18



Dr. Bernd Kölling
Leiter Personal, imland GmbH, S. 34



Sonja Laag
BARMER GEK Hauptverwaltung, Leiterin Versorgungsprogramm Ältere, S. 18



Randy Lehmann
Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein, S. 12

Scott Kottwitz
Geschäftsführer der akrus GmbH & Co. KG, S. 24

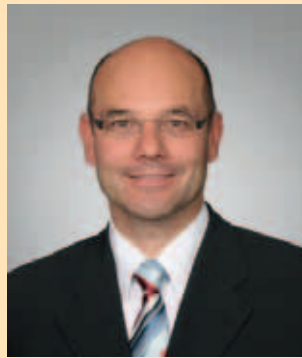
► AUTORINNEN UND AUTOREN



Dr. Michael Lohmann
Ärztchammer Schleswig-Holstein, S. 14



Dr. F.-Michael Niemann
K&N Gesellschaft für Informationsmanagement und Forschung im Gesundheitswesen mbH, S. 56



Dr. Christian Peters
Krankenhausdirektor, Ev.-Luth. Diakonissenkrankenhaus Flensburg, S. 37



Prof. Klaus F. Rabe
Ärztlicher Direktor, Krankenhaus Großhansdorf, S. 46



Prof. Heinz Lohmann
LOHMANN konzept GmbH, S. 21



Claus Nielsen
Teamwork4ce, S. 80



Dr. Uwe K. Preusker
Preusker Health Care, S. 39



Sharif Rahim
Projektkoordinator von Shefa e. V., Centrum für interkulturelle Gesundheitsförderung, S. 73



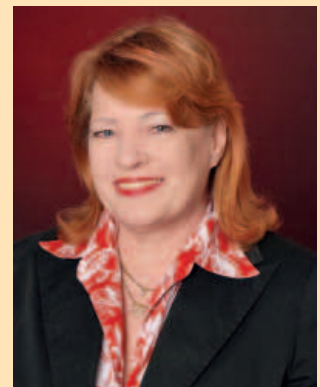
Kirsten Lorenz
Leiterin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Ärztchammer Schleswig-Holstein, S. 64



Dr. Christian Ottomann
Klinik für Plastische Chirurgie, UKSH, S. 78



Robert Quentin
Segeberger Kliniken, S. 38



Brigitte Ramp
Projektleitung, AWO Bildungszentrum Preetz, S. 74

Medibüro Kiel
S. 76



Prof. Heiner Raspe
Seniorprofessur für
Bevölkerungsmedizin der
Universität Lübeck , S. 48



**Dr. Carl Hermann
Schleifer**
Vorstandsvorsitzender der
Damp Holding AG, S. 20



Christian Schultz
sozialpolitischer Spre-
cher des Sozialverbands
Deutschland, Landesver-
band Schleswig-Holstein,
S. 32



Florian Unger
Verband der Ersatzkassen
e. V. (vdek), Landesvertre-
tung Schleswig-Holstein,
S. 26



Lara Rathje
Betriebswirtin für
Management im Gesund-
heitswesen, S. 57



Dirk Schnack
Ärzteblatt Schleswig-
Holstein, S. 7



**Dr. Stefanie
Schwembauer**
Geschäftsführerin der
Asklepios Nordseeklinik
Westerland GmbH, S. 28



Dr. Henrik Watz
Pneumologisches
Forschungsinstitut am
Krankenhaus Großhans-
dorf, S. 46



Andreas Reinert
GSB Deutsche Gesund-
heitssystemberatung
GmbH, S. 62



Prof. Jens Scholz
Vorstandsvorsitzender
des Universitätsklinikums
Schleswig-Holstein, S. 40



Gesine Stück
Redaktion Gesundheits-
portal, dsn Analysen &
Strategien | Kooperations-
management, S. 68, 81



Dr. Volker Wulf
Geschäftsführer der K LW
Krankenhausbetriebsge-
sellschaft mbH & Co. KG,
S. 25

► INSERENTENVERZEICHNIS

Wir danken den Inserenten für ihre Unterstützung.

6K-Verbund (Friedrich-Ebert-Krankenhaus GmbH Neumünster, Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH, Klinikum Itzehoe, Klinikum Bad Bramstedt, inland Kliniken Rendsburg und Eckernförde, Städtisches Krankenhaus Kiel)	S. 27
AMEOS Krankenhausgesellschaft Holstein mbH	S. 19
AOK NORDWEST	S. 63
Asklepios Kliniken Bad Oldesloe, Bad Schwartau, Sylt	S. 59
BG Nordsee Reha-Klinik	S. 79
Brücke Schleswig-Holstein gGmbH.	S. 65
Ev.-Luth. Diakonissenanstalt Flensburg.	S. 17
Damp Holding AG	S. 75
dsn Analysen & Strategien Kooperationsmanagement	S. 11
IKK Nord	S. 35
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein.	S. 23
Sana Kliniken Ostholstein, Lübeck, Regio Kliniken	S. 45
Schön Kliniken Bad Bramstedt, Neustadt	S. 41
Segeberger Kliniken GmbH.	S. 55
Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Schleswig-Holstein.	S. 69
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein.	S. 31
Verband der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Schleswig-Holstein.	S. 49
Wirtschaftsförderung und Technologietransfer Schleswig-Holstein GmbH	S. 71
Zeitschrift „Wie geht’s?“ (Finke-Werbung)	S. 61

► SPONSORENVERZEICHNIS

Wir danken der Ärztekammer Schleswig-Holstein für die Unterstützung.

