



CLINOTEL

www.clinotel.de

September 2006

Magazin

Der „Rote Max“ auf Siegerkurs

Ruppiner Kliniken gewinnen
den 4. Drachenboot Klinikcup!

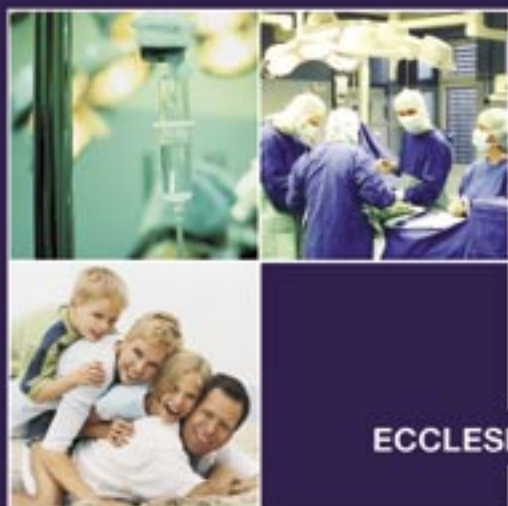


Ärger mit Kassen?

Fachgruppen tagten in Köln

Patientenrechte

St. Clemens Hospital sorgt vor



ECCLESIA Gruppe

Versicherungsmanagement für Krankenhäuser

- Marktführer in Deutschland
- Umfassender Service vor Ort
- Eigenständige Schadenbearbeitung

Spezielle Dienstleistungen

- Qualitäts- und Risikomanagement
- Betriebliche und private Altersversorgung
- Kfz Full-Service-Leasing

ECCLESIA Gruppe

Klingenbergstraße 4 ■ 32758 Detmold

Telefon: 05231 603-0 ■ Telefax: 05231 603-197

E-Mail: info@ecclesia.de

www.ecclesia.de



Liebe Leser,

nachdem nun die Eckpunkte zur nächsten Gesundheitsreform vorliegen, kann davon ausgegangen werden, dass der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser noch weiter steigen wird. Eine einprozentige pauschale Budgetkürzung bei steigenden Personalkosten wird einige Träger an die finanziellen Grenzen der Belastbarkeit bringen. Private Ketten reiben sich mancherorts bereits die Hände, um den angekündigten Wachstumskurs durch die weitere Übernahme öffentlicher bzw. freigemeinnütziger Krankenhäuser fortzusetzen. Insofern gilt es, dem wachsenden Druck weiter standzuhalten und mit gemeinsamen Anstrengungen das eigene Krankenhaus zukunftssicher aufzustellen. Die Projekte innerhalb des CLINOTEL-Verbundes sollen hierzu einen wichtigen Beitrag leisten.

Gerade in wirtschaftlich schwierigen Zeiten, in denen kurzfristige und vornehmlich auf Kostenreduktion ausgelegte Maßnahmen im Vordergrund stehen, darf die langfristige Strategie nicht aus den Augen gelassen werden, denn hier unterscheiden sich die Krankenhäuser voneinander. Folgerichtig hat Anfang August in der CLINOTEL-Geschäftsstelle ein Strategieworkshop stattgefunden, bei dem einige sehr interessante Projekte für die Zukunft des Verbundes herausgearbeitet werden konnten (s. auch Bericht auf Seite 15). Die Mehrzahl der

Projekte sind eindeutig dem Bereich Qualitätsmanagement zuzuordnen, der mehr und mehr in den Fokus der Unternehmensleitungen unserer Mitgliedshäuser drängt. Von vielen Außenstehenden anfangs belächelt, zeichnet sich ab, dass Qualität als Wettbewerbsfaktor immer mehr an Bedeutung gewinnen wird.

Durch die Beschäftigung mit diesem Thema seit der Gründung von CLINOTEL im Jahr 1999 stehen heute bereits eine Reihe von Projekten auf der Agenda, die zeigen, dass CLINOTEL-Mitgliedshäuser Qualitätssicherung nicht als gesetzliche Verpflichtung, sondern vielmehr als unternehmerische Entscheidung zur Zukunftssicherung verstehen (s. auch Beitrag zum freiwilligen Qualitätsbericht auf Seite 11). Gerade als Verbund haben wir die Chance, qualitätsrelevante Kennzahlen zu erarbeiten und uns untereinander zu vergleichen. Durch die ausreichende Entfernung zwischen den Mitgliedshäusern findet ein offener Austausch ohne Konkurrenzgedanken statt. Damit haben wir einen wichtigen Wettbewerbsvorteil privater Ketten aufgehoben und können uns sicherer fühlen als Krankenhäuser, die sich als „Einzelkämpfer“ dem Wettbewerb stellen müssen.

Wir hoffen, dass Ihnen die dritte Ausgabe unseres Magazins gefällt und wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen.

Mit den besten Grüßen aus Köln
Ihre CLINOTEL-Geschäftsführung
Prof. Dr. med. Andreas Becker
Udo Beck



Prof. Dr. med.
Andreas Becker



Udo Beck

Kosten sparen durch Kfz-Leasing

Viele Unternehmen, auch der Gesundheitswirtschaft, sehen sich mit dem Problem konfrontiert, dass die Kfz-Kosten stark gestiegen sind. Für Kfz-Ersatz und Neubeschaffung bleibt nur noch geringer Spielraum. Für die Kfz-Verantwortlichen ergibt sich ein hohes Konfliktpotential: Sie müssen die Kosten senken, haben aber zugleich die Verkehrssicherheit der eingesetzten Kraftfahrzeuge zu gewährleisten.

Als unabhängiger Dienstleister hat die Ecclesia Gruppe das Kfz-Leasing weiterentwickelt und damit einen effizienten Lösungsweg geschaffen. Das neue Kfz Full-Service-Leasing ist mehr als die reine Versicherung von Fahrzeugen. Kunden können weitreichende Dienstleistungen rund um das Fahrzeug abrufen. Neben der Gestaltung des Versicherungsschutzes bietet die Ecclesia Gruppe Fahrertraining, Risikoberatung, Versicherungstarife mit „Aktiver Schadenprozesssteuerung“ (ASPS) und – neu – das Leasing von Fahrzeugen an.

Seit 01.01.2006 hält die Ecclesia Leasingangebote für Kraftfahrzeuge bereit, so dass die Kunden auch in diesem Segment eine unabhängige Maklerdienstleistung in Anspruch nehmen können.

Die Angebote basieren auf Rahmenverträgen mit namhaften Leasingbanken, die sowohl in Hinblick auf das Preis/Leistungsverhältnis als auch unter Berücksichtigung des „Kleingedruckten“ sehr gute Konditionen bieten.



Leasing, wo liegen die Vorteile?

- Full-Service-Leasing ist schon ab einem Fahrzeug möglich.
- Investitionen ohne Kapitaleinsatz.
- Steuervorteile, Kreditaufnahme für Kfz-Flotte entfällt.
- Schonung der EK-Quote (Basel II) und der Kreditlinie.
- Liquidität muss nicht vorgehalten werden.
- Sicherstellung der Verkehrssicherheit (Neufahrzeuge).

Was steckt in dem Dienstleistungspaket?

- Unabhängige Maklerdienstleistung für das Kfz-Leasing.
- Analyse der derzeitigen Fuhrparkkosten.
- Ermittlung des „richtigen“ Leasing-Konzeptes, je nach individueller Situation.
- Auswahl des geeigneten Leasingpartners.
- Umsetzung des Leasing-Konzeptes.
- Laufende Betreuung bei weiteren Fahrzeugbeschaffungen.
- Angebote zum Kfz-Versicherungsschutz.



Ecclesia Versicherungsdienst GmbH

Telefon 05231 603-6174

E-Mail kfzvertrag@ecclesia.de

Internet www.ecclesia.de



Von den Besten lernen, zu den Besten gehören!

Liebe Mitarbeiter,

das Martin-Luther-Krankenhaus in Wattenscheid ist nun bereits seit fast drei Jahren Mitglied im CLINOTEL-Krankenhausverbund und gern habe ich das Angebot angenommen, in diesem Vorwort einige Gedanken zum CLINOTEL-Verbund zu äußern.

Schon beim ersten Kontakt zur CLINOTEL-Geschäftsstelle hat mich das Verbundmotto „Von den Besten lernen, zu den Besten gehören“ angesprochen. Das Thema Benchmarking hat für mich einen hohen Stellenwert, gerade in Zeiten, in denen die Bereitschaft zum kollegialen Austausch in der Region immer mehr nachlässt. Im Zeichen des stärker werdenden Wettbewerbs lässt sich niemand mehr „in die Karten schauen“ bzw. gibt bereitwillig Informationen über eigene Projekte und Erfahrungen.

Wie erfrischend war da die erste Sitzung mit den Geschäftsführerkollegen aus dem CLINOTEL-Verbund, bei der nicht nur die Erfolge dargestellt wurden, sondern offen auch über Dinge gesprochen wurde, die nicht optimal gelaufen sind und die man beim nächsten Mal anders angehen würde. Aber gerade hier liegt der Vorteil im Verbund, nämlich einmal gemachte Fehler in anderen Einrichtungen zu vermeiden.

Von Beginn an haben wir alles daran gesetzt, an den CLINOTEL-Projekten erfolgreich teil-

zunehmen und für das Martin-Luther-Krankenhaus einen möglichst hohen Nutzen aus der Mitgliedschaft zu ziehen. Am Beispiel des Projektes „DRG-Kalkulation und Benchmarking“ möchte ich schildern, warum die Ergebnisse aus den Projekten mich immer wieder beeindrucken: Ohne teure Softwarelösungen konnte die CLINOTEL-Geschäftsstelle aus den von uns gelieferten Daten eine komplette Kalkulation aller DRGs erstellen, so dass uns klare Ergebnisse zu jeder einzelnen DRG vorliegen. Die Vergleichsdaten der teilnehmenden Mitgliedshäuser, wie z. B. angeforderte Laborpunkte pro DRG, wurden offen gelegt. In Workshops gemeinsam mit Geschäftsführern, Chefärzten, Pflegedienstleitungen und Controllern aus den teilnehmenden Mitgliedshäusern wurden im persönlichen Austausch Stärken und Verbesserungspotenziale erörtert. Die daraus entstandenen Verbesserungen waren im Folgejahr konkret messbar. Dieses Beispiel ist nur eines von vielen, in denen uns die Vergleiche mit anderen, nicht konkurrierenden Krankenhäusern konkrete Vorteile bringen. Umsetzen müssen wir die gewonnenen Erkenntnisse natürlich selbst, wobei uns die Mitarbeiter der CLINOTEL-Geschäftsstelle regelmäßig vor Ort aktiv unterstützen. So konnten wir in den drei Jahren seit unserem Beitritt einen enormen Zuwachs an Transparenz erfahren und sehen uns bei den erforderlichen Veränderungen an der Seite vieler starker Partner, zu denen wir uns selbst



Dietmar Ewerling, Geschäftsführer Martin-Luther-Krankenhaus Wattenscheid gGmbH

– auch das ist eine wichtige Erkenntnis verschiedener Auswertungen – ebenfalls durchaus zählen können.

An dieser Stelle möchte ich auch meinen Mitarbeitern in den Fachgruppen danken; denn neben dem laufenden Tagesgeschäft ist die Datenerhebung und Datenerfassung sowie der Datentransfer zur Geschäftsstelle mit einem gewissen Aufwand verbunden. Die positiven Ergebnisse für unser Haus sind aber auch Motivation und Ansporn für alle.

Viele Grüße aus dem Martin-Luther-Krankenhaus Wattenscheid

Ihr Dietmar Ewerling

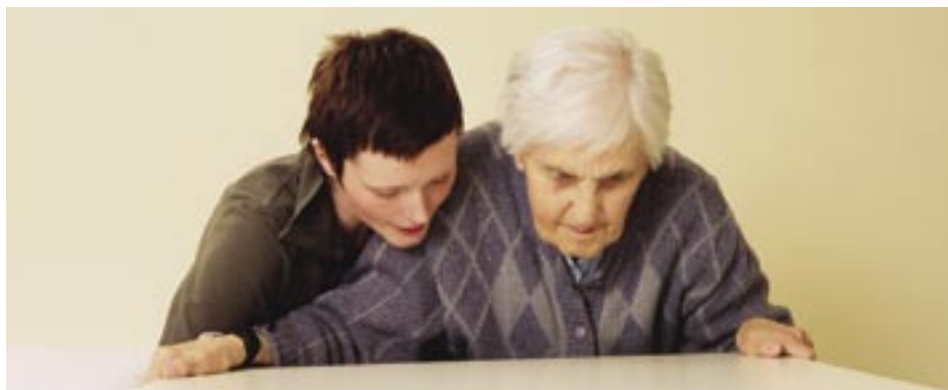


CLINOTEL-Verbund

Die Controller-Gespräche10
 Die CLINOTEL-Qualitätsberichte 200511
 Immer Ärger mit den Kassen?!.....12
 Allein oder im Verbund in die Zukunft?13
 Leistungsorientierte Vergütung und langjährige Arbeitszeitkonten14
 Offene Worte in der PDL-Fachgruppe15
 Die Zukunft im Blick – Strategieworkshop15
 Kann die Abrechnung verbessert werden? Auswertungen auf dem Prüfstand.....16
 Die CLINOTEL-Fachabteilungen17



Controller-Gespräche
Seite 10



Einbahnstraße Pflegeheim – umkehrbar? Seite 18

Aus den Mitgliedshäusern

Einbahnstraße Pflegeheim – umkehrbar?18	Impulsquelle „scant“ die Leber24
Amputationen, Herzinfarkte und Schlaganfälle sind vermeidbar!20	Patientenrechte25
Juliuspital Würzburg – Erfahrungen eines Verbundneulings21	Blutbild in nur acht Minuten.....26
So sehen Sieger aus – der 4. Drachenboot Klinikcup22	Neue Zentrale Notaufnahme in Vilsbiburg.....27
	Kunsttherapie eröffnet Kranken neue Perspektiven in Lünen28
	Im Gehirn sicher unterwegs mit modernster Neuronavigation31



Kunsttherapie eröffnet Kranken neue Perspektive Seite 28

Namen & Nachrichten

Das moderne Management
 chronischer Wunden zahlt sich aus32
 Kodierer entlasten Ärzte34
 Die Zeit des „Herumrennens“
 in der Apotheke ist jetzt vorbei35
 Rezertifizierung in Bochum36

Chefarzt der Ruppiner Kliniken
 zum Professor ernannt38
 33. Gesundheitsdialog in Lünen38
 Neuer Funktionstrakt in Moers39
 Stabübergabe in der Inneren in Moers39
 Innerbetriebliches Vorschlagwesen –
 schon sieben Ideen umgesetzt40
 Prof. Dr. F. Kersting verabschiedet40
 Med. Klinik III in Ingolstadt gegründet41
 Klinikum Ingolstadt ist anerkannte
 Diabetiker-Behandlungseinrichtung41
 Prof. Dr. Dr. Stoll neuer MKG-Chefarzt41
 Brustzentrum Rheinpfalz gegründet42
 Hörtest bei Neugeborenen in Lünen42
 Dr. Klaus Becker – Arzt und Manager43
 Klinikum Ingolstadt ist Lehrkrankenhaus
 für Anästhesiologie43

 Impressum40

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit hat sich die Redaktion dazu entschlossen, für die Beiträge in diesem Magazin die männliche Form zu verwenden. Sämtliche Ausführungen gelten selbstverständlich in gleicher Weise für unsere geschätzten Leserinnen.

Stark im Verbund - Die CLINOTEL-Mitglieder



Die 14 Mitgliedshäuser von CLINOTEL verfügen insgesamt über 600 Mio. Euro Budget, versorgen 220.000 stationäre Patienten, beschäftigen 12.500 Mitarbeiter, halten 6.449 Planbetten vor und betreiben weitere Tochtergesellschaften bzw. halten Beteiligungen.

Martin-Luther-Krankenhaus gGmbH Wattenscheid

Voedestr. 79 • 44866 Bochum

Telefon: 02327 65-0

www.martin-luther-krankenhaus-bo.de



Stiftungsklinikum Mittelrhein gGmbH

Johannes-Müller-Str. 7 • 56068 Koblenz

Telefon: 0261 137-0

www.stiftungsklinikum.de



Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH

Hochstr. 29 • 14770 Brandenburg an der Havel

Telefon: 03381 411-0

www.klinikum-brandenburg.de



Krankenhaus Landshut-Achdorf

Achdorfer Weg 3 • 84036 Landshut

Telefon: 0871 404-0

www.kh-landshut-achdorf.de



Klinikum Ingolstadt GmbH

Krumenauerstr. 25 • 85049 Ingolstadt

Telefon: 0841 880-0

www.klinikum-ingolstadt.de



St.-Marien-Hospital Lünen

Altstadtstr. 23 • 44534 Lünen

Telefon: 02306 77-0

www.smh-online.de



St. Josef Krankenhaus GmbH Moers

Asbergerstr. 4 • 47441 Moers

Telefon: 02841 107-0

www.st-josef-moers.de**Klinikum Starnberg**

Oßwaldstr. 1 • 82319 Starnberg

Telefon: 08151 18-0

www.klinikum-starnberg.de**Ruppiner Kliniken GmbH**

Fehrbelliner Str. 38 • 16816 Neuruppin

Telefon: 03391 39-0

www.ruppiner-kliniken.de**Kreiskrankenhaus Vilsbiburg**

Krankenhausstr. 2 • 84137 Vilsbiburg

Telefon: 08741 60-0

www.kkh-vilsbiburg.de**St. Clemens Hospitale Sterkrade gGmbH**

Wilhelmstr. 34 • 46145 Oberhausen

Telefon: 0208 695-0

www.clemenshospitale.deSt. Clemens Hospitale Sterkrade gGmbH
Krankenhaus • Altenzentrum • Sozialstation**Kreisklinik Wolfratshausen gGmbH**

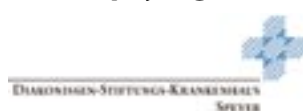
Moosbauerweg 5 - 7 • 82515 Wolfratshausen

Telefon: 08171 75-0

www.kreisklinik-wolfratshausen.de**Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer gGmbH**

Hilgardstr. 26 • 67346 Speyer

Telefon: 06232 22-0

www.diakonissen-speyer.de**Juliuspital Würzburg**

Juliuspromenade 19 • 97070 Würzburg

Telefon: 0931 393-0

www.juliuspital.de

Wie aus Zahlen wichtige Informationen werden

Die Controller-Gespräche

Vor fast einem Jahr wurde von der CLINOTEL-Geschäftsstelle zur Intensivierung des Know-how-Austausches im Bereich Controlling ein neues Projekt initiiert, welches regelmäßige Gespräche der Referentin Controlling der CLINOTEL-Geschäftsstelle, Frau Bianca Pfeuffer, mit den Controllern der einzelnen Mitgliedshäuser vorsieht. Jeweils in der letzten Monatswoche werden die Controller angerufen. Mit ihnen werden Kennzahlen anhand der zur Verfügung stehenden CLINOTEL-Auswertungen besprochen, der Stand der Entgeltverhandlungen ausgetauscht und weitere aktuelle Controlling-Themen diskutiert. Für 2006 wurden die Termine bereits zu Jahresanfang festgelegt, bekannt gegeben und bis heute eingehalten.

Wenn man die Aufgabe des Controllings darin sieht, durch Bereitstellung steuerungs-



Bianca Pfeuffer, Referentin Controlling in der CLINOTEL-Geschäftsstelle beim Controller-Gespräch



Elke Kopf, Controllerin der Ruppiner Kliniken GmbH beim Controller-Gespräch

relevanter Daten zur Unternehmensführung entscheidend beizutragen, benötigt der Controller zum einen den vollständigen Überblick über sämtliche Kennzahlen des Hauses, insbesondere Leistungen, Erlöse und Kosten betreffend. Er muss zum anderen die Einflussgrößen auf die Unternehmensdaten kennen, sie regelmäßig beobachten, sie miteinander vernetzen und schließlich – auf die Planung bezogen – rückkoppeln und zu Händen der Führungskräfte kommentieren. Ziel der Controller-Gespräche ist es in diesem Zusammenhang, den Überblick verschaffen zu helfen, für die Steuerung wichtige Daten herauszuarbeiten (mit Hilfe von Vergleichsdaten aus dem Verbund) sowie Hinweise auf entsprechende Abweichungen und daraus abzuleitende Maßnahmen zu geben.

Zu Anfang galt es, alle Projekte und Auswertungen den Controllern bekannt zu machen; dies führte zu ersten „Aha-Erlebnissen“.

Darüber hinaus wurden Zusammenhänge zwischen den verschiedenen CLINOTEL-Projekten deutlich. Pflügt man unterjährig seine Falldatenlieferung an die CLINOTEL-Geschäftsstelle, hat man am Jahresende die Sicherheit, dass vollständige Daten in die unterschiedlichen Projekte einfließen.

Im Laufe der Monate wurden dann Fragen der Leistungs- und Budgetplanung mit den monatlichen Auswertungen vernetzt diskutiert und Kennzahlen des Forderungsmanagements und der leistungsbezogenen Kostenentwicklung (Personalkennzahlen,

Die CLINOTEL-Qualitätsberichte 2005

Freiwilliges Bekenntnis zur Qualität

Bereits zum vierten Mal jährt sich die Veröffentlichung der Qualitätsberichte im CLINOTEL-Krankenhausverbund. Obwohl für das Jahr 2005 durch den Gesetzgeber keine Verpflichtung für Krankenhäuser bestand, erneut einen Qualitätsbericht zu erstellen, haben sich 10 von 14 Mitgliedshäusern dazu entschieden, an diesem Projekt innerhalb des Verbundes teilzunehmen.

So auch die St. Clemens Hospitale Sterkrade in Oberhausen, deren Geschäftsführer Peter Tischmann erklärt: „Gerade hier im Ruhrgebiet ist der Wettbewerb um Patienten besonders groß. Mit diesem umfassenden freiwilligen Qualitätsbericht möchten wir unseren Patienten zeigen, dass Qualitätssicherung für unser Haus einen besonderen Stellenwert hat. Darüber hinaus nutzen wir und ein anderes Mitgliedshaus beim Audit durch CLINOTEL die Möglichkeiten des umfassenden Wissenstransfers innerhalb des Verbundes.“

Im Ergebnis tragen die aktuell fertig gestellten Berichte mit einer Fülle von Informationen zum Krankenhaus zu deutlich mehr Transparenz bei. Ursprünglich nur zum internen Einsatz gedacht, werden die Berichte auch von der Öffentlichkeit sehr gut angenommen. Mehrere tausend Besucher der Homepage des CLINOTEL-Krankenhausverbundes haben sich anhand der im Internet veröffentlichten Berichte über die Mitgliedshäuser informiert.

Da die Berichte Grundlage für das CLINOTEL-Auditkonzept sind, werden die Sachverhalte sehr detailliert beschrieben. An einer einheitlichen Vorgabe orientiert, stellen die Abteilungen ihre Prozesse unter Angabe von Zielen und Ergebnissen dar. Damit sind Stärken und Verbesserungspotenziale auch für Außenstehende erkennbar.

Neu in dem diesjährigen Bericht ist die mögliche Darstellung von Qualitätsindikatoren



Übergabe des CLINOTEL-Qualitätsberichts 2005 im Oberhausener St. Clemens Hospital Sterkrade v.l. Geschäftsführer Peter Tischmann, Ärztliche Vorstände Dr. Theodor Nienhaus und Dr. Stefan Scholten, Pflegedirektorin Petra Stecker, Prokurist und Technischer Direktor Hans Rosenkranz, CLINOTEL-Qualitätsbeauftragter Frank Heine-Silberg

an verschiedenen Stellen zu Parametern wie z. B. Komplikationen, Personalqualifikation, etc. Daran wird erkennbar, dass sich Qualität im Krankenhaus in manchen Bereichen auch darstellen lässt, indem sie „gemessen“ wird. Dies können eine vergleichsweise geringe Komplikationsrate bei Hüftoperationen oder im Pflegedienst die guten Ergebnisse beim Dekubitusmanagement sein. Zahlreiche Abteilungen und Pflegedienste haben die Berichte dazu genutzt, durch die jährliche Darstellung ihre Qualitätssicherungssysteme zu analysieren und anschließend weiter zu optimieren. Nahezu sämtliche teilnehmenden Bereiche haben erkannt, dass jenseits von gesetzlichen Verpflichtungen das Bemühen um kontinuierliche Verbesserung unverzichtbarer Bestandteil einer Organisation sein muss.

Die alleinige Behauptung, dies zu wollen, reicht heute nicht mehr aus. Die Ergebnisse der Bemühungen hierzu müssen nachvollziehbar und überprüfbar sein.

Kalkulationsergebnisse) thematisiert.

Aus Sicht der Geschäftsstelle kann man nach einem Jahr Erfahrung zusammenfassen:

- Die Controller der Mitgliedshäuser nehmen diesen Service regelmäßig an; die Termine werden freigehalten, Rückrufe und Abwesenheitsmeldungen durchgeführt.

- Es findet ein besonders reger Austausch über den jeweiligen Stand der Entgeltverhandlungen statt; offensichtlich wird der Wissensaustausch über die Geschäftsstelle sehr geschätzt – vermutlich aufgrund des hochkomplex und sehr speziell gewordenen Dauerthemas.

- Datenlieferungen verbessern sich hinsichtlich Vollständigkeit und Qualität.

- Controller lernen noch nie gesehene Auswertungen kennen, was ggf. zu weiterer interdisziplinärer Diskussion und Beratung führt.

- Kennzahlen über Leistungen (fehlbelegte Fälle, CMI, PPR-Minuten), Erlöse (Basisfallwert, Preise für Zusatzentgelte und Tagessätze) sowie Kosten (Personalkennzahlen, Kalkulationsergebnisse) geraten in die Routinebeobachtung; es kommt zu einer Verknüpfung der Aussagen.

- Die „letzte Meile“ – die interne Kommunikation – kann der Controller im Haus nun besser bewältigen.

Gemeinsames Treffen der Fachgruppen Klinisches Controlling und Patientenabrechnung

Immer Ärger mit den Kassen?! Wie gehen wir mit dem MDK um?

Am 13. und 14.07.2006 trafen sich die Fachgruppen (FG) Klinisches Controlling und Patientenabrechnung erstmals zur gemeinsamen Sitzung in Köln. Nach der Begrüßung tagten die Fachgruppen zunächst getrennt voneinander.

Ein reger Austausch über Neuigkeiten in den Mitgliedshäusern wurde in der FG Klinisches Controlling durchgeführt; insbesondere berichteten die Teilnehmer über Prozessveränderungen bei MDK-Prüfungen und internen Kommunikationswegen. Im Abschlussreferat des Tages konnten die Teilnehmer dem Vortrag von Herrn Dr. Stefan Meyring aus der St. Lukas Klinik Solingen folgen, der die Einführung eines kompetenzbasierten Fachweiterbildungskonzeptes in einer neurologischen Abteilung beschrieb.

Die FG Patientenabrechnung begann nach der Vorstellung des neuen Mitgliedshauses in Würzburg mit einem offenen Austausch über Neuigkeiten in den Mitgliedshäusern. Schwerpunkt der Sitzung war neben akuten Abrechnungsproblemen (auch bei ambulanten Leistungen) insbesondere das CLINOTEL-Projekt „Monatliche Auswertung der Kassen-



Jörg Meister, Rechtsanwalt und stellvertretender Geschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, bei seinem Vortrag

anfragen“. Zunächst tauschte man sich über Auswertungsroutinen und -möglichkeiten für die hausindividuelle Nutzung der Datenübersichten aus; Bianca Pfeuffer, Referentin Controlling aus der CLINOTEL-Geschäftsstelle, demonstrierte interessante Beispiele aus dem Projekt. Anschließend wurden Ideen zur Weiterentwicklung der Berichte beraten.

Am ersten Tag des gemeinsamen Treffens kam es bereits zum ersten thematischen Austausch zwischen den Fachgruppen, denn Frau Pfeuffer berichtete den Klinischen Controllern über die Projekte in den Bereichen Forderungsmanagement und betriebswirtschaftliches Controlling, während CLINOTEL-Geschäftsführer Prof. Dr. Andreas Becker Auswertungen und Organisation des Projektes Analyse und Optimierung der Kodierungsqualität (AOK-Projekt) bei den Patientenabrechnern ausführlich vorstellte.

Auswertungsgespräche fördern das Team

Dabei ging er zunächst auf die Bedeutung einer (guten) Kodierungsqualität im Zusammenhang mit der Erlössicherung ein, stellte den Know-how-Austausch in der FG Klinisches Controlling und den Beratungsge-



Gemeinsames Treffen der Fachgruppen Klinisches Controlling und Patientenabrechnung am 13. – 14.07.2006

sprächen vor Ort dar, streifte dann die datentechnische Organisation der täglichen und monatlichen Datenauswertungen, bevor er diese umfassend mit Ziel, Auswertungsinhalten und Analysemöglichkeiten beschrieb. Schließlich wurde deutlich, dass die interne Organisation in ein Gesamtkonzept passen sollte; regelmäßige Besprechungen der Auswertungen, auch unter Hinzuziehung der Verwaltungsmitarbeiter, bieten dauerhafte Transparenz und Verbindlichkeit und fördern den Teamgedanken.

Frau Pfeuffer begann ihr Referat mit der Darstellung der Kennzahlen Forderungsmanagement, die als Qualitätskennzahl für den gesamten Prozess der Liquiditätssicherung im Krankenhaus dienen kann. Hierzu gehören neben einem zeitnahen und qualitativ hochwertigen medizinischen Fallabschluss (Kodierung) die verwaltungstechnische Sicherung aller Abrechnungsdaten sowie der Umgang mit Kassen- und MDK-Anfragen. Sie verwies in diesem Zusammenhang auf das Projekt Taskforce Forderungsmanagement, bei dem Musterschreiben für spezielle Fallgestaltungen zur Verfügung gestellt werden sowie auf die regelmäßigen Auswertungen der Kassenanfragen. Interessiert betrachteten die FG-Mitglieder die Verbindung zu dem AOK-Projekt. Schließlich wurden die Projekte Controller-Gespräche (siehe Seite 10) und Unterstützung bei der Budgetplanung vorgestellt.

Tipps zum Umgang mit Kassen und MDK

Der folgende Vormittag wurde von Herrn Jörg Meister, Rechtsanwalt und stellvertretender Geschäftsführer der Deutschen Kran-

Zukunftsstrategie Krankenhaus Allein oder im Verbund in die Zukunft?

Unter diesem Motto hatten das Klinikum Brandenburg und die CLINOTEL-Geschäftsstelle gemeinsam am 23.08.2006 zu einer Informationsveranstaltung für Krankenhäuser in Berlin eingeladen. Über 30 Geschäftsführer und Verwaltungsdirektoren aus der näheren und weiteren Umgebung sind der Einladung gefolgt und haben gemeinsam mit den Referenten einen Blick in die Zukunft der Krankenhäuser und der Managementstrukturen geworfen.

Gabriele Wolter aus dem CLINOTEL-Mitglieds- haus Klinikum Brandenburg machte bei ihrer Begrüßung darauf aufmerksam, dass die gemeinsamen Probleme der öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser nicht durch gegenseitiges „Bekämpfen“, sondern vielmehr durch eine intensivere Zusammenarbeit gelöst werden können. „Wie überall haben auch in den neuen Bundesländern die privaten Ketten an Boden gewonnen; für gute öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser bietet der CLINOTEL-Krankenhausverbund eine echte Alternative“, erklärte Gabriele Wolter.

Die Zukunft der Krankenhäuser aus Sicht der Krankenkassen wurde von Dr. Wulf-Dietrich Leber vom AOK-Bundesverband dargestellt. „Die kommende Gesundheitsreform wird voraussichtlich eine weitere Öffnung des ambulanten Sektors für die Krankenhäuser bringen, die Krankenhäuser werden neben dem Budget weitere Einnahmequellen generieren müssen“, lautete eine von mehreren interessanten Thesen Dr. Lebers. Verbünde, die ihr Wissen darüber austauschen, seien hier im Vorteil.

Know-how-Transfer, Projekte und die Verbundstrukturen stellten die CLINOTEL-Geschäftsführer Prof. Dr. Andreas Becker und Udo Beck in ihren Vorträgen mit dem Titel „Zukunftssicherung im CLINOTEL-Kranken-

kenhausgesellschaft, eröffnet. Er referierte über die juristischen Beziehungen des Krankenhausträgers zum Patienten bzw. zu dessen Krankenkasse, stellte Informationsrechte der Krankenkassen vor, umschrieb das Prüfrecht des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) und gab zahlreiche Tipps und Ratschläge zum Umgang mit Zahlungsverweigerungen und -verzögerungen der Krankenkassen. Die Diskussion war sehr lebhaft. Alle Teilnehmer haben die Darstellung des juristischen Denkens als bereichernd empfunden, konnten zu akuten Fragestellungen in den Häusern Antworten erhalten und auch Verknüpfungen zu den CLINOTEL-Projekten herstellen. Eine Wiederholung wurde ange-regt.

Anfragequote des MDK sinkt

Zum Abschluss des zweitägigen Treffens demonstrierte Herr Markus Frieling, Teamleitung Controlling/Medizincontrolling im Mitgliedshaus in Koblenz, wie Prüfquote und Bearbeitungszeit (Tage zwischen Entlassung des Patienten und Gewissheit über das Prüfergebnis) des MDK seit Umstellung des Prüfverfahrens auf MDK-Begehungen vor Ort deutlich gesenkt werden konnten. Er stellte die Reorganisation der Prozesse und die Ergebnisse dar. Eine enge Zusammenarbeit mit der Abteilung Patientenabrechnung, die parallel eine steigende Anfragequote zu verzeichnen hatte (Fehlbelegung), wurde als nächstes Ziel definiert.

Zwei interessante Tage wurden bei einem Abschlussimbiss und kollegialen Gesprächen beendet.



Gabriele Wolter, Geschäftsführerin der Klinikum Brandenburg GmbH bei ihrem Begrüßungsvortrag



Interessierte Zuhörer im Seminarraum des Berliner Maritim Hotels

hausverbund“ vor. Das neue Projekt „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ stieß bei den Teilnehmern ebenso auf Interesse wie die seit mehreren Jahren entwickelten Vergleichsdaten auf der DRG-Ebene zu Kosten und Leistungen.

Prof. Alfons Runde, Hochschullehrer und Krankenhausberater, gab zum Abschluss mit seinem Vortrag „Kernerfolgskriterien eines zukunftsorientierten Krankenhausmanagements“ den anwesenden Führungskräften einige wertvolle Hinweise, wie man im Management nachhaltigen Erfolg erzielen kann. Insgesamt konnte auch in den Diskussionen festgehalten werden, dass Verbundkrankenhäuser durch die Möglichkeit des Vergleiches mit anderen Krankenhäusern Vorteile gegenüber „Einzelkämpfern“ haben, die im Rahmen einer langfristigen Zukunftssicherung von entscheidender Bedeutung sind.



Die Fachgruppe Personalmanagement vor dem Fürstenbau im Juliusspital Würzburg

12. Treffen der Fachgruppe Personalmanagement in Würzburg. Die Zukunftsthemen:

Leistungsorientierte Vergütung & langjährige Arbeitszeitkonten

Am 01. und 02.06.2006 hat die Fachgruppe Personalmanagement sich seit ihrer Gründung im Jahr 2001 zum 12. Mal getroffen. Eingeladen hatte das neue Mitgliedshaus Juliusspital in Würzburg. Oberpflegamtsdirektor Freiherr von Andrian-Werburg stellte den Mitgliedern zunächst die traditionsreiche im Jahre 1576 gegründete Stiftung im Rahmen einer Präsentation vor. Später konnten die Eindrücke einer gelungenen Kombination traditioneller baulicher Grundstrukturen und modernster medizinischer Ausstattung bei einer beeindruckenden Besichtigung vertieft werden.

Die Fachgruppe hat sich an den beiden Sitzungstagen mit aktuellen Projekten und künftigen Perspektiven aus dem Bereich Personalmanagement befasst. Die Auswertungen zu den Personalkennzahlen, die seit diesem Jahr erstmalig auch die Fluktuationsstatistiken vergleichend gegenüberstellen, haben einige interessante Darstellungen für die Mitglieder der Fachgruppe geboten. Eine Eingabe über die Entwicklung der Reise- und Fortbildungskosten sowie die Hand-



Karsten Gebhard vom Verband der diakonischen Dienstgeber in Deutschland bei seinem interessanten Vortrag

habe im Umgang mit Anträgen auf Dienstreisen und Fortbildungen wurde umfassend diskutiert. Die dazu vorgestellten Auswertungen sollen künftig einmal pro Jahr im Rahmen der Personalkennzahlen abgefragt und dargestellt werden. Als weiterer Tagesordnungspunkt wurde das Thema „leistungsorientierte Vergütung“ erörtert, um hier einen Austausch zum aktuellen Stand der Entwicklungen in den Mitgliedshäusern zu erreichen. Auch das Thema Langzeitkonten wurde zur Diskussion gestellt. Grundsätzlich besteht

innerhalb der Fachgruppe Einigkeit darüber, dass das Thema an Bedeutung gewinnen wird, da davon auszugehen ist, dass die derzeitigen Regelungen zur Altersteilzeit künftig möglicherweise wegfallen werden und Langzeitkonten eine mögliche Alternative darstellen können.

Herr Karsten Gebhard vom Verband der diakonischen Dienstgeber in Deutschland hat einen Vortrag gehalten mit dem Titel „Die aktuelle tarifrechtliche Situation im Bereich AVR, TVöD“, über den ebenfalls umfassend diskutiert wurde, insbesondere hinsichtlich der mittel- und langfristigen Konsequenzen, die sich für die Krankenhäuser hieraus ergeben.

Wie üblich, gab es auch eine freie Tagesordnung, in der die Mitglieder der Fachgruppe tagesaktuelle Probleme (z. B. die Bitte um Unterstützung bei schwierigen Stellenbesetzungen, etc.) erörtern konnten.

Die nächste Sitzung der Fachgruppe findet am 26. Oktober 2006 im Martin-Luther-Krankenhaus Wattenscheid in Bochum statt.

12. Treffen der FG Pflegedienstleitung - Besonderes Kennzeichen der Gruppe:

Offene Worte - wo können wir noch besser werden?

„Die Krankenhäuser vor Ort kennen zu lernen, halte ich für einen großen Vorteil unserer Fachgruppentreffen“ erklärt Oliver Wittig, Pflegedienstleiter im St. Josef Krankenhaus in Moers und Mitorganisator des 12. Treffens der Fachgruppe Pflegedienstleitung am 06. und 07.07.2006 in Speyer.

Nachdem alle Teilnehmer die aktuellen Entwicklungen aus ihren Häusern dargestellt hatten, wurden verschiedene einzelne Projekte vorgestellt und diskutiert. Aus dem St. Josef Krankenhaus in Moers stellte Herr Wittig die folgenden Projekte vor:

- Niederschwellige Angebote für Menschen mit demenziellen Veränderungen
- Entlassungsmanagement
- Stationsbegehung im konservativen Bereich

Erster CLINOTEL-Strategie-workshop in Köln

Die Zukunft im Blick

„Das wäre doch einmal etwas für CLINOTEL“ ist ein häufig gesprochener Satz, der immer dann formuliert wird, wenn jemand glaubt, nicht ein einzelnes Krankenhaus habe eine neue Herausforderung zu bewältigen, sondern alle bzw. eine Mehrzahl der CLINOTEL-Mitgliedshäuser. Eine zunächst einfach anmutende Idee dann aber unter verschiedenen Aspekten zu durchdenken, kostet Zeit und bedarf einer Struktur.

Beim letzten Treffen der Geschäftsführer im Mai diesen Jahres wurde der Beschluss gefasst, sich einmal einen ganzen Tag lang ausschließlich mit dem Thema künftige Entwicklung von Projekten im CLINOTEL-Verbund zu beschäftigen. Hierzu hatten sich die Geschäftsführer bzw. Verwaltungsdirektoren aus Koblenz, Lünen, Oberhausen, Speyer

Frau Gabriele Plaasch aus den Ruppiner Kliniken stellte das Konzept des seit 2004 umgesetzten Schichtdienstmodells mit fachübergreifenden Diensten im Ärztlichen Dienst unter dem besonderen Aspekt der Auswirkungen auf den Pflegedienst vor. Wie üblich steht innerhalb des Verbundes das genaue Projektwissen allen Mitgliedshäusern zur Verfügung und kann bei Bedarf von den Kollegen angefordert werden. Mit dem Beitrag eines externen Referenten (Frank Schaan aus den Katholischen Kliniken Essen) zum Thema „Stationservice“ wurden den Mitgliedern weitere Anregungen für eigene Überlegungen gegeben.

Alle Themen wurden umfassend erörtert. „Was mir seit der Gründung von CLINOTEL immer wieder gut gefällt, ist die Offenheit, mit der in-

und Starnberg bereit erklärt. Der Workshop fand am 02.08.2006 ganztägig in der CLINOTEL-Geschäftsstelle in Köln statt. Insgesamt 22 Vorschläge aus den Mitgliedshäusern und der Geschäftsstelle wurden unter den Aspekten Aufwand und Nutzen, hohes Mitgliederinteresse (Anzahl der profitierenden Häuser) sowie Bindungswirkung für den Verbund erörtert. Bei der Diskussion der oben genannten Aspekte hat sich ein Schwerpunkt für Projekte im Bereich Qualitätssicherung gebildet, denn hier steht der Nutzen für den Patienten im Vordergrund. Das Thema gerät allerdings auch immer mehr in den Fokus der Krankenhausleitungen, da mit den Daten aus den CLINOTEL-Projekten nachgewiesen werden kann, dass eine gute medizinische Ergebnisqualität für positive Ergebnisse bei den Kosten- und Erlösstrukturen sorgt.

Gerade die Projekte im Bereich Qualitätssicherung lassen sich darüber hinaus gut öffentlichkeitswirksam präsentieren, was der Marke CLINOTEL weitere Geltung verschaffen wird. Wenn Patienten mit der Mitgliedschaft eines Krankenhauses verbindliche Qualitätskonzepte verbinden können, hat CLINOTEL eine gute



Regel Austausch in der Fachgruppe Pflegedienstleitung bei ihrem 12. Treffen in Speyer

nerhalb der Fachgruppe gesprochen wird“, so Katja Schwenk aus dem Stiftungsklinikum Mittelrhein in Koblenz, das seit der Gründung im Jahr 1999 CLINOTEL-Mitglied ist. „Es wird nicht nur das Positive herausgestellt, sondern klar gesagt, was anders oder besser hätte laufen können“, ergänzte sie.

Das nächste Treffen findet am 09.11.2006 in der CLINOTEL-Geschäftsstelle in Köln statt.



Teilnehmer des ersten CLINOTEL-Strategieworkshops am 02.08.2006 in Köln

Chance, mittelfristig als Qualitätsbegriff bei Patienten und Krankenkassen zu gelten.

Gerade beim Auf- bzw. Ausbau neuer Behandlungsformen wie Medizinische Versorgungszentren oder Integrierte Versorgung könnte mit definierten Qualitätsstandards aus dem CLINOTEL-Verbund geworben werden.

Die gemeinsam erarbeiteten Ergebnisse werden in der nächsten Versammlung der Geschäftsführer im November 2006 vorgestellt und erörtert. Dort wird der Aktionsplan für das Jahr 2007 beschlossen, so dass dann möglicherweise das eine oder andere zukunftsweisende Projekt in die konkrete Umsetzung gelangen kann.

Der Strategie-Workshop soll künftig in regelmäßigen zeitlichen Abständen stattfinden.

Kodierung wird weiter optimiert – Wie kann die Abrechnung verbessert werden?

Auswertungen auf dem Prüfstand

Interview mit Renate Schäfer, Medizin-Controllerin im Klinikum Brandenburg, zum Projektaudit am 09. und 10.08.2006 in Köln



Frau Schäfer, können Sie das „Kodierungsprojekt“ kurz beschreiben?

Renate Schäfer, Medizin-Controllerin im Klinikum Brandenburg

Das Projekt heißt vollständig „Analyse und Optimierung der Kodierungsqualität“ und liefert den Mitgliedshäusern

eine umfassende Unterstützung bei der Abrechnungsprüfung der Krankenhausleistungen. Täglich werden – noch vor der Abrechnung mit den Krankenkassen – von der CLINOTEL-Geschäftsstelle wertvolle Hinweise zu Verstößen gegen Kodierrichtlinien, möglicher Über- und Unterkodierung, zu evtl. nicht erfassten Beatmungstunden und vielem mehr an die Mitgliedshäuser gemeldet. Monatlich werden Daten zur Verfügung gestellt, die den Häusern Einblicke in Stärken und Schwächen bei der geleisteten Kodierarbeit geben und als Vergleich zwischen den Fachabteilungen dienen. Hierzu stehen eine ganze Reihe umfassender Auswertungen zur Verfügung.

Wie ist das Projektaudit zustande gekommen?

Das Projekt selbst ist von der CLINOTEL-Geschäftsstelle entwickelt und in Zusammenarbeit mit unserer Fachgruppe Klinisches Con-

trolling über mehrere Jahre weiterentwickelt worden. Nach rund fünf Jahren war es an der Zeit, einmal sämtliche Auswertungen intensiv durchzusprechen und die Erfahrungen in der Anwendung zu erörtern. Da in den Fachgruppensitzungen der kollegiale Austausch einen großen Anteil ausmacht, hatte CLINOTEL-Geschäftsführer Prof. Dr. Becker vorgeschlagen, sich in einem kleineren Kreis zwei ganze Tage für das Projektaudit Zeit zu nehmen. Es wurden neben mir vier weitere Mitglieder aus der Fachgruppe Klinisches Controlling benannt, die über mehrjährige Anwendungserfahrung verfügen.

Zu welchen Ergebnissen sind Sie bei diesem Treffen gekommen?

Als Ergebnis konnte festgehalten werden, dass ein großer Teil der Auswertungen im Umfang reduziert, aber auch durch neue we-

sentliche Punkte ergänzt werden. Einige Auswertungen können wegfallen, da sie durch die Weiterentwicklung des Systems keine relevanten Informationen mehr liefern. Die Zusammenfassung wichtiger Kennzahlen (Management-Summary) wird den gemachten Erfahrungen entsprechend angepasst. Was von allen Teilnehmern festgestellt wurde, ist die Tatsache, dass neben den Auswertungen der CLINOTEL-Geschäftsstelle die regelmäßige Kommunikation der Ergebnisse innerhalb der Mitgliedshäuser ein wichtiger Faktor für den Projekterfolg ist. Hier sind wir Fachgruppenmitglieder gefordert, wobei nach wie vor das Angebot der CLINOTEL-Geschäftsstelle besteht, uns bei der Schaffung geeigneter Strukturen vor Ort zu unterstützen.

Wir danken Ihnen für das Gespräch.



Intensiver Erfahrungsaustausch beim Audit zum Kodierungsprojekt

Fachabteilungen und Planbetten im CLINOTEL-Krankenhausverbund

Die 14 Mitgliedshäuser von CLINOTEL verfügen insgesamt über 600 Mio. Euro Budget, versorgen 220.000 stationäre Patienten, beschäftigen 12.500 Mitarbeiter, halten 6.449 Planbetten vor und betreiben weitere Tochtergesellschaften bzw. halten Beteiligungen.

Anz.	Fachabteilungen	BO	BRB	IN	KO	LA	LÜN	MO	NP	OB	SP	STA	VIB	WOR	WÜ	Summe
14	Allgemeine Chirurgie	77	129	87	131	93	46	54	58	60	76	80	96	73	55	1.115
2	Angiologie						10		17							27
7	Augenheilkunde	4	17	8	25				2		2			3		61
1	Behandlung von Querschnittgelähmten				28											28
12	Frauenheilkunde und Geburtshilfe		50	80	27	61	67	43	47	53	69	55	26	8		586
3	Gastroenterologie						97		20						72	189
2	Gefäßchirurgie						30		17							47
3	Geriatric						40		40	58						138
2	Geriatrische Tagesklinik						18		5							23
9	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde		45	10	7	4		16	31		4	15		4		136
3	Hämatologie und intern. Onkologie			16		3			10							29
12	Innere Medizin	91	120	252	209	136		113	56	83	174	100	78	72		1.484
1	Innere Medizin Tagesklinik										22					22
6	Intensivmedizin		18	24	26				12		20				18	118
3	Kardiologie						100		48						50	198
1	Kinder- und Jugendpsychiatrie								36							36
3	Neonatalogie								8		12	6				26
5	Neurochirurgie		30	28	34		37		5							134
5	Neurologie			50			42	60	42						48	242
1	Onkologische Tagesklinik				4											4
3	Orthopädie		45	91										9		145
5	Pädiatrie		45						22	26	47	24				164
5	Palliativmedizin			10				7			6	6			9	38
5	Plastische Chirurgie			2	20	5						4		1		32
4	Psychiatrie	123		250				80	129							582
3	Psychiatrische Tages- und Nachtambulanz			22				20	36							78
2	Psychosomatik				40				13							53
1	Schmerztherapie						5									5
2	Sonstige FA (Klinische Reha)			21											14	35
3	Strahlenheilkunde und Nuklearmedizin			10			11		20							41
2	Stroke Unit			4					2							6
7	Unfallchirurgie			67	52		55	47	41	45					78	385
7	Urologie		20	63			32	35	32			10			21	213
3	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie			8	8				13							29
147	Summe	295	519	1.103	611	302	590	475	762	325	432	300	200	170	365	6.449

Rückkehr nach Hause nach aktivierender Pflege im Pflegezentrum Starnberg

Einbahnstraße Pflegeheim – umkehrbar?

Starnberg • Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen allen Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.

So lautet explizit der Paragraph 2 des SGB XI. In Deutschland bedeutet der Einzug in ein Pflegeheim jedoch in der Regel für die Betroffenen den Verbleib dort bis zu ihrem Tode.

Im Dezember 2004 wurde am Klinikum in Starnberg ein Pflegezentrum mit 23 Betten eröffnet. Hauptziel dieser Abteilung ist es, wie von der Pflegeversicherung gefordert, den Betroffenen die Rückkehr in die häusliche oder gewohnte Umgebung zu ermöglichen.

Im Pflegezentrum werden Bewohner aufgenommen, die nach akuten Erkrankungen zunächst nicht mehr in die häusliche Umgebung zurückkehren können. Sei dies, weil eine Rehabilitationsbehandlung von Seiten der Krankenkassen wegen fehlendem Rehabilitationspotential abgelehnt wurde. Sei es, weil keine Rehabilitationswilligkeit, aber der Wunsch einer Rückkehr nach Hause besteht. Sei es, dass die Patienten nach einer geriatrischen Rehabilitation das dort gesteckte Rehabilitationsziel noch nicht erreicht haben. Sei es, dass ein Verbleib in der häuslichen Umgebung fraglich wird und Angehörige und Betroffene sich über das weitere Proce-



dere Klarheit verschaffen müssen.

Zielsetzung der Pflegeeinrichtung ist es also, die Bewohner in die ambulante Pflege in der vertrauten häuslichen Umgebung zu entlassen. Dieses Ziel kann nur mit aktivierender Pflege erreicht werden.

Restressourcen bleiben erhalten

Von der Ilse Kubaschewski Stiftung wurde das „Zentrum für Humane Pflege im Alter“ gegründet. Über dieses Zentrum werden dem Pflegezentrum die Mittel für zusätzliches Pflegepersonal, therapeutische Behandlungen, wie Krankengymnastik, Ergo-

und Sprachtherapie zur Verfügung gestellt. Die wissenschaftliche Begleitung und die über das Maß des „normalen Pflegeheims“ hinaus notwendige Kommunikation mit den Hausärzten, sowie die wöchentlichen Teamsitzungen werden von der Leiterin des Ilse Kubaschewski Zentrums, einer Ärztin für Innere Medizin und Geriatrie, geleistet.

In dem Prozess der aktivierenden Pflege werden die Angehörigen eng mit einbezogen und erhalten Anleitung in Theorie und Praxis. So ist es möglich, dass die Angehörigen zusammen mit Pflegekräften, Ergotherapeuten, Krankengymnasten und Sprachtherapeuten

Das Pflegezentrum mit den angrenzenden Geschäfts- und Praxisräumen des MediCenters



erlernen, die Restressourcen ihres alten und kranken Familienangehörigen zu erhalten.

Gleichzeitig werden die Angehörigen über Möglichkeiten der Unterstützung im ambulanten Bereich informiert. Einen wesentlichen Part dieser Information übernimmt dabei die Pflegeüberleitungskraft, die ebenfalls über die Ilse Kubaschewski Stiftung finanziert wird. Die erforderlichen theoretischen Schulungen erhalten Interessierte und Angehörige in der dem Klinikum angegliederten Gesundheitsakademie.

Geriatrisches Assessment

Das Pflegezentrum ist eine Abteilung des Klinikums Starnberg. Es wurde mit den Pflegekassen der für ein Pflegeheim übliche Versorgungsvertrag abgeschlossen.

Die medizinische Versorgung erfolgt daher in der Regel über den vertrauten Hausarzt, es sei denn, der Bewohner hat seinen Wohnsitz weiter entfernt.

Bei Aufnahme wird das Nah- und Fernziel des

Bewohners im therapeutischen Team möglichst anhand der Vorstellungen des Betroffenen und seiner Angehörigen und der vorhandenen Ressourcen definiert. Während des Aufenthaltes der Bewohner wird mehrfach ein geriatrisches Assessment zur Kontrolle durchgeführt.

Die Pflegemaßnahmen und das Trainingsprogramm richten sich nach den im Assessment diagnostizierten Funktionseinschränkungen.

Zur Dokumentation des Prozesses wird das in nahezu allen Geriatrien in Bayern eingesetzte Programm „geridoc“ entsprechend erweitert und modifiziert eingesetzt. Die wissenschaftliche Auswertung erfolgt mit Unterstützung dieses Programms.

Um den reibungslosen Übergang der Bewohner in die häusliche Umgebung zu ermögli-

chen und um die weitere pflegerische Versorgung nahtlos fortführen zu können, besteht eine enge Zusammenarbeit mit den ambulanten Pflegediensten im Landkreis Starnberg.

Nachbefragung gestartet

Auch hier sorgt die Pflegeüberleitung im Vorfeld der Entlassung für die entsprechende Information der ambulanten Pflegedienste.

So konnten von den 140 Bewohnern, die in der Zeit vom 01.03.2005 bis zum 30.06.2006 im Pflegezentrum versorgt wurden, 70 Prozent in die häusliche Umgebung zurückkehren.

Die Nachbefragung, die zurzeit stattfindet, wird zeigen, wie ausreichend die Stabilisierung war. Sie wird zeigen, welchen Zeitraum der Patient nach dem Aufenthalt im Pflegezentrum noch in der häuslichen Umgebung verbringen konnte

Ist die Einbahnstraße Pflegeheim auf diesem Weg für noch mehr Menschen umkehrbar?

Barbara Kieslich



Aktivierende Pflege macht den Weg frei für den Wechsel vom Pflegezentrum Starnberg zurück in die gewohnte häusliche Umgebung

Erstes zertifiziertes Gefäßzentrum in Rheinland-Pfalz – Hoffnung für viele Diabetiker:

Amputationen, Herzinfarkte und Schlaganfälle sind vermeidbar!

Speyer • Vier Millionen Diabetiker gibt es heute in Deutschland. In spätestens 20 Jahren wird jeder zehnte Deutsche an dieser Stoffwechselkrankheit leiden. „Diabetes mellitus ist vor allem eine Gefäßkrankung“, sagt Prof. Dr. Gerhard Rümenapf, gefäßchirurgischer Chefarzt am Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus in Speyer. Denn die Folgeerkrankungen des Diabetikers sind nahezu ausschließlich durch Arteriosklerose, volkstümlich „Gefäßverkalkung“ genannt, bedingt.

So kommt es sehr häufig zu Herzinfarkten, Schlaganfällen oder Durchblutungsstörungen der Beine. Eine Minderdurchblutung des Beines bedeutet Sauerstoffmangel. Wird dieser zu hoch, sterben Teile des Fußes ab. Die Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ zieht in 30.000 Fällen pro Jahr eine Amputation an den geschädigten Gliedmaßen nach sich, davon rund die Hälfte Oberschenkel- und Unterschenkelamputationen. „80 Prozent dieser Amputationen könnten vermieden werden, wenn Durchblutungsstörungen des Beines rechtzeitig in einem Gefäßzentrum untersucht und behandelt würden“, sagt Prof. Rümenapf.

Ein solches Gefäßzentrum gibt es am Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer seit sieben Jahren. Mit jährlich rund 1.500 Operationen ist es das größte in Rheinland-Pfalz und hat sich in den vergangenen Jahren einen über die Region hinaus reichenden hervorragenden Ruf erworben. Seit 2004 ist es als Schwerpunkt-Abteilung Gefäßchirurgie im Landeskrankenhausplan aufgenommen. Die Patienten kommen aus ganz Rheinland-Pfalz, zunehmend auch aus anderen Bundesländern.

Überprüfbare Standards und disziplinierte, übergreifende Zusammenarbeit



Die Amputation eines „diabetischen Fußes“ sollte immer nur das letzte Mittel sein

In diesem Jahr wurde das Gefäßzentrum am Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie als Gefäßzentrum zertifiziert. „Die hierfür notwendigen Fachbereiche Gefäßchirurgie, Radiologie, Angiologie, Diabetologie, Nephrologie sowie Anästhesie sind an unserem Standort personell hoch spezialisiert und technisch optimal ausgestattet“, sagt Werner Krämer, Geschäftsführer am Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus. Weitere Bedingung für die Zertifizierung ist der Nachweis eines renommierten Gefäßchirurgen mit wissenschaftlichem Hintergrund, einer Radiologie mit sehr guter technischer Ausstattung, eines internistischen Gefäßmediziners (Angiologen), eines auf Venenerkrankungen spezialisierten Arztes (Phlebologen), eines Diabetologen und eines Facharztes für Nierenkrankheiten (Nephrologen). Neben den notwendigen Operationszahlen muss die Kli-

nik die Leistungsqualität durch eine externe Qualitätssicherung nachweisen und eine 24-Stunden-Versorgung sicherstellen. Um all dies vorzuhalten, muss das Gefäßzentrum über eine große Zahl von ärztlichen Mitarbeitern verfügen, ebenso über eine Mindestzahl von gefäßchirurgischen Betten (mehr als 25). Zur Diagnostik am Speyerer Gefäßzentrum stehen modernste Ultraschall-, Röntgen- und Kernspintechiken zur Verfügung. Das Behandlungsspektrum reicht von der medikamentösen Behandlung über die operative Umgehung blockierter Schlagadern durch Bypässe bis zur Aufdehnung verstopfter Blutgefäße („Dilatation“). Eine Besonderheit der Klinik sind Carotis- und Bypass-Operationen, die auch kniegelenküberschreitend durchgeführt werden, zunehmend werden auch so genannte interventionelle Eingriffe (Ballonaufdehnungen) durchgeführt, rund 300 im vergangenen Jahr.

Überregionale Zusammenarbeit über Landesgrenzen hinweg

Das Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer ist Standort des „Gefäßzentrums Oberrhein“ mit den Kooperationspartnern Diakoniekrankenhaus Mannheim und Klinikum Landau-Südliche Weinstraße. Diese überregionale Zusammenarbeit über Landesgrenzen hinweg gewährleistet bestmögliche Diagnostik und Therapie sowie ein Höchstmaß an Sicherheit bei Patienten, die an Gefäßerkrankungen leiden. Die überregional anerkannten Spezialisten verständigen sich in Fallkonferenzen vor Ort über die optimale Vorgehensweise dahingehend, ob im Einzelfall eine medikamentöse Behandlung, eine Aufdehnung oder ein Bypass notwendig ist. „Besonderen Wert legen wir auf die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten“, sagt Prof. Rümenapf. Diese profitieren ebenfalls von der Arbeit des Gefäßzentrums. „Der niedergelassene Arzt muss sich nicht mehr den besten Spezialisten suchen, sondern das Gefäßzentrum trifft die Entscheidung, welcher Spezialist mit welcher Technik die Behandlung durchführen soll. Für die dringend notwendige Nachbetreuung der Patienten ist dann wiederum der Arzt oder Diabetologe vor Ort gefordert.“

„Für unsere Patienten können wir somit trotz der Restriktionen durch die Gesundheitspolitik innovative Behandlungen bieten. In der Region und darüber hinaus stellen wir eine hochqualifizierte, standortübergreifend abgestimmte Versorgung sicher“, sagt Werner Krämer. „Die Entwicklung einer zunehmend qualitätskontrollierten Therapie macht die Medizin transparenter, erzeugt reproduzierbare Ergebnisqualität und nützt damit den Patienten.“



Alle Beteiligten am „fast runden“ Tisch

Hausinterner CLINOTEL-Jour-Fixe im Juliuspital Erfahrungen eines Verbundneulings

Würzburg • Das Krankenhaus der Stiftung Juliuspital Würzburg ist zum 01.01.2006 dem CLINOTEL-Krankenhausverbund beigetreten. Da der Beitritt relativ kurzfristig zum Jahreswechsel erfolgte, war das Gebot der ersten Stunde, sich zügig und umfassend mit dem „unbekannten Wesen“ namens CLINOTEL vertraut zu machen.

Schnell war die Idee geboren einen regelmäßigen Jour-Fixe aller an der Zusammenarbeit mit CLINOTEL Beteiligten einzurichten. Ziel dieses einmal im Monat stattfindenden Treffens war die Durchsprache aller mit dem Beitritt zusammenhängenden Fragen und der Austausch über Erkenntnisse in den Fachgruppentreffen sowie aus den sich sukzessive aufbauenden persönlichen Kontakten. Primär war der Jour-Fixe auf die Startphase (geplant im ersten halben Jahr) beschränkt und zeitlich mit einer Stunde Dauer auch straff limitiert.

So trafen sich vom Leiter des Krankenhauses über die Pflegedirektorin, den Controller, die Medizincontrollerin, die Qualitätsbeauftragte, den Personalchef, die Leiterin der Pflegekostenabteilung, den IT-Abteilungsleiter, den Leiter der Finanzabteilung und den Medienbeauftragten alle mit dem Prozess „Kennenlernen und Umsetzen“ der CLINOTEL-Idee befassten Personen und Funktionen.

Der Austausch der Fragestellungen in den

einzelnen Bereichen, die übergreifende Aufarbeitung aller Beitrittsprobleme (z.B. Realisierung der Datenlieferung) und das Erhalten von Antworten aus Bereichen, die mit Problemen manchmal nur mittelbar befasst waren, erleichterte allen die „heiße Phase“. Über den monatlichen direkten und konzentrierten Austausch konnten ansonsten notwendige, ggf. mehrmalige einzelne Gesprächstermine eingespart werden. Über jeden Jour-Fixe wurde ein Protokoll geführt, so dass sich alle auf einem einheitlichen Informationsstand befanden.

Wichtig für den Jour-Fixe war und ist der offene Erfahrungsaustausch auch über den Kontakt mit den anderen CLINOTEL-Häusern. So kommen auch Feststellungen wie: „die kochen auch nur mit Wasser“ oder „unterschiedliche Wege führen oft zum gleichen Ziel“ zustande.

Heute, gut ein halbes Jahr nach dem Beitritt, kann festgestellt werden, dass sich der regelmäßige Austausch von Informationen für alle Ansprechpartner gelohnt hat.

Nach Ablauf des geplanten Zeitraums hat sich gezeigt, dass dieser Jour-Fixe, nun in größeren Zeitabständen, weiter fortgesetzt wird und gute Chancen hat, eine Regeleinrichtung zu werden, da die Erfahrungen mit einem regelmäßigen Austausch über den aktuellen Stand der Projekte zwischen allen Projektbeteiligten positiv sind.



4. Deutscher Klinikcup im Drachenboot in Neuruppin

So sehen Sieger aus

Neuruppin • Der Ruppiner See war vom 14. bis 16. Juli 2006 der Austragungsort des 4. Deutschen Klinikcups im Drachenboot. Der „Rote Max“, das Team der Ruppiner Kliniken, hatte sich beim 3. Deutschen Klinikcup in Barth um die Ausrichtung des nächsten Cups beworben. Die Sportlerinnen und Sportler wollten mit der Organisation dieses deutschlandweiten Events einen aktiven Beitrag zum 750. Geburtstag der Fontanestadt Neuruppin leisten. Das offizielle Festwochenende kam für die Regatta nicht in Frage. Der See war durch eine Seebühne blockiert. Gemeinsam mit der Stadtverwaltung, dem Städtischen Eigenbetrieb für Kultur und Sport konnte dann ein Termin im Juli gefunden werden.

Nachdem der Termin feststand, ging es darum, die Teilnehmer einzuladen, Quartiere zu organisieren und Absprachen mit den anderen Wassersportvereinen zu tätigen und natürlich das Abendprogramm zu organisieren. Bei der Organisation gab es nur einen Unsicherheitsfaktor, das Wetter, aber Petrus muss wohl auch Drachenbootssportler sein, denn das ganze Wochenende herrschte in Neuruppin Sonnenschein.

Am Freitag kam das Team vom Bundeswehrkrankenhaus Ulm schon um 7.30 Uhr in Neuruppin an. Ab Mittag trafen die anderen Teams in Neuruppin ein und bezogen ihre Quartiere. Teilweise zelteten sie auf den Grundstücken der Wassersportvereine und ein Team kam im neu erbauten und noch nicht eröffneten Wohnheim der Ruppiner Kli-

niken unter. Kurz nach ihrer Ankunft begannen die Teams auch gleich mit dem Training, wobei ein Team erstaunt feststellen musste, dass Wasser keine Balken hat.

Am Samstag gab um 10.00 Uhr der Neuruppiner Bürgermeister den Startschuss für den 4. Deutschen Klinikcup.

Im Nachgang kann gesagt werden, dass es ein durchweg spannender Wettkampf war, der für uns nur von einer Frage bestimmt war: Schafft das Mixed-Team vom Roten Max in diesem Jahr den Sieg?

Nach einem „Bilderbuch-Finish“ kann diese Frage mit einem klaren „Ja“ beantwortet werden. Bei der abendlichen Siegerehrung und der anschließenden Party zeigte sich, dass auch beim Deutschen Klinikcup im Drachenboot gilt: „Dabei sein ist alles“.

Die „Rote Maxi“ (Frauenteam) beim Start



Die Aktiven wurden mit viel Beifall belohnt, wobei die Zufriedenheit der Sportler der beste Lohn für das Orga-Team um Hannelore Gussmann und Christian Coriand, dem Vorsitzenden des Drachenbootverein „Roter Max“, war. Alle Teilnehmer haben sich hier in Neuruppin sehr wohl gefühlt und waren der Ansicht, dass der „Rote Max“ mit diesem Event Maßstäbe gesetzt habe.

Für unser Haus ist es interessant zu sehen, was aus einer Idee von Christian Coriand geworden ist. Vor knapp vier Jahren hat er mit ein paar Kollegen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Drachenbootrennen anlässlich des Neuruppiner Mai- und Hafenfestes teilgenommen. Damals war die Sache rein privat. Da alle Teilnehmer Spaß an diesem Sport hatten, wurde der Entschluss gefasst, auch im nächsten Jahr wieder anzutreten.



Das Team vom „Roten Max“ beim Training

Gemeinsam mit Jürgen Plaasch übernimmt Christian Coriand auch 2003 die Organisation für die Teilnahme beim Mai- und Hafenfest. Diesmal wird das ganze Vorhaben von der Betriebsleitung und dem Betriebsrat unterstützt und es findet auch ein gezieltes Training statt. Das Ergebnis konnte sich sehen lassen, denn das Boot der Ruppiner Kliniken erreichte immerhin den 15. Platz. Im gleichen Jahr kommt auch die erste Einladung zum Deutschen Drachenbootcup für Krankenhausmannschaften von den „Sonnenberg Kliniken“ aus Saarbrücken. Keiner der Sportler wußte so recht, was ihn erwarten würde. Doch die Entscheidung zur Teilnahme war schnell getroffen. Nun hieß es, einmal die Woche zu trainieren und es musste eine Mannschaft geformt werden. Die Anstrengungen zahlten sich aus, denn unser Team erreicht den 5. Platz. Nach diesem Erfolg war klar, dass dies keine Eintagsfliege sein sollte und die Idee von einem eigenen Verein nahm Gestalt an.

Am 16.02.2004 gab der Geschäftsführer der Ruppiner Kliniken, Horst-Michael Arndt, grünes Licht für eine Vereinsgründung und stieg auch als Hauptsponsor ein. Bereits am 26.02.2004 wurde in Schwerin der Kaufvertrag für ein Drachenboot unterschrieben. Am 30.04.2004 fand die Bootstaufe statt. Das Boot soll „Roter Max“ heißen, so, wie das Wahrzeichen der Ruppiner Kliniken, der Glockenturm des Hauses, auch genannt wird. Horst-Michael Arndt hatte die ehrenvolle Aufgabe, „den Drachen zum Leben zu erwecken“, indem er die Augen des Drachenbootkopfes farbig ausmalte.

Von nun an wurde im eigenen Boot trainiert



Trockentraining

und das zweimal pro Woche. Als der Neuruppiner See „eisfrei“ war, ging es auch raus auf das Wasser. Wie gut das Training angelegt ist, zeigte sich auch daran, dass Gabriela Modrack, Stationschwester in der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie, in die Nationalmannschaft berufen wurde und an der WM in Toronto/Kanada teilgenommen hat.

Unser Haus unterstützt das Engagement unserer Mitarbeiter, weil dieser Sport eine gute Möglichkeit zur Erholung und Entspannung ist. Vielleicht tragen die Bilder vom 4. Deutschen Klinikcup mit dazu bei, dass im nächsten Jahr auch andere Mitgliedshäuser des Clinotel-Krankenhausverbundes am 5. Deutschen Klinikcup in Ulm teilnehmen.

Übrigens: Wir haben 2006 in der Mixed- und auch in der Frauenkategorie gewonnen.

Modernste Diagnostik in Moers – Hoffnung auf Früherkennung bei Leberzirrhose

Impulswelle „scannt“ die Leber

Moers • Als eine der ersten Kliniken in Deutschland kann in der Abteilung für Innere Medizin des St. Josef Krankenhauses in Moers neuerdings schmerzfrei, gefahrlos und ambulant die Leberelastizität als Maß für die Verformbarkeit des Lebergewebes gemessen werden. Das neue Verfahren erlaubt die Feststellung einer Leberzirrhose mit ca. 90-prozentiger Wahrscheinlichkeit.

Chronische Lebererkrankungen, wie zum Beispiel Fettleber und Leberentzündungen, haben verschiedene Ursachen (Alkohol, Viren, Medikamente etc.) und können langfristig zu ernsthaften Leberschädigungen führen. Betroffene Patienten merken davon oft nichts, denn das Fortschreiten der Lebererkrankung bis zur Leberzirrhose geschieht schmerzfrei und meist völlig unbemerkt.

Auch die Ultraschalluntersuchung und Blutuntersuchungen zeigen erst im fortgeschrittenen Stadium der Lebererkrankung (Zirrhose) eindeutige und meist dann nicht mehr reversible Störungen der Leberfunktion.

Bisher war die invasive Leberpunktion zur feingeweblichen Untersuchung des Lebergewebes die einzige Möglichkeit frühzeitig festzustellen, ob bereits eine „Verfestigung der Leber“ durch vermehrte Bindegewebsbildung (Fibrose) oder gar bereits eine Leberzirrhose vorliegt.

Fibroscan heißt das neue Gerät, welches eine mechanische Impulswelle erzeugt, deren Ausbreitungsgeschwindigkeit im Lebergewebe mittels Ultraschall gemessen wird. Die Geschwindigkeit erlaubt Rückschlüsse über die Festigkeit des Lebergewebes. So ist zum Beispiel die Verformbarkeit des Lebergewebes bei einer Leberzirrhose deutlich einge-

schränkt, somit die Impulswelle schneller.

Das neue Verfahren erlaubt die Feststellung einer Leberzirrhose mit etwa 90-prozentiger Wahrscheinlichkeit, geringförmige Leberfibrosierungen können aber nicht erfasst werden. Erste Vergleichsuntersuchungen haben dabei eine gute Übereinstimmung der Fibroscan Ergebnisse mit dem klinischen Stadium der Lebererkrankung und histologischen Untersuchungen ergeben.

Leider wird diese neue Untersuchung der Leber bisher noch nicht von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet. Diese Leistung kann aber als individuelle Gesundheitsleistung (IGEL-Leistung) von allen Patienten wahrgenommen werden.

Ideal ist diese nicht-invasive Untersuchungstechnik für alle chronisch lebererkrankten Patienten, z.B. zur Verlaufsbeurteilung vor und nach einer Interferontherapie.

Fürsorge durch Vorsorge

Als Versicherer im Raum der Kirchen bieten wir Schutz und Vorsorgelösungen, die speziell auf die Bedürfnisse der Menschen in Kirchen, Diakonie, Caritas und Freier Wohlfahrtspflege abgestimmt sind. Durch Sonderkonditionen und Rahmenverträge lassen sich diese Lösungen besonders attraktiv gestalten.

KirchenRente bietet

- ◆ individuelle Konzepte zur Einkommenssicherung
- ◆ maßgeschneiderte Lösungen für Ihre Altersvorsorge
- ◆ flexible und leistungsstarke Angebote für alle MitarbeiterInnen im kirchlichen Dienst

Rufen Sie an und lassen Sie uns Ihre KirchenRente gestalten. Ihren Ansprechpartner vor Ort erfahren Sie hier:

Vertriebsbereich Westfalen/Lippe
Telefon (0 52 06) 84 48
www.bruderhilfe.de



Ein Vorsorgekonzept der



**BRUDERHILFE PAX
FAMILIENFÜRSORGE**
Versicherer im Raum der Kirchen

Patientenrechte rund um das Krankenhaus



Oberhausen • Die Patientenrechte beschränken sich ganz und gar nicht auf das „Richterrecht“ des Bundesgerichtshofes und der Mittelinstanzen. Aktive Patientenrechte und passive Patienten(schutz)rechte haben ihre Rechtsquellen neben dem „Richterrecht“ in den Berufsordnungen und dem Satzungsrecht der Landesärztekammern, in den Landeskrankenhausgesetzen der Bundesländer, im Kirchenrecht der konfessionellen Krankenhäuser, im Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb, im Heilmittelwerbegesetz, im Infektionsschutzgesetz, im Medizinprodukte-Gesetz, in der Röntgenverordnung, im Transfusionsgesetz, im Transplantationsgesetz. Angesichts dieser breiten Rechtsquellen ist ein Patientenschutzgesetz weder erforderlich noch sinnvoll.

Der Patient soll bereits im Krankenbett zu seinem Recht kommen, nicht erst im Gerichtssaal. Deshalb sollte das breite Spektrum der



Engagiert sich für Patientenrechte: Geschäftsführer Peter Tischmann vom St. Clemens Hospital Sterkrade

Spektrum der Patientenrechte schlagzeilenartig angeboten werden. Das kann durch markige, bissige, humoristische und unjuristische Formulierungen mit sehr wohl seriösem Inhalt geschehen. Eine drehbuchartig chronologische Demonstration der Patientenrechte, „sortiert“ nach Patientenrechten vor der Krankenhausbehandlung, Patientenrechten während der Krankenhaus-

behandlung und Patientenrechten nach der Krankenhausbehandlung erleichtert dem interessierten Patienten den Zugang zu den Patientenrechten. Ein schlagkräftiges Beispiel, wie man mit einer markigen Formulierung die Wissbegierde in Bezug auf die ärztliche Schweigepflicht wecken könnte: „Mund aufmachen, fragen, fragen, hinterfragen!“.

Zur Weckung der Wissbegierde bei Patienten und bei Krankenhausmitarbeitern sollte das

Spektrum der Patientenrechte schlagzeilenartig angeboten werden. Das kann durch markige, bissige, humoristische und unjuristische Formulierungen mit sehr wohl seriösem Inhalt geschehen. Eine drehbuchartig chronologische Demonstration der Patientenrechte, „sortiert“ nach Patientenrechten vor der Krankenhausbehandlung, Patientenrechten während der Krankenhaus-

behandlung und Patientenrechten nach der Krankenhausbehandlung erleichtert dem interessierten Patienten den Zugang zu den Patientenrechten. Ein schlagkräftiges Beispiel, wie man mit einer markigen Formulierung die Wissbegierde in Bezug auf die ärztliche Schweigepflicht wecken könnte: „Drei-Bett-Zimmer: Andere Patienten hören alles mit.“
Das St. Clemens Hospital Sterkrade, Oberhausen, weckt das Bewusstsein der Patienten für die Patientenrechte bereits bei der Krankenhausaufnahme durch einen Begrüßungsfilm und verschiedenes andere mehr. Patientenbeschwerden werden immer als „Chefsache“ behandelt. Das heißt, dass sich je nach Fallgestaltung der Geschäftsführer allein oder – z.B. bei verstecktem Behandlungsfehlerverdacht – Geschäftsführer, Chefarzt und Pflegedirektorin gemeinsam der Patientenbeschwerde annehmen. Unverblümete Behandlungsfehlervorwürfe werden „streng juristisch“ behandelt.

Halbierung der Dokumentationszeiten

Verbesserung der Dokumentationsqualität und DRG- Abrechnung



ID LOGIK® - Terminologieserver

ID MACS® - medical semantic network

www.id-berlin.de



Das Blutbild in nur acht Minuten – und die Ergebnisse gibt es sofort zum Mitnehmen

Ingolstadt • Eine Standardisierung ist die Basis zur Überprüfbarkeit von Arbeitsabläufen. Um diese Überprüfbarkeit möglich zu machen, haben die Mitarbeiter des Instituts für Laboratoriumsmedizin am Klinikum Ingolstadt auf über 5.000 Seiten Arbeits- und Verfahrensanweisungen erarbeitet. Lohn der Mühe ist die Akkreditierung des Instituts durch die Deutsche Akkreditierungsstelle Chemie GmbH (DACH), die im „Deutschen Akkreditierungsrat“ vertreten ist. Mit diesem Kompetenznachweis reihen sich die Laboratorien des Klinikums Ingolstadt ganz vorne in der Reihe der Spitzeninstitute ein.

„Hierbei ging es nicht einfach um eine Zertifizierung, die ja nur einen Normennach-



Prof. Dr. Johannes Aufenanger ist Direktor des Instituts für Laboratoriumsmedizin im Klinikum Ingolstadt.

weis liefert, sondern um eine Akkreditierung, durch die wir unsere Kompetenzen nachweisen können.“ Prof. Dr. Johannes Aufenanger leitet das Institut für Laboratoriumsmedizin seit Oktober 1997. Und damit war auch klar, dass für das Institut in Ingolstadt ein solches Gütesiegel nur eine Frage der Zeit sein konnte. Schließlich setzte sich der Mediziner, Biologe und Klinische Chemiker selbst im Lenkungsausschuss der DACH an vorderster Front für mehr Qualität und Transparenz in der deutschen Laboratoriumsmedizin ein. Nun geht das Ingolstädter Institut mit gutem Beispiel voran und zeigt mit der Überprüfung diese viel beschworene Transparenz, die gerade von der Laborarbeit gefordert wird. „Bei uns ist der gesamte Laborprozess nachvollziehbar und über das Intranet auch in Echtzeit nachverfolgbar.“ Die Diagnosen erfolgen so schnell, dass der Patient bei 90 Prozent der ambulanten Untersuchungen die Ergebnisse gleich mit dem Arzt besprechen und mit nach Hause nehmen kann. Für ein Blutbild vergehen gerade einmal acht Minuten vom Eingang der Probe im Labor bis zum Eintreffen des fertigen Befunds in der beauftragenden Station. Und auch die Transportzeiten mit dem Rohrpostsystem wurden stark verringert. „Für die Intensiv-, OP- und Notfallmedizin liegt die Transportzeit im Durchschnitt bei etwa einer Minute. In den restlichen Abteilungen bewegt sie sich nur einige Minuten darüber.“

Neben den Abteilungen, Kliniken und Instituten des Klinikums Ingolstadt bedient das Institut auch externe Kunden, wie niedergelassene Ärzte und andere Kliniken und Krankenhäuser der Region. „Wir sehen uns als medizinische Dienstleister und arbeiten ständig an einer Verbesserung unserer Qualität.“ Schließlich, so Prof. Dr. Johannes Aufenanger, würden bis zu 80 Prozent der medizinischen Diagnosen über das Labor erstellt. „Unsere Aufgabe ist es, den Kliniken und Abteilungen den Rücken freizuhalten, damit die Patienten schnellstmöglich behandelt werden können und gesicherte und vergleichbare Ergebnisse auf den Tisch bekommen.“

Gleichbleibend hohes Niveau

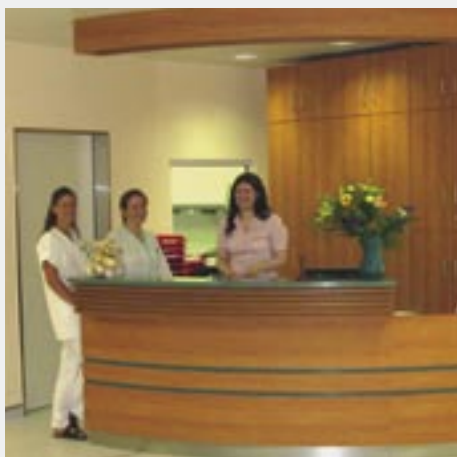
Die Labore stehen sieben Tage die Woche rund um die Uhr zur Verfügung. Das gewährleisten der Chefarzt mit zwei Oberärzten und weitere 35 Mitarbeiter. Viel wird in die Qualitätssicherung investiert, die zum größten Teil gesetzlich vorgeschrieben ist. Etwa 15 Prozent der Sachkosten entfallen auf diesen Bereich. „Wir führen alleine über 1.000 so genannte Ringversuche durch“, bestätigt Aufenanger. „Das sind externe Tests, mit denen jeder unserer über 300 Parameter, die wir im Labor bestimmen können, mindestens viermal im Jahr auf die Qualität hin untersucht werden. So können wir ein gleichbleibend hohes Niveau unserer Untersuchungsergebnisse gewährleisten.“

Zentraler Untersuchungs- und Behandlungsbereich im Kreiskrankenhaus Vilsbiburg

Rund um die Uhr ...

Vilsbiburg • Am 1. August 2006 wurde am Kreiskrankenhaus Vilsbiburg mit vielen Gästen aus Politik, Wirtschaft und dem Medizinbereich die neue interdisziplinäre Notfallaufnahme mit einer Feierstunde eröffnet.

Die geschäftsführende Vorstandsvorsitzende von LaKUMed, Marlis Flieser-Hartl, und Landrat Josef Eppeneder gaben dabei ihre Freude Ausdruck, dass damit, nach der Inbetriebnahme des Zentralen Untersuchungs- und Behandlungsbereichs (ZUB) vor einem Jahr, ein weiterer wichtiger Bau-



Am Infopunkt im Eingangsbereich werden Patienten durch geschulte Arzthelferinnen empfangen

stein für die optimale Patientenversorgung verwirklicht werden konnte.

Rund um die Uhr und an 365 Tagen im Jahr ist die Notaufnahme mit Fachpersonal besetzt und damit jederzeit für alle Patienten und Rettungsdienste offen.

Kurze Wege, minimierte Wartezeiten und kompetente Ansprechpartner sind dabei als primäre Zielvorgaben optimal umgesetzt und verwirklicht worden. Bereits am Infopunkt im Eingangsbereich werden durch geschulte Arzthelferinnen die Daten des Patienten erfasst und alle notwendigen Schritte für die weitere Behandlung in die Wege geleitet.

Platz auch für Begleitpersonen

Im hellen, freundlichen Stützpunkt wird der Patient dann von kompetentem Pflegepersonal für Untersuchungen und Behandlungen oder auch die Verlegung auf Station vorbereitet. Der zuständige Arzt kann sich hier schnell ein Bild vom Zustand des Patienten verschaffen und gezielt diagnostische Maßnahmen veranlassen.

In den angegliederten Behandlungsräumen kann sofort die notwendige Erstversorgung von Notfallpatienten oder ein kleinerer Eingriff vorgenommen werden.

Der gut ausgestattete Schockraum sichert eine adäquate Behandlung, auch von lebensbedrohlichen Zuständen.

Die Angehörigen sind bei der Frage nach Vorerkrankungen oder der Vorgeschichte eines Unfalls eine wichtige Informationsquelle, besonders wenn der Patient sich selbst nicht mehr äußern kann. Deshalb ist auch für die Begleitperson ein Platz zum Warten geschaffen worden. Hier kann sie nach der Behandlung den Angehörigen wieder mitnehmen oder ihn auf Station begleiten und ist immer über das weitere Geschehen informiert.

Die reibungslose und schnelle Zusammenarbeit der verschiedenen Fachdisziplinen im Kreiskrankenhaus Vilsbiburg ist für den Patienten gerade in den ersten Stunden seines Krankenhausaufenthaltes ein wichtiger Faktor und entscheidend für die schnelle Wiederherstellung seiner Gesundheit und der Vermeidung von dauerhaften Schäden.

Mit der interdisziplinären Notaufnahme ist uns ein entscheidender Schritt in diese Richtung gelungen.



Im Ausdruck des Gesichtes zeigen sich Angst, Hoffnung und Sehnsucht nach dem Leben

Kooperation von Medizin und Kunsttherapie

Kunsttherapie eröffnet Kranken eine neue Perspektive

Lünen · Kunsttherapie und Geriatrie – in einer Akutklinik – ist eine Kombination, die auf den ersten Blick vielleicht Erstaunen oder Kopfschütteln auslösen mag. Wie soll so etwas Exotisches wie Kunsttherapie in einer Akutklinik funktionieren? Ist diese Therapieform nicht viel besser in einer Kurklinik angesiedelt?

Obwohl Kunsttherapie in der Kliniklandschaft noch relativ selten vertreten ist, hat diese Therapieform doch eine lange Tradition. Schon in der Antike in Griechenland lassen sich erste Hinweise auf die vermutete heilende Kraft der verschiedenen Künste finden.

Erste Anfänge der Therapie mit bildnerischen Mitteln gab es in Deutschland in den Psychiatrien, in denen bildende Künstler mit Patienten zusammen arbeiteten. Das bekannteste Zeugnis dieser Pionierarbeit ist die Sammlung des Psychiaters Hans Prinzhorn aus Hemer, die sich heute in Heidelberg befindet. Eine der Pionierinnen aus neuerer Zeit ist Edith Kramer, die von Deutschland nach Amerika emigrierte und dort als eine der ersten 1958 die kunsttherapeutische Arbeit mit Kindern begründete.

Die klassischen Einsatzgebiete der Kunsttherapie sind neben der Psychiatrie und Pädiatrie die Psychosomatik, die Onkologie, die

Schmerztherapie und die Kinderkardiologie. Zu diesen neueren und bis jetzt noch kleineren Arbeitsfeldern gehört auch das Gebiet der Rehabilitation von neurologischen und geriatrischen Patienten.

Im St.-Marien-Hospital in Lünen gibt es die Therapieform der Kunsttherapie schon seit dem 1. Oktober 1988, als die Geriatrische Klinik eröffnet wurde.

Der „erweiterte“ ärztliche Blick der geriatrischen Medizin

Kunsttherapie und Geriatrie passen so gut zusammen, weil die geriatrische Medizin einen besonderen Blick für den alten Men-

schen hat. Der alte Mensch wird nicht nur organzentriert auf seine Erkrankung reduziert, sondern in seinem individuellen Lebenskontext mit seinen Möglichkeiten und Begrenzungen gesehen. Die ärztliche Arbeit endet nicht mit der Diagnostik und Einleitung von Therapie, sondern fragt von Anfang an nach dem Ziel, das hinter der Entlassung steht und wie die Lebensmöglichkeiten für den Patienten aussehen.

Dieser erweiterte ärztliche Blick auf den psychosozialen Kontext ist das Wesensmerkmal der geriatrischen Medizin. Bestandteil dieser erweiterten, ganzheitlichen Blickrichtung ist die Arbeit im Rehabilitationsteam mit den anderen Berufsgruppen wie Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Seelsorge, Sozialarbeit und Kunsttherapie.

Aufgaben und Ziele der Kunsttherapie

In diesem Kontext liegt auch die zentrale Aufgabe der Kunsttherapie in der Geriatrie. Mit ihren fachspezifischen Möglichkeiten trägt sie zur grundsätzlichen erweiterten Blickrichtung bei.

Im Fokus der Kunsttherapie steht der alte Mensch mit seiner ganzen Bandbreite an Erfahrungen, Lebenskrisen, Bewältigungsmustern, kurz – mit dem ganzen Schatz des gelebten Lebens, mit seiner einzigartigen Biografie. Aber auch die Einschränkungen des



Alters, das als eine Lebensstufe voller Verusterfahrungen – schlechter sehen, gehen, hören etc. – sowie die aktuelle Erkrankung und weitere belastende Faktoren, die nicht unmittelbar ersichtlich sind, stehen im Fokus der Kunsttherapie.

Ziel der Kunsttherapie ist die Förderung der versteckten Ressourcen und vorhandenen Kompetenzen bzw. Restkompetenzen der Patienten. Der Zugriff auf diese Ressourcen gibt den Patienten Unterstützung, um die momentane, aktuelle Krisensituation der Erkrankung, die eventuell die Selbstständigkeit der Lebensführung bedroht, zu bewältigen.

Diese Förderung geschieht mit den fachspezifischen Mitteln der Kunsttherapie: dem bildnerisch-kreativen Prozess, dem Wechselspiel zwischen kognitiver und affektiv-emotionaler Ebene, der unterschiedlichen Materialauswahl und der empathischen Begleitung während des offenen ästhetischen Schaffensprozesses.

Die Wirkfaktoren der Kunsttherapie

Nun stellt sich die Frage nach dem Wirkprinzip bzw. dem Wirkstoff der Kunsttherapie? Welche Faktoren machen die Kunsttherapie wertvoll? Der Begründer der Pädagogischen Kunsttherapie, H.-G. Richter, spricht hierbei in Anlehnung an den lateinischen Begriff „va-

lentia“, der Stärke bedeutet, von den möglichen Valenzen der Kunsttherapie. Er verweist auf den Begriff von Umberto Eco, der vom „Offenen Kunstwerk“ spricht, wenn er die Moderne Kunst meint. Richter prägt auf dieser Basis den Begriff „Offenheit der ästhetischen Sache“ und bezeichnet damit die erste therapeutische Valenz der Kunsttherapie.

„Offenheit der ästhetischen Sache“ bedeutet Verzicht auf Wertung, das heißt, in der Arbeit mit ästhetischen Materialien gibt es kein richtig und kein falsch! Das unbegrenzte Spiel mit ästhetischen Mitteln und Materialien führt immer wieder zu der Erschaffung neuer Welten. Diese neue Welten, diese Bildschöpfungen können höchst einzigartige, schwer zugängliche Werke sein oder auch Werke, die dem Betrachter unmittelbar verständlich sind.

Die zweite therapeutische Valenz, die Richter der ästhetischen Sache beimisst, ist der „Synkretismus der ästhetischen Erfahrung“. Synkretismus bedeutet Verbindung, Vermengung von zwei entgegengesetzten Polen. Im „Synkretismus der ästhetischen Erfahrung“ kommt es genau zu einer Verbindung von gegensätzlichen Polen.

Affektive unbewusste Prozesse verbinden sich mit kognitiven, organisierenden Aktivitäten. Es findet ein Wechselspiel der unter-

schiedlichen Pole statt, zwischen denen sich ein Mensch bewegt: Spontanes, Assoziationen, Intuitives wirken ständig in die angestrebte Bildabsicht hinein und verändert sie, ohne dass der Patient dies beabsichtigt hat. Die dritte Valenz der Kunsttherapie ist die Beziehungsebene zwischen Patient und Therapeut. Im kunsttherapeutischen Setting gestaltet der Patient in Gegenwart des Therapeuten, der die Rolle eines empathischen anderen, eines „DU“ im Sinne von Martin Buber einnimmt. Die empathische Beziehungsebene zwischen Patient und Therapeut ist nach Wolfgang Domma als tragendes Element des therapeutischen Prozesses anzusehen. Der Therapeut ist dem Patienten aufmerksam zugewandt und ganz anwesend. Durch diese Haltung und Arbeitsweise wird der Patient unterstützt und stabilisiert. Therapeut und Patient teilen Raum und Zeit miteinander. Es entsteht eine spezifische Atmosphäre, in der das „dazwischen Entstehende“ dazu beiträgt, im schöpferischen Prozess „Inneres“ im bildnerischen Werk – nach außen – darzustellen.

Beispiele aus der Praxis

Genau wie die anderen Therapieformen des multiprofessionellen Teams der Geriatrie erfolgt die Kunsttherapie im Dreierschritt nach



Die Patientin macht Fortschritte; das Boot findet einen Weg aus dem Gebirge

ärztlicher Verordnung: Diagnose, Indikation, Therapie. Indikationen für Kunsttherapie in der Geriatrie sind Zustand nach Schlaganfall, chronischer Schmerz, Altersdepression oder demenzielle Entwicklungsprozesse.

Die 75-jährige Patientin, die einen Schlaganfall erlitten hat, erzählt von ihrem wiederholten Traum eines eingekesselten Mannes im Hochgebirge. Dieser Traum belastet sie sehr und macht ihr Angst, da er ihre Situation mit ihrer fehlenden Beweglichkeit und mangelnder Perspektive aufzeigt. Dieser Traum wird im kunsttherapeutischen Setting in Form einer spontanen Bildnerie dargestellt. Diese Darstellung des eingekesselten Mannes stellt nun den Ausgangspunkt dar, um auf bildnerischem, symbolischen



In der Profildarstellung der beiden Köpfe verweist der Patient auf den Verlust der Sprechfähigkeit, aber auch auf seine Fortschritte

Wege einen Ausweg aus der Erstarrung zu suchen.

Die Erinnerungen an schöne Tage, die sie im Hochgebirge erlebt hat, sind Motor für eine anschließende Bildnerie in Aquarelltechnik. Im Bild wird ein Ausweg für den eingekesselten Mann gefunden. Der Mann ist nicht mehr eingekesselt, er sitzt in einem Boot, das ihn über den See zum gegenüberliegenden Ufer bringen soll. Die Patientin reaktiviert bewältigte kritische Lebensereignisse aus ihrer Biografie und erkennt auf Grund der Symbolik des Bootes, dass Auswege auch aus der jetzigen Situation möglich sind. Dank der geriatrischen Rehabilitation begreift sie, dass trotz aller Einschränkungen, Perspektiven für sie vorhanden sind.

Die Patientin, die an einem Schlaganfall und an Metastasen im Gehirn leidet, hat sich mit verschiedenen Stationen ihrer Biografie auseinandergesetzt. Vergessene Erlebnisse wurden durch die bildnerische Arbeit reaktiviert und haben zur Stabilisierung der jetzigen Situation beigetragen. Sie erinnert sich, dass sie als junge Frau nach einer Herzoperation reanimiert wurde. Sie war damals „sehr böse“, dass sie „noch weiterleben musste“. Dieses Gefühl wurde von ihr wiederbelebt und diente dazu, die Angst vor dem nahenden Tod in Form einer Bildnerie zu artikulieren. Sie hat ihrer Angst Ausdruck gegeben; gleichzeitig werden Angst, Hoffnung, Vitalität und Sehnsucht nach dem Leben sichtbar. Die bildnerische Gestaltung half ihr und der Familie über ihre Situation und ihre Ängste zu sprechen. Der Patientin war es ein Anliegen, dass das von ihr gemalte Bild von anderen gesehen wird und sie eine Spur von ihrer Existenz hinterlassen kann.

Diese theoretische Einführung in die Valenzen der Kunsttherapie und die Beispiele aus der Praxis sowie die Bildbeispiele sollen einen kleinen Einblick in die Vielfältigkeit dieses spannenden Arbeitsgebietes in der geriatrischen Rehabilitation vermitteln und neugierig auf die Kunsttherapie als auszubauen Therapieform machen – auch in einer Akutklinik!

Dr. Isabelle Wenge, Kunsttherapeutin

Operateure sind begeistert: Im Gehirn sicher unterwegs mit modernster Neuronavigation

Koblenz • Im vergangenen Jahr wurden im Stiftungsklinikum Mittelrhein in Koblenz entscheidende Weichen für die technische Ausstattung und die damit verbundenen Möglichkeiten der operativen Patientenversorgung gestellt. Die Kliniken für Neurochirurgie und Unfallchirurgie profitieren von der Zusammenarbeit mit dem Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie, das mit Geräten (MRT, CT, 3D-fähige Angiographieanlage) der neuesten Generation ausgestattet wurde. Dadurch konnten an zwei Standorten des Verbundklinikums interdisziplinär neue Navigationsmöglichkeiten in den neurochirurgischen und unfallchirurgischen OP-Bereichen in Betrieb genommen werden. Damit haben sich die Möglichkeiten zur Navigation insbesondere in der Neurochirurgie im Vergleich zu früheren Jahren erheblich verbessert.

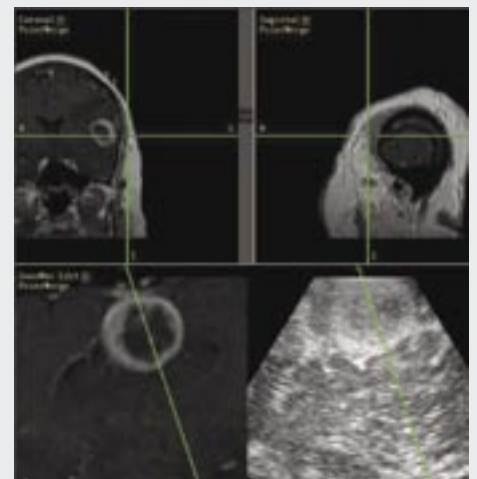
Was ist Neuronavigation? Wie bei den alten Seefahrern geht es um die Orientierung in einem definierten Raum (z.B. einem bestimmten Seegebiet) unter zur Hilfenahme von Orientierungspunkten (z.B. Sternbildern), Verwendung von Hilfsmitteln (Sextant), dem Vergleich mit bekannten Informationen (Seeatlanten) und unter Simulation (Absteckung eines Kurses unter Berücksichtigung von z.B. Wetterdaten). Heutzutage kennt jeder ein analoges System aus dem eigenen PKW: das Fahrzeugnavigationssystem (Satelliten + GPS-Antenne + PC-System + TMC). In der Gehirnchirurgie werden computerunterstützte Navigationstechniken als Hilfsmittel in der operativen Alltagsversorgung der

Patienten eingesetzt. Die Lokalisation im Operationsgebiet wird durch mechanische Gelenk- oder Roboterarme, durch elektromagnetische, videooptische, infrarotoptische oder Ultraschall-Systeme wahrgenommen und in ein Bildverarbeitungssystem übertragen. Auf einem Bildschirm nimmt der Chirurg in einem dreidimensionalen Koordinatensystem kontinuierlich Informationen über die Position seiner Instrumente wahr. Anhand der vor der OP erstellten Daten aus radiologischen Untersuchungen können während einer Operation getroffene Entscheidungen über das weitere Vorgehen getroffen werden.

Infrarotkamera zeigt OP-Gebiet im Kopf

Die Neuronavigationstechnik wird auch vorab zur Operationsplanung eingesetzt. Sie kann eine Operation und ggf. verschiedene alternative OP-Strategien durch eine räumliche, visuelle Darstellung simulieren. Um eine solche Simulation und Navigation zu ermöglichen, werden die individuellen Patientendaten, in Abhängigkeit von den erforderlichen Aussagen (z.B. Darstellung von Sprachregionen im Gehirn, Darstellung bestimmter Bewegungsbahnen u.a.), aus einer speziell definierten CCT- oder MRT-Untersuchung oder auch aus anderen Bildgebungen (DSA, PET, MRT) in ein Rechnersystem eingespeist.

Das Navigations-Rechnersystem ist mit einer Lokalisationsmöglichkeit (hier einer Infrarotkamera) verbunden, die eine exakte Lokalisation des Patientenkopfes und des Operationsgebietes erlaubt. Der Neurochirurg kann während der gesamten Operation speziell gekennzeichnete Instrumente oder den Fo-



Die Integration des Ultraschallbildes in die Navigation: Im rechten unteren Bildabschnitt ist das aktuelle sonographische Bild vor Beginn einer Tumoresektion angezeigt, links daneben das aus den vor der OP erstellten MRT-Daten errechnete korrespondierende MRT-Bild in exakt der gleichen Schichführung.

kuspunkt seines Operationsmikroskopes im Navigationssystem orten und somit immer den Ort definieren, an dem er arbeitet. Die Präzision liegt im Bereich von ein bis zwei Millimeter. Das Navigationsbild kann in das Blickfeld des OP-Mikroskopes eingespiegelt werden.

Ein Highlight der aktuellen Navigationseinrichtung ist, dass während der Operation eine Aktualisierung der Bilddaten durch ein in das Navigationssystem eingebundenes Ultraschallgerät vorgenommen werden kann. Dadurch ist es möglich, z.B. das Ausmaß einer Tumoresektion während des Eingriffes zu beurteilen oder eine während der Tumoresektion auftretende Gehirnverschiebung zu erkennen.

Die beiden Ausstatterfirmen haben unter besonderer Berücksichtigung der komplexen, interdisziplinär gut abgestimmten und genutzten Systemwahl sowohl das radiologische Institut als auch die neurochirurgische und unfallchirurgische Klinik als Referenzzentrum benannt.

Dr. Hans-Hermann Görge
Chefarzt der Klinik für Neurochirurgie

Zwei Prozent der Krankenhaus-Budgets werden für die Dekubitus-Behandlung verbraucht

Das moderne Management chronischer Wunden zahlt sich aus

Brandenburg • Bereits im Jahr 2000 wurde aufgrund der Initiative der Pflegedienstleitung der Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH eine Arbeitsgemeinschaft „Wundprofis“ gegründet. Die Zielvorgabe war, die Mitarbeiter in den Pflegebereichen für die Problematik Dekubitusprophylaxe und, wenn nötig, Dekubitusbehandlung zu sensibilisieren und langfristig eine Verhinderung von in unserem Krankenhaus erworbenen Dekubitusulcera zu erreichen.

Eine Kostenkontrolle und ein kosteneffizienter Einsatz von Verbrauchsmaterialien und Pflegehilfsmitteln spielt im Zuge des Gesundheitsstrukturgesetzes und der Gesundheitsreform eine immer größere Rolle. Ein wesentlicher und schwer kalkulierbarer Faktor ist und bleibt der „Dekubitus“.

Wir wollen mit unseren Verbrauchsmaterialien und Pflegehilfsmitteln also kostengünstig pflegen und gleichzeitig eine angemessene Pflegequalität erreichen.

Aufgrund nationaler und internationaler Untersuchungen ist man zu dem Ergebnis gekommen, dass allein das Krankheitsbild „Dekubitus“ zwei Prozent des Krankenhausbudgets beansprucht. Der Schaden für den Patienten und die damit verbundenen Kosten stehen in keinem Verhältnis zu den Kosten, die für indikationsgerechte prophylaktische Maßnahmen eingesetzt werden. Ansätze zur Qualitätsentwicklung bei gleichzeitiger Kostenreduzierung liegen hier im pflegerischen wie im medizinischen Bereich.

Ein weiteres Ziel dieser AG war es, die Vielzahl der im Haus vertretenen Firmen zu reduzieren. Die Vielfältigkeit der Produkte behinderte nur, denn ein sinnvoller Einsatz der Produkte des modernen Wundmanagements und ein korrektes Handling beim Ein-



Lagerung nach der Wundversorgung

satz der Produkte lassen sich besser und effektiver schulen und hausweit verbreiten, wenn die Anzahl der Produkte so gering wie möglich gehalten wird.

Klinikintern wurde erfasst, welche Verbandstoffe von welchen Firmen im Einsatz sind. Es ging nicht darum, welche elastische Binde oder welche Mullkomresse benutzt wird, sondern „nur“ um die Beurteilung der speziellen Verbandstoffe der modernen Wundversorgung. Von den Firmen wurde vorgestellt, was bereits im Haus zur Anwendung kommt und welche Produkte die jeweiligen Firmen noch im Angebot haben. Ziel dieser Präsentationen war es, dass wir uns im Anschluss für maximal drei Firmen entscheiden und sämtliche Produkte von diesen Firmen beziehen, um die bestehenden Unsicherheiten aufgrund einer zu großen Produktpalette zu reduzieren. Das Ziel, die Vielzahl der Firmen zu

reduzieren, war Mitte 2001 erreicht.

Die Wundprofis arbeiten in allen Bereichen selbstständig. Bei Fragen und Problemen wird die Stabsstelle Qualitätssicherung hinzugezogen oder es wird Rat bei den Firmen eingeholt.

Aus den Pflegebereichen ist von jeder Station eine Pflegekraft und aus jeder Fachabteilung ein Arzt in dieser Gruppe. Die Aufgabe der Wundprofis ist es, die Mitarbeiter in den Bereichen im Umgang mit den Verbandstoffen für die moderne Wundversorgung zu schulen. Nicht nur für die Versorgung der Dekubitalulcera in den unterschiedlichen Stadien, sondern für alle chronischen Wunden ist im Rahmen der Wundprofis ein so genannter „Fahrplan“ entstanden. Aus diesem geht hervor, wie bei welchem Wundzustand vorzugehen ist und welcher Verbandstoff zur Anwendung kommt.

Zweimal jährlich finden Zusammenkünfte der Wundprofis statt. Dabei wird jeweils besprochen, wie es bisher lief und welche Veränderungen notwendig sind. Darüber hinaus stellt abwechselnd jeweils eine Abteilung ihre Erfolge, die sie durch den Einsatz der Produkte erzielen konnte, anschaulich dar.

Ein weiteres Thema dieser Zusammenkünfte ist, den sogenannten „Fahrplan“, genannt „Management chronischer Wunden“, regelmäßig zu überarbeiten und auf den neuesten Stand zu bringen. Das geschieht in Abhängigkeit von der Entwicklung der Produkte und natürlich von den gemachten Erfahrungen der Mitarbeiter im Umgang mit den Produkten und den damit erzielten Erfolgen bei der Wundheilung. Alle benannten Produkte im Management chronischer Wunden sind in der Apotheke vorrätig. Darüber hinaus existiert eine Liste sogenannter Nischenprodukte, die dann über Sonderanforderungen bestellt werden können. Bei der Bestellung über Sonderanforderung ist die Einhaltung des Standards durch den Apotheker das nächste Ziel, das wir erreichen möchten.

Seit der konsequenten Einhaltung des Standards können wir deutlich bessere Wundheilungen beobachten und verzeichnen.

Dadurch und durch eine längere Verweildauer der Wundaufgaben bei der Nutzung moderner Verbandmittel ergeben sich für die Behandlung chronischer Wunden erhebliche Einsparungen. Das schlägt sich bei den Kosten für die modernen Wundverbände und im Personalaufwand nieder. Denn bei korrektem Einsatz der Produkte sind wesentlich weniger Verbandwechsel notwendig.



Pflegekräfte beim Verbandwechsel

Seit diesem Jahr kann jedes Mitglied der AG „Wundprofi“ ein Zertifikat erlangen. Hintergrund dieser Maßnahme ist, die Wundprofis fortlaufend auf dem neuesten Stand zu halten und immer weiter für das Thema chronische Wunden zu sensibilisieren. Als Grundlage dafür dient das Schulungsprogramm der Firma „Coloplast“. Von der Stabsstelle Qualitätssicherung werden Schulungen angeboten und nach erfolgreichem Abschluss des Testes erhält jeder Teilnehmer ein hausintern gültiges Zertifikat.

Seit dem 01.06.2006 arbeitet Schwester Sylvia Wegerer als Stoma- und Wundschwester auf einer Stabsstelle. Ihre Aufgaben bestehen u. a. darin, den Mitarbeitern der Pflege und auch den ärztlichen Mitarbeitern in allen Bereichen Hilfe und Unterstützung bei der Versorgung von Problemwunden und der Versorgung der Patienten mit Stomaanlagen anzubieten.

Die Stabsstelle Stoma- und Wundschwester hat folgende Aufgaben:

- beratende Tätigkeit auf allen Stationen
- Beratung und Hilfestellung bei der Versorgung von Patienten mit Problemwunden, chronischen Wunden und Patienten mit Stomaanlagen
- Hilfestellung und Unterstützung bei allen notwendigen Verbandswechseln
- Anleitung und Schulung der Schwestern und Pfleger im Umgang und Handling mit Verbandsmaterial – Erklärungen zu Verbandsmaterialien, Liegedauer, Anwendungsmöglichkeiten etc.
- Unterstützung bei der Optimierung der



Sylvia Wegerer (links) und Sylvia Unger

Therapie, z. B. Hinweise zu Kostformen, Gabe von Vitaminen etc.

- Unterstützung und Begleitung bei der Erstellung der Dokumentation immer zusammen mit den Pflegekräften vor Ort
- Speziell bei Patienten mit Stomaanlagen:
 - Begleitung/Betreuung des Patienten während des gesamten Aufenthaltes
 - Schulung der Angehörigen
 - Vermittlung eines Nachversorgers
 - Hilfestellung und Unterstützung bei der Entlassung, ggf. auch darüber hinaus

Eine ausführliche Stellenbeschreibung steht allen Mitarbeitern in unserem Intranet zur Verfügung.

Wir wollen die Behandlung und Versorgung der Patienten immer weiter optimieren. Gerade im Zuge der ständig kürzer werdenden Verweildauer ist es unbedingt erforderlich, die Wundversorgung so optimal wie möglich durchzuführen. Auch im Hinblick auf die Umsetzung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ ist die optimale Versorgung von chronischen Wunden und von Problemwunden ein wichtiger Baustein. Dabei spielt dann gerade auch die optimale Überleitung des betreffenden Patienten an die weiterbehandelnde Hauskrankenpflege, den Hausarzt und/oder das andere Krankenhaus eine entscheidende Rolle.

Sylvia Unger
Stabsstelle Qualitätssicherung

Kodierer entlasten Ärzte an allen drei Standorten im Stiftungsklinikum Mittelrhein

Koblenz • Was als Projekt im Jahr 2003 am Standort Koblenz im Stiftungsklinikum Mittelrhein begann, ist seit Anfang des Jahres 2006 nun fester Bestandteil im Controllingteam und im Klinikum.

Seit dem 01.01.2006 werden die Hauptfachabteilungen Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie, Plastische Chirurgie, Innere Medizin und Intensivmedizin an allen Standorten sowie die Belegabteilungen Augenheilkunde und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie durch die Kodierfachkräfte kodiert.

Die Aufgabe der zentralen Kodierung wird momentan von insgesamt vier Mitarbeitern wahrgenommen. Hauptaufgabe der Kodierfachkräfte ist die zentrale Kodierung der entlassenen Fälle. Diese werden täglich zwecks Überprüfung zum Clinotel-Kran-

kenhausverbund geschickt. Am gleichen Tag erhalten sie einen „Report“, der wiederum von ihnen bearbeitet wird. Erst dann werden die Daten zur Rechnungslegung freigegeben. Dank dieser zusätzlichen freiwilligen Kontrolle werden Fehler reduziert. Die Kodierung wurde für den Zeitraum des ersten Halbjahres 2006 bereits bei insgesamt ca. 7.500 Patienten abgeschlossen.

Die Kodierung der Diagnosen bzw. Prozeduren liegt aber nicht in der Alleinverantwortung der Kodierfachkräfte, sondern wird, wie in den deutschen Kodierrichtlinien festgelegt (DKR D001a), vom behandelnden Arzt getragen. Dies wird durch die Freigabe der Kodierung durch einen Oberarzt der entsprechenden Fachabteilung sichergestellt. Die Tabelle zeigt einen Ausschnitt aus dem definierten Prozess der



Teammitglieder der Zentralen Kodierung im Stiftungsklinikum Mittelrhein. von links: Helmut Pammer, Doris Schier, Doris Schlierkamp, Monika Benner (Foto: Jutta Weber)

„Kodierung“ im Stiftungsklinikum Mittelrhein.

Eine wichtige Rolle für eine optimale Kodierung und somit adäquate Abrechnung stellt die medizinische Dokumentation des ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Teams dar. Hieraus ist auch der maßgebliche Grundsatz für die zentrale Kodierung im Stiftungsklinikum Mittelrhein abzuleiten:

Ablaufbeschreibung der zentralen Kodierung

„Lfd. Nr“	Notwendige Arbeitsschritte	Zeitlicher Ablauf - Vereinbarung Prozessbeteiligte	Ablauf	Verantwortungs - bereich
...				
3.	Leistungserbringung (zum Beispiel Endoskopie/OP)	zeitnah	Erfassung erfolgt zeitnah durch die Fachabteilung; Kontrolle u. ggf. Ergänzung durch Kodierer.	„Ärztlicher Dienst Funktionsdienst Kodierer“
...				
5.	Arztbriefschreibung	spätestens am Tag der Entlassung	Der Arztbrief/Kurzarztbrief wird durch die Mitarbeiter des ÄD bei Entlassung dem Patienten zur Verfügung gestellt. Das Schreiben ist in Patientendokument (PCS) hinterlegt und liegt in Papierform in der Patientenakte vor.	Ärztlicher Dienst
6.	Zusammenstellung/Abheften Patientenakte	am Tag der Entlassung/ spätestens am 1.Tag nach der Entlassung	Akten werden entsprechend der Verfahrensweisung zusammengestellt und abgeheftet.	Stationen - Pflegedienst Stationssekretariat
...				
9.	Kodierung	spätestens am 2.Tag nach der Entlassung	Kodierung erfolgt zentral durch die Kodierabteilung am SKM Koblenz.	Kodierer
10.	Clinotel Datenüberprüfung	am 3.Tag nach der Entlassung	Daten werden zur Überprüfung an Clinotel übermittelt.	EDV
...				
13.	Überprüfung durch zuständigen Facharzt	am 4.Tag nach der Entlassung	Akten werden im Sek. der Fachabteilungen gesammelt und durch den verantwortlichen Facharzt überprüft, die Richtigkeit der Kodierung durch Unterschrift auf dem Kodierblatt bestätigt und abschließend an die Stationsärzte bzw. an das Archiv weitergegeben.	Ärztlicher Dienst
14.	nachträgliche Befunde		Nachträglich eingehende Befunde (Histo, Bakteriologie) müssen zwecks Nacherfassung (DKR) mit den Akten der zentralen Kodierung erneut zugesendet werden.	Ärztlicher Dienst

Ausschnitt aus dem definierten Prozess „Kodierung“

Kodiert werden darf nur, was ausreichend dokumentiert ist!

Im Sinne eines durchgängigen Prozesses ist es daher logisch und sinnvoll, dass sich die Aufgabe der Kodierfachkräfte nicht auf die reine Kodiertätigkeit beschränkt. Die Arbeitsinhalte der Kodierfachkräfte werden durch die Vorbereitung und Begleitung der wöchentlichen MDK-Begehungen inklusive Erstellung eines Berichtswesen über die entsprechenden Auswirkungen abgerundet. Die Erstellung und Durchführung von Neuerungsschulungen und DRG-Basiserschulungen sowie die Hilfestellung bei Organisation der Aktenführung und der Erstellung von Dokumentationsstandards erweitern die Arbeitsinhalte zusätzlich.

Die umfassende Tätigkeit der Kodierfachkräfte ermöglicht eine Begleitung, Einflussnahme und Steuerung des Kodierungsprozesses von der Leistungserstellung (Dokumentation) bis zur Abrechnung des Krankenhausfalles.

Bei den Mitarbeitern des Teams Kodierfachkräfte handelt es sich um erfahrenes Krankenpflegepersonal bzw. medizinische Dokumentare, die zusätzlich zu ihrer bestehenden Berufsausbildung und Berufserfahrung eine Weiterbildung zur Zentralen Kodierfachkraft an der Caritas-Akademie Köln-Hohenlind erfolgreich absolviert haben.

Die Qualifikation der Mitarbeiter hat zu einer schnellen und guten Akzeptanz sowohl bei den Mitarbeitern aus dem ärztlichen Dienst, dem Pflegedienst und dem Verwaltungsdienst geführt. Weitere positive Effekte der Einführung der zentralen Kodierfachkräfte im Stiftungsklinikum Mittelrhein sind die Verbesserung der Arztbriefschreibung, die Verbesserung der Dokumentation, die vermehrte Einhaltung der 3-Tage-Frist bei Übermittlung der Entlassdaten an die Kostenträger und die zentrale Begleitung der MDK-Prüfungen. Die Einführung der zentralen Kodierung ist im Stiftungsklinikum Mittelrhein als Gewinn zu bewerten.

Markus Frieling, Teamleitung Controlling

Die Zeit des „Herumrennens“ in der Apotheke ist jetzt vorbei

Ingolstadt • Kein rechts vor links. Keine roten Ampeln. Auf der Apothekenstraße im Keller der Klinikum Ingolstadt GmbH haben die Medikamente immer Vorfahrt. Sie kommen schneller an ihre Bestimmungsorte bei den Patienten im eigenen Haus, aber auch in andere Krankenhäuser der Region. Die neu eingerichtete EDV-gestützte Medikamentenbestellung und -sortierung hilft Zeit sparen und senkt die Fehlerquote bei der Zuordnung.

„Ich muss das Medikament nur noch auf das Förderband legen und schon landet es im richtigen Abholkorb.“ Dr. Margit Grund, Leiterin der Apotheke der Klinikum Ingolstadt GmbH, führt die neu eingerichtete Computersortierung vor. Und sie zeigt auch, was passiert, wenn ein falsches Medikament auf das Laufband gerät: Es wandert an allen Sortierkörben vorbei direkt in einen Ausschussskorb. Wo früher Mitarbeiter mit Einkaufswagen langwierig die Bestellungen der Stationen und Kliniken zusammenstellten, laufen jetzt Förderbänder entlang der Regale. Apotheker Winfried Daubenmerkl erklärt den Vorgang: „Bestellt wird über Intranet. Das Apothekensystem übernimmt die im Computer gespeicherten Daten und sendet sie an einen Handcomputer.“ Damit geht der Mitarbeiter durch die Regale und legt die Medikamente auf das Förderband, ohne zu wissen, zu welchem Auftrag sie im Einzelnen gehören. „Da er eine alphabetische Liste in Händen hält, die 20 und mehr Bestellungen umfasst, muss er jedes Medikament nur einmal angehen. Sein Weg führt ihn nicht mehr kreuz und quer durch die Apotheke.“ Die eigentliche Verteilung in verschiedene Versandkörbe übernimmt der Computer. „Damit wird die Fehlerquote verringert und die zeitraubende Nachkontrolle durch einen Apotheker erübrigt sich auch,“ resümiert die Leiterin Dr. Margit Grund.

Etwa 1.200 Wirkstoffe in unterschiedlichen Darreichungsformen werden auf diese Weise in der Apotheke der Klinikum Ingolstadt

GmbH verwaltet und verteilt. Dabei erkennt die Elektronik sowohl die Verpackungen als auch den aufgedruckten Strichcode. Dr. Grund rechnet damit, dass sich die Ausgaben von rund 150.000 Euro innerhalb von zwei Jahren amortisieren. „Wir beliefern die 1.100 Betten unseres Klinikums und weitere 500 Betten der Krankenhäuser in der Region mit Arzneimitteln.“ Früher haben die 15 Mitarbeiter – darunter vier Apotheker – 35 Prozent ihrer Arbeitszeit zum Kommissionieren verwendet, heute sind es nur noch knapp 20 Prozent.

Für Dr. Margit Grund ist die moderne Technik ein Schritt in die Zukunft. „Die neue Apothekenstraße ist nicht nur schnell, sondern auch sicher und effizient. Damit können wir uns auch wieder mehr auf unser Kerngeschäft konzentrieren.“ Und sie meint damit folgendes: Das richtige Arzneimittel zum richtigen Zeitpunkt in der richtigen Dosierung und in der richtigen Darreichungsform dem richtigen Patienten zur Verfügung zu stellen, die Herstellung von Zytostasen, Lösungen, Salben, der Einkauf nach pharmakologischen und ökonomischen Kriterien, die Beratung von Ärzten, Schwestern und Pflegern, die Teilnahme an klinischen Visiten, die Budgetinformation für und die Budgetkontrolle gemeinsam mit den verantwortlichen Ärzten.



Auf dem Förderband der neuen Apothekenstraße im Klinikum Ingolstadt laufen die Medikamente zielsicher in den richtigen Versandkorb

Auf dem Weg zur Rezertifizierung nach ProCum Cert inkl. KTQ®

Pflicht zur Verbesserung ist Chance

Bochum • Schon im Jahr 2001 hat das Martin-Luther-Krankenhaus die Entscheidung getroffen, mehr als nur die gesetzlich geforderten Maßnahmen zur Qualitätssicherung aufzubringen. Die Schaffung eines strukturierten Qualitätsmanagements ist für uns mehr als nur eine vitale Maßnahme, um im ständig schärfer werdenden Wettbewerb langfristig bestehen zu können. Bewusst stellen wir uns als christliches Krankenhaus die Frage nach der Qualität der eigenen Leistungen. Die Entscheidung, eine Zertifizierung nach ProCum Cert inkl. KTQ® durchzuführen, ist das Ergebnis der genannten Faktoren und unterstreicht die Besonderheit, ein christliches Krankenhaus zu sein.

Umfassende Vorbereitungen und Maßnahmen zur Schaffung einer beständigen Qualitätsstruktur führten im April 2004 zur Zertifizierung nach ProCum Cert inkl. KTQ®. Der glückliche Moment bei der Bekanntgabe des Ergebnisses und der Glückwunsch zur bestandenen Visitation ließen die Mitarbeiter dennoch nicht vergessen, dass die Phase der Zertifizierung oftmals mit Zweifeln und Frustrationen behaftet war. Dies lag sicherlich in der unbekannteren aber auch einmaligen Form der Visitation, wie sie bei uns erfolgte.



Alle Mitarbeiter und Berufsgruppen sind involviert

Nach der Zertifizierung ist vor der Rezertifizierung

In Vorbereitung auf die Rezertifizierung galt es, die wichtigen Säulen des Qualitätsmanagements weiter auszubauen. Anhand unseres Schaubildes möchten wir kurz den Weg zur Rezertifizierung aufzeigen:

Mitarbeiterorientierung

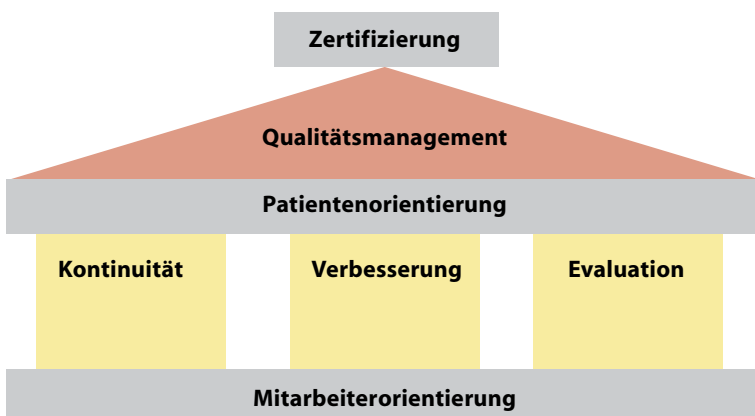
Der Mitarbeiter des Unternehmens ist die wichtigste Ressource des Unternehmenserfolges. Daraus ergibt sich, dass eine ausgeprägte Mitarbeiterorientierung die Tragkraft für die weiteren Säulen des Qualitätsmanagements aufbringt.

Es wurden Stellenbeschreibungen, Einarbeitungschecklisten, Beurteilungsbögen, Vorschlagswesen und Beschwerdemanagement eingeführt. Bei all diesen Maßnahmen haben wir den Weg der Entwicklung an und mit der Basis eingehalten. Die Stellenbeschreibungen wurden von Stationsleitungen in Begleitung durch die Pflegedienstleitung, Personalabteilung und MAV erstellt. Die Beurteilungsbögen sind regelhaft durch beide Seiten zu führen, d.h. der zu beurteilende Mitarbeiter beurteilt auch seinen ihn beurteilenden Vorgesetzten. Dass dieser Form der Einbindung der Mitarbeiter nicht immer uneingeschränkte Zustimmung widerfährt, liegt in der Natur der hierarchischen Strukturen. Diesen Weg wären wir ohne die Selbstbewertung in dieser Form sicherlich auch nicht gegangen und auch die Akzeptanz wäre ohne den Hintergrund einer Rezertifizierung eine andere. Hier ist die Pflicht zur Verbesserung zur Chance geworden.

Kontinuität – Verbesserung – Evaluation

Zur Gewährleistung eines fortschreitenden Qualitätsmanagements ist die kontinuierliche Besetzung der Stelle des Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) als Stabsstelle unabdingbar. In den Jahren seit der Zertifizie-

Durch unsere Selbstbewertung wurde aufgezeigt, dass es viele Verbesserungspotentiale im Bereich der Mitarbeiterorientierung gibt. Viele Dinge wurden in der Zwischenzeit auf den Weg gebracht.



Der Weg zur Rezertifizierung

„Mein Nächster ist jeder Mensch.

Vor allem der, der Hilfe braucht.“

Die Leitung wechselte der QMB zweimal, so dass wir nun mit unserem dritten QMB in die „heiße Phase“ der Rezertifizierung einsteigen. Als beständige Größe existiert die zwölfköpfige Qualitätskonferenz (QK), die kontinuierlich und unabhängig von den personellen Veränderungen im Bereich QMB ihre Arbeit fortsetzt und somit die Rahmenbedingungen des Qualitätsmanagements aufrechterhalten hat. Zwar stellen wir uns mit der vorhandenen personellen Besetzung sehr gut auf, doch lässt es sich nicht verheimlichen, dass es für uns alle eine Kraftanstrengung ist, die zurückliegende Zeit aufzuarbeiten. Der Vorteil eines „unbefleckten“ QMBs im Sinne der Erfahrungen um die Erstzertifizierung nach ProCum Cert inkl. KTQ® entspricht dem einer jetzt regelmäßigen Selbstbewertung und Hinterfragung und ist somit positive treibende Kraft in der Entwicklung und Fortschreibung des Qualitätsmanagements. Die Pflicht zur Kontinuität wurde zur Chance zur Verbesserung. Um der Chance zur Verbesserung oder besser Optimierung zu genügen, haben wir unterschiedlichste Organe und Arbeitsgruppen wie Prozesseigner und Qualitätszirkel ins Leben gerufen. Durch diese, wie auch durch die Auswertungen im CLINOTEL-Verbund, wird unter anderem in Optimierungs-Workshops die kontinuierliche Evaluation der vorhandenen Prozesse und Ressourcen durchgeführt.

Patientenorientierung

Auf diesen festen Säulen ist es uns möglich, den Patienten und seine Bedürfnisse optimal einzubinden und ein höchstes Maß an Patientenorientierung zu gewährleisten. Dieses ist sicherlich der dynamischste Bereich des

Qualitätsmanagements, da die Individualität der Patientenbedürfnisse um die starren Raster der gesetzlichen und monetären Gegebenheiten herum sichergestellt werden muss. Unterstreichend dieser Zielsetzung ist die bewusste Wahl der Zertifizierung nach ProCum Cert inkl. KTQ® und der von uns im Leitbild verankerte Satz Martin Luthers: „Mein Nächster ist jeder Mensch. Vor allem der, der Hilfe braucht.“

Qualitätsmanagement – Zertifizierung

Qualität wird im täglichen Miteinander bewusst sowie unbewusst gelebt. Aufgabe des Qualitätsmanagements ist es hier, die unbewussten Aspekte bewusst zu machen und sie somit als erreichte Ziele greifbar zu gestalten. Damit wird auf dem Boden der positiven Motivation eine kontinuierliche Weiterentwicklung gestaltet, ohne dass sie als bewusster Arbeitsaufwand zur Ermüdung und Routine führt.

Konkret bedeuten die Rezertifizierung und die damit verbundene Umstellung von 4.2 auf 5.0 einen enormen Kraftaufwand. Unsere klare Zielsetzung neben der fachlichen Umsetzung auch einen Verbesserungsprozess durchzuführen, bedeutet eine starke Bindung von Personalressourcen.

Mit der Einführung des Katalogs 5.0 erhöhten sich die Zeichen von 285.000 auf 600.000, jedes Kriterium muss mit einem PDCA-Zyklus bearbeitet werden. Eine Wiederholung der Antworten ergibt sich schon durch die Tatsache, dass der PDCA-Zyklus dem gesamten Kriterium vorangestellt ist.

Jede Kategorie muss mit 55 Prozent bestanden werden, im alten Katalog galt der Durchschnitt. Dies bedeutet, dass die einzelnen Ka-



Konzentriertes Arbeiten in einem Qualitätszirkel

tegorien mit 70 Prozent bestanden werden können, wenn jedoch ein einzelner Bereich nur mit z.B. 53 Prozent bewertet wird, erfolgt keine Zertifizierung.

Dies lässt sich nur mit Ressourcen schonenden Untergruppen schaffen. In 24 Qualitätszirkeln werden die Kriterien von den Prozesseignern bearbeitet, kontinuierlich laufen die Optimierungs-Workshops. In der QK wurden Arbeitsgruppen für das Organisationshandbuch, die Überarbeitung der SOPs, das Einpflegen in das Holl-Tool gebildet. Für November sind drei Wochen Selbstbewertung geplant. Es sind ungefähr 1.600 Arbeitsstunden in der QK zugrunde zu legen. Durch diese Arbeitsteilung sind alle Bereiche involviert, Qualitätsmanagement ist etwas, mit dem und an dem jeder arbeitet. Die Chance, weiter zu machen, haben wir genutzt und die Engagierten, und die, die es als notwendiges Übel zur Zertifizierung ansehen, ins Boot geholt. Und plötzlich ist QM ein täglicher Prozess, der fast unmerklich von der Hand geht.

Durch all dieses ist Qualität in unserem Haus als Wert verankert und wird durch den Prozess der Rezertifizierung transparent und durch Erneuerung des Zertifikats für Patienten, Partner und Mitarbeiter greifbar gemacht.

Chefarzt der Medizinischen Klinik A der Ruppiner Kliniken zum Professor ernannt

Neuruppin • Der Chefarzt der Medizinischen Klinik A, Privatdozent Dr. med. habil. Dr. phil. Diplom-Sozialwissenschaftler Kurt J. G. Schmailzl, wurde am 7. Juni 2006 zum Honorarprofessor für Innere Medizin an der Universität Rostock ernannt.



Chefarzt Prof. Dr. Dr. Kurt J. G. Schmailzl

Mit dieser Ernennung wird das jahrelange Engagement von Prof. Dr. Dr. Kurt J. G. Schmailzl im Bereich der Inneren Medizin und Kardiologie geehrt.

Vor dem Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München und der Freien Universität Berlin studier-

te Prof. Dr. Dr. Kurt J. G. Schmailzl Physik sowie Sozialwissenschaften, wobei der Schwerpunkt hierbei auf Gesundheitsökonomie und empirischer Sozialforschung lag. Nach seiner Habilitation an der Universität Rostock erhielt er seine Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin an der Universität Rostock.

Bevor Prof. Dr. Dr. Kurt J. G. Schmailzl am 1. April 1992 seine Tätigkeit als Chefarzt der neu formierten Medizinischen Klinik A der Ruppiner Kliniken aufnahm, war er unter anderem in der Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen des Deutschen Herzzentrums München sowie in der Abteilung für Kardiologie des Deutschen Herzzentrums Berlin tätig.

Der Facharzt für Innere Medizin und Facharzt für Kardiologie und internistische Intensivmedizin hat die Medizinische Klinik A der Ruppiner Kliniken zu einer der modernsten und leistungsstärksten internistischen Klini-

ken in Brandenburg entwickelt.

Er und sein Team haben sich auf die Diagnostik und Therapie von Herz-, Gefäß- und Herz-Lungen-Krankheiten, ihrer Risikofaktoren sowie der Erkrankungen der Nieren spezialisiert. Das Herzkatheterlabor ermöglicht neben der Diagnostik aller Erkrankungen des Herzens, der herznahen Gefäße, des großen Kreislaufes und des Lungenkreislaufes, auch das komplette Behandlungsspektrum. Das Herzkatheterlabor der Klinik steht zur Behandlung von akuten Herzinfarkten 24 Stunden am Tag zur Verfügung.

Professor Dr. Dr. Kurt J. G. Schmailzl ist Mitglied in verschiedenen wissenschaftlichen Gesellschaften unter anderem der New York Academy of Sciences, der American Heart Association und der Deutschen Gesellschaft für Herz-/Kreislaufforschung, um nur einige zu nennen.

Gesundheits-Dialog in Lünen Im September schon die 33. Veranstaltung

Lünen • Jeden ersten Dienstag im Monat findet im St.-Marien-Hospital Lünen um 19.30 Uhr der Gesundheits-Dialog statt.



Dr. Harald Günther, Leiter des Gesundheitszentrums Aktivum!

Diese Veranstaltung im Lüner Krankenhaus ist längst zur „festen Institution“

geworden, denn bereits zum 33. Mal lädt das Gesundheitszentrum Aktivum! zu dieser kostenlosen Informationsveranstaltung für Bürgerinnen und Bürger ein.

Seit Mai 2003 veranstaltet das Krankenhaus den monatlichen Gesundheits-Dialog. „Kompetente Informationen zu aktuellen Themen sind für viele Menschen von gro-

ßem Interesse“, weiß Dr. Harald Günther, Leiter des Gesundheitszentrums Aktivum!, zu berichten. Die große Resonanz der Veranstaltungen bestätigt das bestehende Informationsbedürfnis des gesundheitsbewussten Lüner Bürgers.

Wegen des großen Zuhörerinteresses musste sogar einmal ein Vortrag zum Thema „Osteopathie – Leben ist Bewegung“ wiederholt werden. Im Februar letzten Jahres war die Kapazitätsgrenze der Mitarbeitercafeteria mit über 400 Teilnehmern bei weitem überschritten, so dass viele Gäste keinen Zutritt mehr fanden. Schnell hatte sich Dr. Günther entschlossen, den Vortrag im folgenden Monat zu wiederholen, damit auch alle Besucher Gelegenheit bekamen, sich über dieses Thema zu informieren.

Chefärzte des St.-Marien-Hospitals – zum Teil auch gemeinsam mit niedergelassenen Fachärzten – sowie Gesundheitsexperten gestalten den Dialog kompetent und verständlich – speziell für den gesundheits-

interessierten Laien. Die Veranstaltungen bieten die Möglichkeit der Diskussion und qualifizierten Beantwortung individueller Fragen. So erfahren die Besucher der Vorträge Wissenswertes zu Diagnose, Behandlungsmöglichkeiten, Therapie und Prävention unterschiedlicher Krankheitsbilder.

So wurden z. B. Themen wie, Das künstliche Hüftgelenk, Die „elende“ Bandscheibe, Bluthochdruck oder Harnschwäche in den Vorträgen illustriert auf der Leinwand dargestellt. „Die Teilnehmer hören begeistert zu und haben eine Menge Fragen, da sie häufig selbst betroffen sind“, schildert Dr. Günther seinen Eindruck aus den bisherigen Veranstaltungen.

Schließlich kann der Besucher die gewonnenen Kenntnisse in seinem privaten Umfeld nutzen und diese auch zur Steigerung seines persönlichen Wohlbefindens einsetzen.



1. Reihe von links: Weihbischof Heinrich Janssen, NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann, Geschäftsführer Heinrich Röwer

Neuer Funktionstrakt im St. Josef Krankenhaus in Moers Modernste Räumlichkeiten für Diagnostik und Therapie

Moers • Im St. Josef Krankenhaus in Moers wurde am 23. August 2006 der erste Bauabschnitt des Neubaus, der aus Unter- und Erdgeschoss des insgesamt fünfgeschossigen Erweiterungsbaus besteht, eingeweiht. Im Keller des Funktionstrakts werden das Zentrallabor, Therapieräume, zentrale Umkleiden, Büroräume für den Sozialdienst sowie die Bibliothek untergebracht. Im Parterre wurde an der Westseite des Neubaus der neue Haupteingang an das bestehende Verkehrszentrum angeschlossen.

Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann bescheinigte der St. Josef Krankenhaus GmbH auf einem „sehr guten Weg zu sein.“ Gesundheitsminister Laumann betonte: „Das St. Josef-Krankenhaus versorgt seine Patientinnen und Patienten künftig auf dem neuesten technischen Stand und mit hoher Qualität, das verdient Anerkennung. Das Krankenhaus investiert in die Zukunft – mit Hilfe des Landes. Die Krankenhaus GmbH St. Josef ist mit ihren unterschiedlichen Kliniken und Pflegeeinrichtungen gut aufgestellt.“

Laumann betonte, dass es zukünftig in der Krankenhauslandschaft vermehrt um Spezialisierung, Kooperation und Qualitätskontrolle gehe. Er freute sich, dass sich Träger wie die katholische Kirchengemeinde St. Josef in Moers auch mit eigenem Geld für den Neubau engagiert haben.

„Krankenpflege als Form der Nächstenliebe sei eine grundlegende Aufgabe der Kirche“, sagte Weihbischof Heinrich Janssen aus Xanten, er segnete während der offiziellen Einweihung die neuen Räume des St. Josef Krankenhauses. Sein besonderer Dank galt Pfarrer Heinrich Bücker und Geschäftsführer Heinrich Röwer und seinem Team.

Als Aufsichtsratsvorsitzender erhielt Pfarrer Bücker vom Architekten Guido Meßthaler aus Düsseldorf symbolisch den Schlüssel für den Neubau.

Nordrhein-Westfalen unterstützt den Neubau mit einem erheblichen finanziellen Einsatz: Rund 7,3 Millionen Euro kostet der erste Bauabschnitt des neuen Funktionstraktes, allein das Land NRW stellt für dieses Bauvorhaben rund 5,3 Millionen Euro zur Verfügung. Den zweiten Bauabschnitt finanziert das Land mit rund 5,5 Millionen Euro ebenfalls zu einem wesentlichen Teil. „In Zeiten knapper Kassen ist das keine Selbstverständlichkeit!“, stellte Minister Karl-Josef Laumann klar.

Stabübergabe in der Abteilung für Innere Medizin

Moers • Pfarrer Heinrich Bücker, Aufsichtsratsvorsitzender, gab dem scheidenden Chefarzt Dr. Reinhard Langner einen Äskulapstab mit der Bitte, diesen seinem Nachfolger Dr. Christoph Vogt zu überreichen.

Der Äskulapstab ist ein von einer Schlange umwundener Stab als Symbol für Medizin. Sein Ursprung liegt im Altertum. Nach der griechischen Sage beherrschte Äskulap, der Sohn des Apollon, in besonderer Weise die Heilkunst. Er konnte sogar Tote wieder beleben. Das erzürnte den Herrscher des Totenreiches Hades. Dieser wandte sich an Zeus, der Äskulap mit dem Blitz erschlug. Pfarrer Bücker deutete diese Erzählung mit Blick auf den Arztberuf, der häufig mit Opferbereitschaft verbunden sei. Er dankte Dr. Langner dafür, dass er seinen Beruf als Berufung ausgeübt habe und wünschte Dr. Vogt die gleiche Einstellung.

„Auch in der Bibel ist die Schlange als Heilszeichen zu finden“, sagte Pfarrer Bücker, „so zum Beispiel als Kupferschlange bei Mose. Es wird im Neuen Testament als Vorausbild für Christus am Kreuz gedeutet.“

So wünschte sich der Aufsichtsratsvorsitzende für das St. Josef Krankenhaus von allen, die sich den Kranken widmen, weniger den Blick auf die Uhr und mehr den Blick auf den Patienten, der stets im Mittelpunkt aller Bemühungen der Mitarbeiter zu stehen habe.

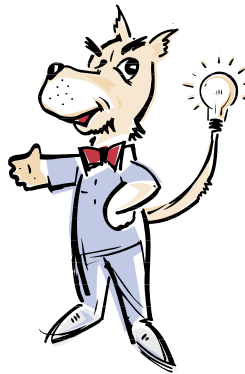


Dr. Christoph Vogt (links), neuer Chefarzt der Inneren Medizin, und Dr. Reinhard Langner, ehemaliger Chefarzt, mit dem Äskulapstab

Innerbetriebliches Vorschlagswesen (Ideefix) im SKM Sieben Ideen seit Jahresbeginn umgesetzt

Koblenz • Im Rahmen der KTQ-Zertifizierung in 2004 fiel auf, dass ein geeignetes Instrument zur Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen aus dem Bereich der Mitarbeitenden fehlte. Im April 2005 wurde das Projekt „Innerbetriebliches Vorschlagswesen“ initiiert. Nach einer Analyse der vorhandenen Systeme im Deutschen Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und in den verschiedenen CLINOTEL-Krankenhäusern wurde ein Ideen-Management-System konzipiert, das den griffigen Namen „IdeeFix“ trägt. Vielen Dank hierbei noch einmal an das Klinikum Ingolstadt, dass wir den Namen „IdeeFix“ übernehmen durften.

Ziel des innerbetrieblichen Vorschlagswesens ist, die Kreativität der eigenen Mitarbeiter zu nutzen, um Herausforderungen im alltäglichen Ablauf in optimierter Form



zu bewältigen. Die Grundlage des Ideenmanagements im SKM ist eine Dienstvereinbarung. Die Beurteilung der Ideen wird durch eine interdisziplinäre Kommission vorgenommen. Jeweils ein Mitarbeiter des ärztlichen und pflegerischen Dienstes, der „übrigen“ Belegschaft, der Geschäftsführung und der MAV sind in der Kommission vertreten. Unter Zuhilfenahme von hausinternen erstellten Gutachten wird die anonymisierte Idee in der Kommission beurteilt. Die Verwaltung der Idee läuft über eine zentrale Ideenkoordinationsstelle. Kommt es zu einer Umsetzungsempfehlung, wird der Einreicher mit einer Prämie, die entwe-

der durch die zu erwartende Jahresersparnis, prozentual oder durch ein Zwei-Punkte-Schema errechnet wird, belohnt. Soll ein Vorschlag umgesetzt werden, beauftragt die Geschäftsführung einen Verantwortlichen, der in geregelten Abständen den Umsetzungsstand an die Kommission zurückmeldet.

Die Pilotphase konnte bereits im Januar dieses Jahres gestartet werden. Bis Ende Juni sind 45 Verbesserungsvorschläge bei „IdeeFix“ eingegangen. Sieben Ideen wurden zur Umsetzung empfohlen und führten zu optimierten Arbeitsabläufen (Kostenreduktion), zur Steigerung der Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit, zur Verbesserung der Arbeitssicherheit sowie zur Imageverbesserung. Nach der Umsetzung dieser Ideen erhielten die Ideen-Einreicher ihre Prämien.

Elisabeth Schütte, Ideen Koordinatorin

Prof. Dr. Friedrich Kersting verabschiedet

Koblenz • 21 Jahre war er einer der beiden Chefarzte der Klinik für Innere Medizin am Stiftungsklinikum Mittelrhein (SKM). Jetzt geht Prof. Dr. Friedrich Kersting in Ruhestand. Mit dem Ausscheiden des 65-jährigen geht eine Ära zu Ende.

1985 trat Prof. Kersting nach vierjähriger Zeit als Oberarzt im Evangelischen Stift in Koblenz (heute SKM) die Nachfolge von Chefarzt Prof. Otto Weller an. Zusammen mit Dr. Hans-H. Dormeyer sah er allerdings die Notwendigkeit, die Innere Medizin zu spezialisieren. Gemeinsam überzeugten die Beiden den Verwaltungsrat von den Vorzügen einer kollegialen Leitung. Prof. Kersting setzte dann seinen Schwerpunkt in der Kardiologie. Gemeinsam mit Dr. Dormeyer (Gastroenterologie) gelang es ihm, die Innere Medizin weiterhin als funktionierende Einheit darzustellen und gleichzeitig eine dynamische Entwick-



Prof. Dr. Friedrich Kersting

lung wesentlicher Spezialgebiete voranzutreiben. Nach dem Ausscheiden von Prof. Kersting im Juli 2006 wurde die Kardiologie mit einem Team aus drei Kardiologen unter eigenständige Leitung gestellt. Zu den bisherigen Oberärzten, Dr. Norbert Kaul und Dr. Michael Kupp, konnte als dritter Leitender Arzt Dr. Andreas Bootsvelde aus dem Klinikum Siegburg gewonnen werden.

Die offizielle Verabschiedung von Prof. Dr. Friedrich Kersting wurde am 30. 08.2006 mit einem Symposium „Ethik und Kardiologie“ gefeiert. Mit der Wahl dieses Themas und der Einladung namhafter Referenten wurden bewusst die persönlichen Aspekte des Abschieds und die Würdigung von Prof. Kerstings individueller Leistung verbunden.

Impressum CLINOTEL-Magazin

Herausgeber: CLINOTEL Krankenhausverbund gGmbH
Geschäftsführung: Prof. Dr. med. Andreas Becker, Dipl.-Verwaltungswirt Udo Beck

Chefredaktion: Udo Beck (v.i.S.d.P.)

Redaktion: Michael Bülow (Neuruppin), Franz Ebert (Würzburg), Dietmar Ewerling (Bochum), Carola Smala (Starnberg), Marlis Fliesser-Hartl (Landshut), Joschi Haunsperger (Ingolstadt), Hubertus Hollmann (Wolfratshausen), Martin Palm (Speyer), Hans-Joachim Ritter (Lünen), Daniela Schmitz (Koblenz), Olaf String (Brandenburg a. d. Havel), Peter Tischmann (Oberhausen), Ulrike Wellner (Moers).

Redaktionsanschrift:

CLINOTEL Krankenhausverbund gGmbH
Ebertplatz 1
50668 Köln
Fon 0221 16798-0 • Fax 0221 16798-20
E-Mail: mail@clinotel.de • Web: www.clinotel.de

Verlag:

MediaPrint Verlagsgesellschaft mbH
Thomas Meier-Vehring (Projektleiter)
Friedrich-Ebert-Straße 19
59425 Unna
Fon 02303 254 22 32 • Fax 02303 254 22 22
E-Mail: tmv@mediakom-unna.de
Web: www.mediakom-unna.de

Agenturfotos: www.photocase.de

Medizinische Klinik III im Klinikum Ingolstadt gegründet

Ingolstadt • Bislang war die Nephrologie Bestandteil der Medizinischen Klinik I. Da die Zahl der Nierenerkrankungen jedoch stetig zunimmt, möchte das Klinikum Ingolstadt mit einer eigenständigen Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten für diese Herausforderungen gut gerüstet sein.



Der Internist und Nephrologe Dr. Friedrich Lazarus ist Chefarzt der neugegründeten Medizinischen Klinik III

Den Chefarzt der Medizinischen Klinik III, Dr. Friedrich Lazarus, erwarten spannende Aufgaben, schließlich ist er gemeinsam mit seinem Team für die Aufbauarbeit verantwortlich. Zunächst wird der Internist und Nephrologe die Zusammenarbeit mit dem Ingolstädter Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation (KfH) in der Vorwaltnerstraße 1 vertiefen und somit den vor kurzem unterzeichneten Kooperationsvertrag zwischen Klinikum und

KfH umsetzen. „Die Zusammenarbeit basiert auf dem zukunftsweisenden Konzept, stationäre und ambulante Behandlung enger zu verzahnen“, erklärt Dr. Lazarus. Für den Mediziner ist dies eine interessante, aber keine ganz neue Aufgabe, da er mit den Abläufen bestens vertraut ist: „Bis Ende 2005 war ich vier Jahre lang Leiter des KfH Ingolstadt. Schon vor Abschluss des Kooperationsvertrages fand eine enge Zusammenarbeit mit dem Klinikum statt.“ Jetzt freut sich der gebürtige Ingolstädter, dass er dieses beispielhafte Projekt am Klinikum leiten darf. Vor allem chronische Dialysepatienten profitierten von der umfassenden Versorgung.

Die Dialyse ist aber nur ein Bereich der Medizinischen Klinik III. Die Hauptaufgabe von Dr. Friedrich Lazarus und seinem Team besteht darin, Patienten mit Nieren- und Hochdruckerkrankungen so zu behandeln, dass ein Nierenersatzverfahren, also eine Dialyse, vermieden werden kann.

Ein weiterer großer Schritt wird der Umzug der Medizinischen Klinik III und des Kuratoriums in ein neues Gebäude sein, das auf dem Gelände des Klinikums errichtet werden soll. Die Eröffnung ist für 2007 geplant.

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Christian Stoll neuer Chefarzt der MKG-Chirurgie

Neuruppin • Seit dem 1.07.2006 ist Prof. Dr. Dr. Christian Stoll neuer Chefarzt der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Plastische Operation in den Ruppiner Kliniken.

Der 1960 in Lübeck Geborene hat zwischen 1979 und 1986 an der Medizinischen Hochschule Hannover Humanmedizin studiert und zusätzlich zwischen 1982 und 1988 ebenfalls dort ein Studium der Zahnmedizin absolviert.

Prof. Dr. Dr. Stoll ist seit 1993 Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und seit 1995 führt er die Zusatzbezeichnung Plastische Operationen. 1996 absolvierte er seine Fachzahnarztprüfung für Oralchirurgie.

Bevor Prof. Dr. Dr. Christian Stoll dem Ruf an die Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in die Ruppiner Kliniken gefolgt ist, war er als Oberarzt an der Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums der RWTH-Aachen tätig. Zwischen 1996 und 2001 arbeitete er als Oberarzt an der Klinik für Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Charité in Berlin.

Am 3. März 2006 erfolgte seine Berufung zum außerplanmäßigen Professor an der RWTH-Aachen.

Die Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in den Ruppiner Kliniken wird zukünftig von zwei Chefarzten geleitet, wobei Dr. med. Dieter Prokop für den ambulanten Bereich und Prof. Dr. Dr. Christian Stoll für den stationären Bereich zuständig ist.

Mit dieser Umstrukturierung wollen die Ruppiner Kliniken zum wiederholten Male ihr Leistungsspektrum zum Wohle der Patienten erhöhen.

Klinikum Ingolstadt ist Behandlungseinrichtung für Diabetiker

Ingolstadt • Die Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG) hat das Klinikum Ingolstadt als „Behandlungseinrichtung für Typ 1 und Typ 2 Diabetiker (Stufe 1)“ anerkannt. Dies teilte die Organisation jetzt mittels einer Urkunde mit. Die Anerkennung gilt vorerst bis August 2008. Die Bestätigung kam vor allem wegen des Engagements des Oberarztes der Medizinischen Klinik II im Klinikum, Dr. Peter Zimmer, zustande, der als Mannschaftsarzt auf den Paralympics 2004 über die Region hinaus bekannt und geschätzt ist.

Die Deutsche Diabetes-Gesellschaft wurde am 07.04.1964 gegründet und am 14.10.1965 in das Vereinsregister beim Amtsgericht Düsseldorf als gemeinnütziger Verein eingetragen.

Die DDG ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft. Sie widmet sich der Erforschung und Behandlung des Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit).



Dr. Peter Zimmer, Oberarzt der Medizinischen Klinik II im Klinikum Ingolstadt

Brustzentrum Rheinpfalz gegründet

Speyer • Die Diagnose Brustkrebs ist für Frauen das Trauma schlechthin. Die Häufigkeit der Erkrankung steigt stetig an, nur etwa ein Drittel der Frauen nehmen jedoch die Vorsorgemöglichkeiten in Anspruch.

Um Brustkrebspatientinnen in der Region Rheinpfalz bestmögliche Versorgung zuteil werden zu lassen und die gesamte Versorgungskette von der Prävention über die Diagnostik und Therapie bis hin zur Nachsorge nach einheitlichen Behandlungsstandards optimal anzubieten, wurde Ende Mai am Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer das Brustzentrum Rheinpfalz gegründet mit den fünf Standorten Ludwigshafen, Speyer, Neustadt, Frankenthal und Worms.

Im Juni 2006 formierte sich der Standort Speyer des Brustzentrums Rheinpfalz. Zur Gründung trafen Experten aus verschiedenen sich



ergänzenden Fachrichtungen zusammen. Hierzu gehören Fachärzte der Krankenhäuser sowie niedergelassener Praxen der Fachrichtungen Gynäkologie, Radiologie, Onkologie, Pathologie, Strahlentherapie, Anästhesie, Schmerz- und Palliativmedizin, Plastische Chirurgie sowie Vertreter der Psychoonkologie, des Sozialdienstes und der Tumorberatung.

„Dieses Netzwerk ist ein Qualitätssprung in der Prävention und Behandlung der Brustkrebskrankung“, sagte Werner Krämer, Geschäftsführer des Diakonissen-Stiftungs-Krankenhauses Speyer in seiner Vorstellung der Organisationsstruktur des Brustzentrums. Vorteile für die Patientinnen seien unter anderem kurze Wartezeiten unter zehn Tagen und kurze Wege zwischen den einzelnen Fachbereichen.

Dr. med. Uwe Eissler, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer und ärztlicher Leiter des Brustzentrums, stellte die verbindlichen Qualitätskriterien und -standards für das Mitwirken im Brustzentrum vor. Ziel des Brustzentrums sei es, dass alle Standorte sowie die beteiligten Fachrichtungen und Partner auf qualitativ gleich hohem Niveau arbeiten. Damit werde die Vorgabe des Landeskrankenhausplans umgesetzt, dass jeder an Brustkrebs erkrankte Mensch eine zeitgemäße Versorgung erhalten solle, die die bestmöglichen Heilungschancen gewährleiste und mit den geringstmöglichen Beeinträchtigungen verbunden sei. Ein weiteres Teilziel sei es, dass die Wartezeit auf einen Termin in einem Brustzentrum unter zehn Tagen liege und das Ergebnis der Biopsie der Patientin spätestens drei Tage nach der Untersuchung mitgeteilt werde. Spätestens acht Tage nach der Biopsie werde ein Behandlungsplan mit der Patientin besprochen.

Vorteile des Brustzentrums für die Patientinnen sei vor allem, dass die Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge durch ein gemeinsames Expertenteam erfolge.

Eine Zertifizierung des Brustzentrums ist in Kürze geplant und wird nach gültigen Standards (DIN/Onkozeit) vorgenommen. Weiterhin in Planung sind gemeinsame Studien, eine gemeinsame Dokumentation, ein Patiententag, Fortbildungen, Integration der niedergelassenen Kollegen sowie die Organisation eines Tumorboards zur Festlegung der Therapie.

Weitere Verbesserung in der Vorsorge Neugeborener St.-Marien-Hospital Lünen bietet Hörtest für Neugeborene an

Lünen • Im St.-Marien-Hospital Lünen wird nun bei allen Neugeborenen ein kostenloser Hörtest – das so genannte elektronische Hörscreening – durchgeführt. Dabei werden mit modernster computergesteuerter Untersuchungstechnologie elektronisch die Hörleistungen aus dem Innenohr nachgewiesen und aufgezeichnet. Diese Untersuchung ist für das Neugeborene absolut schmerzfrei und dauert nur etwa eine Minute. Hörschäden sind, neben Hüftschädigungen, die häufigsten frühkindlichen Störungen, die man bei entsprechender frühzeitiger Diagnostik optimal behandeln kann. Das St.-Marien-Hospital bietet die Untersuchung für krankenversicherte Eltern kostenfrei an, weil es besonders hier eine sinnvolle Investition für die Zukunft der Kinder sieht. Mittels einfacher akustischer Tests wie Glockenklängen wurde bisher die Reaktionsfähigkeit der Neugeborenen auf akustische Signale nach der Geburt überprüft. Diese waren aber häufig nur unzureichend. Da gerade Hörstörungen aber zu erheblichen Problemen der gesamten Sprach- und Kommunikationsentwicklung führen, ist es für die Kinder entscheidend wichtig, möglichst frühzeitig entsprechende Störungen nachzuweisen.

Die Chefarzte der gynäkologisch-geburtshilflichen Klinik im St.-Marien-Hospital, Dr. Donat Romann und Dr. Klaus Ermer, wünschen ihren neugeborenen Kindern einen möglichst optimalen Start ins Leben. Sie haben sich zum Ziel gesetzt, neben den gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen ein Zusatzprogramm zur Sicherheit der Kinder anzubieten.



Hörtest bei einem Neugeborenen

Chefarzt mit akademischem Grad im Management

Arzt und Manager – „doppelt hält besser“

Oberhausen • Dr. Klaus Becker, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin am St. Clemens Hospital, darf künftig den akademischen Grad eines „Master of Arts“ (oder kurz: M.A.) führen. Verliehen worden ist ihm dieser Titel „mit Auszeichnung“ gemeinsam durch die Universitäten Kaiserslautern und Witten/Herdecke. Vorausgegangen war ein fast dreijähriges berufsbegleitendes Fernstudium im Studiengang „Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen“.

Mit einer Gesamtnote von 1,2 gehört Dr. Becker zu den besten Absolventen seines Studienganges. Abgeschlossen hat der Mediziner das Studium mit einer 50-seitigen Facharbeit. Das Thema lautete „Einrichtung von Gesundheits-Vorsorgeprogrammen an einem Akutkrankenhaus“. Damit hat der Chefarzt ein Projekt wissenschaftlich beleuchtet, das gegenwärtig im St. Clemens Hospital Sterkrade intensiv verfolgt wird.

„Meister der Künste“

Der akademische Grad eines „Masters of Arts“ (frei übersetzt: „Meisters der Künste“) entspricht dem früher in Deutschland üblichen Magister-Studiengang. Aufgrund der neuen europaweiten Ausbildungsstruktur ist die besondere Zusatzausbildung des Chefarztes an diese Vorgaben angepasst und in allen europäischen Ländern gleichermaßen anerkannt.

Kenntnisse auch in juristischen Fragen

Während seines Studiums hatte sich Herr Dr. Becker nicht nur mit trockener Verwaltungsmaterie auseinander zu setzen. Er erwarb auch umfassende Kenntnisse in der strategischen Planung und Projektsteuerung, im Marketing und in juristischen Fragen. „Der praktische Bezug dieses Studiums zu meiner täglichen Ar-

beit als Chefarzt war mir besonders wichtig und hat die vielen Stunden der Mehrarbeit außerhalb der Klinik etwas erträglicher gestaltet“, versichert Dr. Becker und ergänzt: „Meine Frau würde das aber wahrscheinlich anders sehen ...“.

Patienten als nachfragende Kunden

„Mit den im Studium erworbenen Kenntnissen möchte ich die von mir geleitete Fachabteilung noch flexibler und langfristig erfolgreich auf die dynamischen Veränderungen unseres wirtschaftlichen Umfeldes einstellen“, erläutert Dr. Becker. „Patienten müssen heute als nachfragende Kunden und nicht mehr nur als Bittsteller gegenüber medizinischen Anbietern begriffen werden.“ Neben der fachlichen Qualität sei die überzeugte Umsetzung des

Service-Gedankens für den Erfolg einer Klinik von großer Bedeutung.

„Anspruchsvoller Gesprächspartner“

„Chefarzt Dr. Klaus Becker, in seinem medizinischen Expertenwissen für mich schon immer ein anspruchsvoller Gesprächspartner, hat mit seiner Managementausbildung seine argumentative Schlagfertigkeit weiter gesteigert“, freut sich Geschäftsführer Peter Tischmann. Denn überdurchschnittliche medizinische Fähigkeiten des Chefarztes, gepaart mit seinen detaillierten Kenntnissen der wirtschaftlichen Zusammenhänge und des praxisbezogenen Managements, seien hervorragende Voraussetzungen, weitere medizinische Innovationen zu verwirklichen.



Dr. Klaus Becker, Chefarzt Innere Medizin im St. Clemens Hospital Sterkrade muss immer öfter in die Rolle eines Managers schlüpfen; hierzu ist er nun entsprechend qualifiziert

Klinikum Ingolstadt ist Lehrkrankenhaus für Anästhesiologie

Ingolstadt • Nachdem Medizinstudierende bisher am Klinikum Ingolstadt nur in den Fächern „Innere Medizin“ und „Chirurgie“ und seit Kurzem auch in „Psychiatrie“ Abschnitte ihres praktischen Jahres im Rahmen des Studiums der Humanmedizin absolvieren konnten, ist es nun auch möglich, dieses am Institut für Anästhesie und Intensivmedizin zu tun. Das Klinikum hat den Status eines Lehrkrankenhauses für das Fach „Anästhesiologie“ an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München erhalten. Das bedeutet, dass Studierende des letzten Studienabschnitts im Klinikum für einen Zeitraum von knapp vier Monaten die Gelegenheit haben, ihr Studium neben den obligaten Fächern „Innere Medizin“ und „Chirurgie“ mit dem Wahlfach „Psychiatrie und Psychotherapie“ oder jetzt auch „Anästhesiologie“ abzuschließen.



Nun ist das Klinikum Ingolstadt auch Lehrkrankenhaus für Anästhesiologie an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München

Dr. Dithmar & Partner erweitert Team und Dienstleistungs-Angebot

Dr. Claudia Schmidt-Rathjens und Tonja Plücken bringen Know-how in Potenzialanalyse und Kompetenzmanagement mit

Dr. Dithmar & Partner hat das Team verstärkt: Mit Dr. Claudia Schmidt-Rathjens als Seniorberaterin und Tonja Plücken als Beraterin sind zwei Psychologinnen neu im Team der Stuttgarter Unternehmensberatung. Dr. Schmidt-Rathjens hat in Heidelberg studiert und auf dem Gebiet der Eignungsdiagnostik jahrelang wissenschaftlich gearbeitet und gelehrt. Zudem sammelte sie Erfahrung in Beratungsprojekten. „Mit ihren Arbeitsschwerpunkten können wir unser Angebotsportfolio um die Eignungsdiagnostik – speziell in der Beurteilung von Führungskräften – ergänzen“, freut sich Prof. Christiane Dithmar. Tonja Plücken hat in Marburg ein Psychologie-Studium absolviert, bevor sie zu Dr. Dithmar & Partner kam. Parallel zu ihrer Beratertätigkeit wird sie zum Thema „Emotionale Intelligenz“ promovieren, was das Know-how des interdisziplinär besetzten Teams der Managementberatung nochmals erweitert.

Aktuell gefragt ist das Know-how von Dr. Dithmar & Partner in den Be-



Claudia Schmidt-Rathjens



Tonja Plücken

reichen Potenzialanalyse und Kompetenzmanagement beispielsweise bei Führungskräften im öffentlichen Dienst. Denn der TVÖD sieht künftig eine leistungsorientierte Vergütung vor. Durch diese Veränderung werden für die Leistungsträger im Gesundheitswesen Aufgaben und Fähigkeiten wichtig, die in der freien Wirtschaft schon lange etabliert sind: Sie müssen objektive Bewertungsmaßstäbe für die Leistung ihrer Mitarbeiter definieren, entsprechende Zielvereinbarungen treffen und überprüfen, ob die Ziele erreicht wurden.

„Unser Ziel ist es, dass Führungskräfte die nötigen Kompetenzen aufbauen, um beispielsweise den Einstieg in die leistungsorientierte Bezahlung erfolgreich zu meistern“, meint Prof. Dr. Dithmar. „Unsere langjährige Erfahrung auf dem Gebiet der Leistungsbewertung und Zielvereinbarung – kombiniert mit dem Know-how der neuen Team-Mitglieder Dr. Schmidt-Rathjens und Plücken – schaffen eine gute Basis, um die Leistungsträger im Gesundheitswesen effizient zu unterstützen.“

DIE KUNST
OFFENHEIT FÜR NEUES ERZEUGEN
DIE TECHNIK
VERÄNDERUNGSPROZESSE ERFOLGREICH GESTALTEN

Wie integriert man Innovationen in das Bestehende?
Wie nutzt man Veränderungen als Wettbewerbsvorteil?
Wie wird man ein Unternehmen mit Charisma?

UNSERE KOMPETENZ

Professionelle Erarbeitung und Umsetzung von Unternehmensstrategien.
Fundiertes Verständnis von Organisationsdynamik und -entwicklung.
Erfolgreiche Steuerung und Begleitung von Veränderungsprozessen.

DR. DITHMAR *dp* PARTNER
MANAGEMENTBERATUNG
FÜR STRATEGIE · STRUKTUR · KULTUR