

### Alles digital

Digitale Röntgenbilder und multimediales Archivsystem für das Klinikum

Mehr dazu auf S. 7

### Zuweisermarketing

Mehr über die erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Klinikum

Erfahren Sie auf S. 9



Neuer Schwerpunkt in der Medizinischen Klinik 1

Lesen Sie auf S. 7

### Brandschutz im Klinikum

Krankenhäuser brennen nicht! Was tun, wenn es trotzdem brennt? Was tun, damit es nicht brennt?

Bericht auf S. 5

Krankenhaus-  
Zeitung

Dezember 2004  
Ausgabe Nr. 5

## Geriatrie – ein Fach mit Zukunft

In Deutschland wird sich das zahlenmäßige Verhältnis zwischen älteren und jüngeren Menschen in den nächsten Jahrzehnten erheblich verschieben: Im Jahr 2050 wird – nach der neuesten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes – die Hälfte der Bevölkerung älter als 48 Jahre und ein Drittel 60 Jahre oder älter sein. Die Geriatrie wird damit zu einem immer wichtigeren Fach. Das Klinikum Braunschweig ist durch die Medizinische Klinik IV mit ihren Schwerpunkten Geriatrie und Rheumatologie gut darauf vorbereitet.

Gegründet wurde die Klinik 1991 mit Dienstantritt des neuen Chefarztes Dr. Hubertus Meyer zu Schwabedissen, davor gab es am Standort 4 keinen eigenen Chefarzt. Die Klinik wurde von Chefarzten der Standorte 2 und 3 mitbetreut.

Die Geriatrie hat heute insgesamt 79 Betten. Im Rahmen des Zwei-Standorte-Konzepts wird sie innerhalb des ersten Bauabschnitts in neue Räumlichkeiten in der Celler Straße umziehen.

Mit diesem Wechsel sollen 40 Betten für die alleinige Rehabilitation und 51 Betten für die Akutbehandlung eingerichtet werden.

Am Standort 4 werden jedes Jahr ca. 1000 Patienten versorgt. 1/3 der Patienten kommt nach einem Sturz mit Fraktur, 1/3 nach einem Schlaganfall und 1/3 mit anderen internistischen Erkrankungen. Sie sind im Durchschnitt 79 Jahre alt. Im Jahr 2003 verbrachte ein Patient durchschnittlich 24,5 Tage in

der Geriatrie, nachdem er vorher 17 Tage in einer anderen Klinik behandelt wurde.

Zum Team der Geriatrie gehören Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Masseur, Ergotherapeuten, Sprach- und Schlucktherapeuten sowie Sozialarbeiterinnen. Auch die Seelsorge, die Grünen Damen und der Bibliotheksdienst werden soweit wie möglich in die Betreuung der Patienten einbezogen. (Sc)

Mehr dazu auf S. 6



Mitarbeiterin Marion Gronemeyer mit einem Patienten in der Sprach- und Schlucktherapie. Die Übung dient der Verbesserung von Artikulation und Mimik. Foto: Neumann

## DRG scharf gestellt

„MHH hat teuerste Patienten“, meldete die HAZ am 3.11. 2004. Als Grundlage diente ein Vergleich aller deutschen Unikliniken, in dem die MHH den höchsten Case-Mix Index von 1,59 hatte. Während die Klinikleitung folgerte, dass sie aufgrund der größeren Zahl an schwerkranken Patienten mehr Geld brauche, zog die AOK daraus den Schluss, die MHH handle unwirtschaftlich. Denn tags darauf war zu lesen: „AOK: MHH zu teuer“.

Dieses Beispiel zeigt exemplarisch, dass sich die Situation der Krankenhäuser in Deutschland angesichts der bevorstehenden Konvergenzphase verschärft. Hintergrund ist die Einführung des neuen Abrechnungssystems nach Fallpauschalen (DRGs). Die Um-

stellung auf das DRG-System (Diagnosis related Groups) bedeutet ganz allgemein, dass die Leistungen, die Krankenhäuser für ihre Patienten erbringen, nicht mehr wie bisher nach Behandlungstagen sondern nach Fallpauschalen vergütet werden. Obwohl medizinische Daten die wesentliche Grundlage für die Zuordnung zu einer Fallpauschale liefern, handelt es sich dabei um ein ökonomisch ausgerichtetes System. Das Klinikum Braunschweig rechnet bereits seit 2003 nach Fallpauschalen ab, aber in den Jahren 2003 und 2004 waren die Fallpauschalen noch krankenhausespezifisch und hatten keine Auswirkungen auf das Budget. Während der Konvergenzphase die 2005 beginnt, wird das DRG-System „scharfgestellt“.

Mehr dazu auf S. 2-4

## Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

wie haben Sie das ausklingende Jahr erlebt? Was war positiv, was negativ, welche Chancen haben Sie genutzt, welche vielleicht verstreichen lassen? Was ist wichtig für die Zukunft? Der eine oder die andere von Ihnen wird am Jahresende sein persönliches Jahr 2004 Revue passieren lassen.

Auch im größeren Rahmen wollen wir uns Zeit nehmen und überdenken, welche Entwicklungen das Jahr 2004 mit sich gebracht hat.

Die Konstante für alle Krankenhäuser in Deutschland war in den letzten Jahren die Veränderung. Das Gesundheitswesen ist im Umbruch. Neue Gesetze und

Maßnahmen kommen beinahe schneller als man sie umsetzen kann. Durch die Gesundheitsreform haben vermehrt wirtschaftliche Elemente in das Gesundheitssystem Einzug gehalten. Reizworte wie DRG-System, Kodierung und Konvergenzphase beschäftigen den Einzelnen täglich. Doch bei alledem ist es unsere Hauptaufgabe, die Leiden der Patienten zu heilen oder zu lindern. Manchmal werden Sie dies vielleicht als ein „Sitzen zwischen zwei Stühlen“ erleben. Aber gerade dieses Spannungsfeld müssen wir immer wieder neu austarieren, um das Beste für unsere Patienten zu erreichen. Dabei wird die Veränderung uns weiter begleiten. Dafür brauchen wir Sie und Ihre Bereitschaft, die

kommenden Herausforderungen anzunehmen und Ihre Ideen weiterhin einzubringen.

Wir danken Ihnen für Ihren engagierten Einsatz für unser Haus.

Ihnen, Ihrer Familie und Ihren Freunden wünschen wir ein friedliches Weihnachtsfest und ein erfolgreiches Jahr 2005.

  
Helmut Schüttig, Geschäftsführer

  
Prof. Dr. Horst Peter Kierdorf,  
Ärztlicher Direktor

  
Ulrich Heffer, Pflegedirektor

### Lesen Sie in dieser Ausgabe

#### Aus der Geschäftsleitung S. 2-4

Wirtschaftsentwicklung 2003-2004, Parken im Klinikum, DRG-Konvergenzphase, Maßnahmen zur Konvergenzphase, Zwei-Standorte-Konzept, Sachstand: Service GmbH und Rehabilitationszentrum

Aktuelles aus Medizin, Therapie & Pflege S. 5-7  
Brandschutz im Klinikum, Datenschutz, Neuer Schwerpunkt in der Med. I, Med. Klinik IV stellt sich vor, Digitales Archivsystem kommt, DMP-Verträge abgeschlossen, Gemeinsam gegen Dekubitus



Schwerpunktt Themen S. 8/9  
Ausbildung im Klinikum, Zuweisermarketing, Kurzmeldungen

Der Betriebsrat informiert S.10  
Ausbildung, Personalverkauf, Service GmbH, Parken, Kurzmeldungen

Menschen S. 11  
Verstärkung im ärztlichen Direktorat, Edda Hogrebe-Flake verlässt Klinikum, Dienstjubiläen

Panorama S. 12  
Serie: Ehrenamt im Klinikum Lasik in der Augenklinik am Standort 2, Kristina Paul im Mitarbeiterkurzportrait

## Wirtschaftsentwicklung 2003/2004

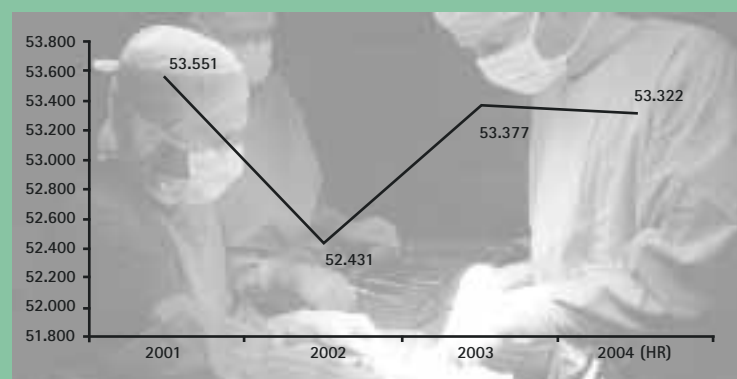
Der Jahresabschluss 2003 brachte ein gut ausgeglichenes Ergebnis für das Klinikum, das Jahr 2004 wird voraussichtlich mit einem Überschuss abgeschlossen werden.

Ein kurzer Rückblick zeigt, dass vieles bereits erreicht wurde. Stichworte sind die Gründung der gGmbH, der DRG-Umstieg und die Weiterentwicklung des Zwei-Standorte-Konzepts. Die Rahmenbedingungen sind jedoch unverändert kritisch und durch geringe Budgetsteigerungen, die sog. BAT-Schere, die VBL-Problematik und die bevorstehende Konvergenzphase (siehe Text auf S. 3) bestimmt. Über Leistungsdaten, Personalsituation und Investitionen informierte Geschäftsführer Helmut Schüttig auf der Betriebsversammlung im September 2004.

### Die Leistungsentwicklung des Klinikums

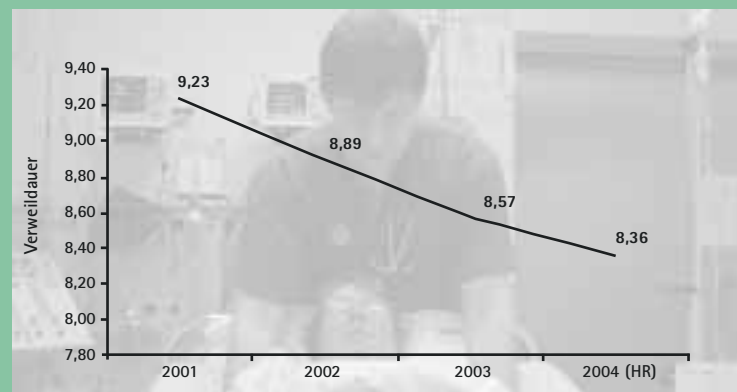
Durch eine Vielzahl von Faktoren kam es 2002 zu einer Überbelastung des Personals in den Kliniken, die eine Absenkung der stationär behandelten Patienten zur Folge hatte. Diese Entwicklung konnte gebremst werden: In den Jahren 2003 und 2004 ist die Anzahl der stationär behandelten Patienten wieder angestiegen (siehe Grafik 1). Das schlechte Ergebnis im Jahr 2002 brachte jedoch eine ungünstige Ausgangssituation für die Budgetverhandlung 2003 mit sich. Durch den Konsolidierungskurs 2003/2004 war die Ausgangsbasis für die Budgetverhandlungen 2004 besser, und somit wird das Klinikum das Jahr 2004 mit einer schwarzen Zahl beenden. Der zweite wichtige Punkt ist die Ver-

### Entwicklung der vollstationären Fallzahl



Im Jahr 2004 wurden annähernd 54000 Patienten im Klinikum behandelt. Quelle: Geschäftsbereich B3, Stand November 2004

### Verweildauer im vollstationären Bereich



Die Patienten verbringen immer weniger Zeit im Krankenhaus. Quelle: Geschäftsbereich B3, Stand November 2004

ringerung der Verweildauer (siehe Grafik 2). Während die Patienten im Jahr 2001 im Durchschnitt noch 9,23 Tage im Krankenhaus verbracht haben, sind es im Jahr 2004 durchschnittlich noch 8,36 Tage. Weil die Patienten weniger Zeit im Krankenhaus verbringen, kann bei höherer Patientenzahl die Anzahl der Betten verringert werden. Dies geschieht bereits und wird sich im Rahmen der Konvergenzphase weiter fortsetzen.

Im Januar 2003 waren im Klinikum Braunschweig 1599 Betten vorhanden, im Januar 2004 waren es noch 1539 Betten.

### Personalsituation

Im Vergleich zum Jahr 2002 wurde die Zahl der Vollstellen im Klinikum 2003 von 2628 auf 2672 erhöht. In den Bereichen ärztlicher Dienst, Pflegedienst, medizinisch-technischer Dienst und Verwaltung waren mehr Perso-

nen beschäftigt. Ausnahme war allein das klinische Hauspersonal und der Versorgungsdienst. Vor dem Hintergrund der knappen Budgetsteigerung und den im Gegensatz dazu stark steigenden Personalkosten konnte die erhöhte Mitarbeiterzahl jedoch nicht auf diesem Niveau gehalten werden. Die Folge war ein Abbau von 75 Vollstellen im Jahr 2004. Die Zahl der Vollstellen beträgt jetzt 2597. Der Stellenabbau wurde auf alle Bereiche verteilt, mit Ausnahme des ärztlichen Bereichs, wo kaum Stellen abgebaut wurden. Weil das einjährige Praktikum für Ärzte (AiP) seit dem 1.10 nicht mehr Bestandteil der ärztlichen Ausbildung ist, wird das Klinikum die AiP-Stellen zu 75% in Assistenzarztstellen umwandeln.

### Investitionsschwerpunkte 2003/2004

- Neurologie. Das Gesamtprojekt „Neubau der Psychiatrie und Umbau der Neurologie“ umfasst ein Investitionsvolumen von rund 18,8 Mio. €. Nachdem der Neubau für die Psychiatrie im Jahr 2002 fertiggestellt wurde, steht das ehemalige Psychiatriegebäude der Neurologischen Klinik zur Verfügung. Es wird seit 2003 umgebaut und saniert. Wenn die Sanierung voraussichtlich 2006 vollständig abgeschlossen ist, werden sich alle drei neurologischen Pflegestationen mitsamt Therapieräumen, der stoke unit und dem Schlaflabor in diesem Gebäude befinden. Dazu kommen 6 neurochirurgische Betten, um die interdisziplinäre Zusammenarbeit durch räumliche Nähe zu unterstützen. Der gesamte Komplex wird durch einen Glas-

- anbau mit neuem Treppenhaus auch optisch attraktiver werden.
- Ehemalige Chirurgie Celler Straße. Geplant war hier ursprünglich eine Renovierung, aus der dann jedoch aufgrund des schlechten Baubestandes eine umfassende Sanierung geworden ist. So wurde der Brandschutz verbessert, Bleiwasserleitungen ausgetauscht und die Elektrotechnik erneuert. Sämtliche Zimmer wurden neu mit Sauerstoff und Druckluft ausgestattet. Im EG befindet sich die IKO, im 1. OG die Med. III und im 2. OG die Station MKPG 1. Die ursprüngliche Intention, nämlich die Zimmer und die sanitären Anlagen zu renovieren, war dann das „Sahnehäubchen“ zum Schluss der Maßnahme.
- Frauenklinik. Hier sind zwei von drei Bauabschnitten fertiggestellt. Die Zimmer sind komplett saniert und umgebaut worden, das Säuglingszimmer auf der Station 2/3 ist neu; ebenso der attraktive Wintergarten, in dem das Frühstücksbuffet angeboten wird.
- Computertomograph. Im Institut für Röntgendiagnostik wurde ein hochmoderner Computertomograph angeschafft.
- PACS: Ebenfalls im Institut für Röntgendiagnostik Celler Straße wurde ein Bildverarbeitungs- und Kommunikationssystem (PACS) installiert (siehe Text S. 7).

Insgesamt zieht Geschäftsführer Helmut Schüttig eine positive Bilanz: „Das Klinikum hat in diesem Jahr bewiesen, dass es in einer Phase der verbesserten Feinststeuerung angekommen ist und trotz seiner Größe auf Veränderungen reagieren kann. Eine Eigenschaft, die in den kommenden Jahren nötig sein wird.“

## Parken im Klinikum

Anfang 2005 wird das neue Parkraumbewirtschaftungskonzept realisiert.

Dies bedeutet: Die ca. 700 Parkplätze, die für Klinikumsmitarbeiter zur Verfügung stehen, sind in Zukunft gebührenpflichtig. Und: Alle, die derzeit einen Parkplatz haben, müssen sich neu darum bewerben.

Der Parkraum wird in Kontingente aufgeteilt; davon wird ein Teil als fest reservierter und ein Teil als nicht reservierter Parkraum angeboten.

- Ein fest reservierter Parkplatz kostet monatlich 25 €,

- ein nicht reservierter Parkplatz 12,50 €. Wer einen nicht reservierten Parkplatz bezahlt, hat zwar keinen eigenen Parkplatz, wird aber zu nahezu 100% auf dem dafür ausgewiesenen Areal parken können. Wenn nicht, werden die entstandenen Gebühren zurückerstattet.

Bisher haben rund 700 Mitarbeiter verbindliches Interesse an einem Parkplatz bekundet. Sollte die Nachfrage wachsen und das Angebot übersteigen, bekommen Mitarbeiter in Leitungspositionen, die häufig Außentermine wahrnehmen müssen, vorrangig einen Parkplatz. Soziale Kriterien wie z.B. Schwerbehinderung wer-

den ebenfalls berücksichtigt. Auch die Klinikumsmitarbeiter, die beruflich zwischen den Standorten pendeln, müssen in Zukunft Parkgebühren bezahlen, aber zu reduzierten Preisen. Für dienstlich anerkannte oder ermächtigte Fahrzeuge gilt:

- bei über 10 Fahrten pro Monat wird die Parkplatzgebühr auf 50% reduziert. Bei einem reservierten Parkplatz sind das monatlich 12,50 €,
- bei über 20 Fahrten wird dieser Betrag nochmals reduziert (auf 66%). Bei einem reservierten Parkplatz sind das monatlich 8,25 €.



Die Renovierung und Erweiterung der Abstellplätze für Fahrräder gehört ebenfalls zum neuen Parkraumkonzept.

Die Parkgebühren können im Rahmen der Einkommenssteuererklärung abgesetzt werden.

Für Patientengruppen, die häufig im Klinikum sind wie z.B. Bestrahlungs- oder Dialysepatienten und für Gehbehinderte wird es eine Sonderregelung geben. Nach der Kalkulation der Unternehmensentwicklung haben sich die Investitionskosten für Schran-

ken, Absperrbügel usw. in 3-4 Jahren amortisiert. Flankierende Maßnahmen des Konzepts sind das Jobticket der Braunschweiger Verkehrs AG und Dienstfahrräder. Das Klinikum wird sich bei der geforderten Mindestabnahmemenge für das Jobticket beteiligen. Die Abstellmöglichkeiten für Fahrräder werden ebenfalls erweitert und renoviert.

# Konvergenzphase im Klinikum Braunschweig

Die Situation ist klar: Durch die Konvergenzphase wird das Klinikum bereits ab 2005 mit Budgeteinküpfen konfrontiert (siehe nebenstehender Bericht). Im Raum steht ein Betrag von 9 Millionen Euro bis 2008. Mit welcher Strategie will das Klinikum darauf reagieren? Kann das Klinikum womöglich sogar gestärkt aus dieser schwierigen Anpassungsphase hervorgehen? Diesen Fragen widmete sich ein Workshop am 16.11. 2004.



Strategische Medizinentwicklung ist einer der festgelegten Arbeitsbereiche.  
Foto: Loitz

Über den eigenen Tellerrand blicken, querdenken, interdisziplinäre Ideen entwickeln – Strategien für ein Haus mit 3600 Mitarbeitern kann man nur gemeinsam in der konstruktiven Auseinandersetzung der verschiedenen Berufsgruppen erarbeiten. Der Begriff „Workshop“ deutete dann auch bereits an, dass die 15 Teilnehmer keine Sitzung im herkömmlichen Sinn erwarten würde. Gefragt waren weniger detaillierte Fahrpläne, sondern die gemeinsame Erarbeitung der großen Themenfelder, die Bestandteil der Strategie sein werden. Außer der Konvergenzphase stand die Umsetzung des Zwei-Standorte-Konzeptes auf der Tagesordnung.

Neben der Betriebsleitung nahmen Prof. Dr. Donhuijsen (stellv. Ärztlicher Direktor), Frau Erlemann (Unternehmensentwicklung), Herr Hähner (GB Finanzen), Frau Högge-Flake (stellv. Pflegedirektorin), Frau Dr. Lowes (DRG-Projekt), Herr Paschen (stellv. Verwaltungsdirektor), Frau Richter (OP-Koordination S 2), Prof. Dr. Sollmann (Chefarzt Neurochirurgische Klinik), Frau Stöter (Stabsstelle Pflegeentwicklung), Herr Vaitiekunas (Chefapotheker), Herr Kohlmeyer (Betriebsrat) und Dr. Wanninger (Oberarztarbeitskreis) teil.

Die Sitzung wurde von einer externen Moderatorin begleitet. Während des sechsständigen Workshops wurden die folgenden großen Arbeitsbereiche festgelegt:

- Neue Führungsstrukturen und Zentrenbildung;
- Bettenoptimierung/Betten bedarfsorientiert und interdisziplinär vorhalten;
- Behandlungspfade optimieren und standardisieren;
- Ausbau und interdisziplinäre Nutzung von zentralisierten Funktionsbereichen;
- Schwerpunkte der strategischen Medizin-Entwicklung;
- Einsparungen im medizinischen Sachbedarf;
- Ausweitung und Verbesserung der Zielvereinbarungen zwischen Geschäftsführung und Klinikleitungen;
- Neue Wahlleistungsangebote, Zusatzentgelte;
- Logistik von Blut und Transporten;

Der Workshop wurde von den Teilnehmern im konstruktiven Miteinander sowohl was den systematischen und zielgerichteten Ablauf als auch was die Ergebnisse betrifft als sehr positiv bewertet. Im Verlauf der Veranstaltung wurden große Arbeits-

bereiche festgelegt, die als Elemente einer Strategie für die Konvergenzphase zur Verfügung stehen. Durch diese Strategie soll sich das Klinikum in den wesentlichen Feldern weiter entwickeln, die Konvergenzphase ohne ökonomische Verluste überstehen und im Hinblick auf die zeitlich versetzt umzusetzende Zwei-Standorte-Konzeption gestärkt aus den nächsten Jahren hervorgehen.

Für die Betriebsleitung war die Veranstaltung ein gelungenes Experiment. Sie wird auch künftig über die im Januar anstehende Leitungskonferenz hinaus Führungskräfte aus den verschiedenen Bereichen und Ebenen in die Entscheidungsvorbereitung und -findung bei weitreichenderen Beschlüssen einbeziehen.

Im weiteren Ablauf sollen die großen Arbeitsbereiche für die Leitungskonferenz am 12. Januar 2005 konkretisiert und möglichst auch zu den monetären Auswirkungen grob abgeschätzt und vorgestellt werden. Diese Grundlagen sollen im I. Quartal 2005 weiter konkretisiert und als Maßnahmenpaket dem Aufsichtsrat im Frühjahr 2005 zur Entscheidung vorgelegt werden.

## Nach Redaktionsschluss gemeldet:

Am 26.11.2004 hat der Bundesrat das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz gemäß dem Vorschlag des Vermittlungsausschusses verabschiedet.

Im Kern sieht das beschlossene Gesetz eine Verlängerung des Übergangs von der budgetneutralen Phase in die Scharfschaltung der Pauschalfinanzierung in fünf Konvergenzschritten von 15 Prozent (2005), 20 Prozent (2006,

2007, 2008) und 25 Prozent (2009) vor. Die Umstellung erfolgt also in einem schrittweisen Prozess bis zum Jahr 2009. Den Krankenhäusern wird damit mehr Zeit für eine Verbesserung ihrer Wirtschaftlichkeit gegeben.

## Konvergenzphase im DRG-System – was bedeutet das?

Die Einführung eines diagnosebezogenen Fallpauschalensystems (DRG) wurde im Herbst 1999 beschlossen und mit der Gesundheitsreform 2000 auf den Weg gebracht.

Politisches Ziel war die Neustrukturierung der Krankenhausfinanzierung mit Wegfall der bis dahin geltenden tagesgleichen Pflegesätze, Verkürzung der Verweildauer und deutlicher Reduktion von Krankenhausbetten, um die steigenden Kosten im Gesundheitssystem zu begrenzen. Die zukünftige Finanzierung sollte leistungsbezogen und einheitlich sein, d.h. die Blinddarmpoperation soll an jedem Krankenhaus denselben Preis (Erlös) haben.

Die Finanzierung im DRG-System setzt sich aus 2 Komponenten zusammen: Zum einen der sog. Casemix, der die gewichtete Fallzahl im DRG-System ausdrückt. Der Casemix ist bei gleicher Fallzahl umso höher, je schwerer der Behandlungsfall mit der zugehörigen Fallpauschale (DRG) ökonomisch bewertet ist. Die Zuordnung zu einer Fallpauschale erfolgt direkt über die Kodierung der Diagnosen und der therapeutischen Maßnahmen. Die Höhe des Casemixes in einem Krankenhaus ist also abhängig von der Menge und der Zusammensetzung des Patientenkontingents aber auch von der Qualität des DRG-Systems selbst.

Die zweite Komponente ist der Fallpreis. Die durchschnittlichen Fallkosten der einzelnen Bundesländer variieren sehr stark, ebenso wie die durchschnittlichen Fallkosten einzelner Krankenhäuser. Ein landesweit einheitlicher Preis für dieselbe Leistung (=DRG) setzt daher einen erheblichen Anpassungsprozess in den Krankenhäusern voraus. Um nicht defizitär zu arbeiten, dürfen die Kosten der Behandlung den zu erwartenden Erlös nicht übersteigen. Für diese grundlegende Umstellung der Krankenhausfinanzierung wurde den Krankenhäusern eine Vorbereitungszeit von 3 Jahren (2000-2002) gewährt, verlängert um das sog. Optionsjahr 2003.

### Gewinner und Verlierer

Früh war allen Beteiligten klar, dass es dabei Gewinner und Verlierer geben wird. Zu den Verlierern werden nach derzeitigem Kenntnisstand die großen Krankenhäuser gehören, Universitätskliniken und Maximalversorger. Nicht, weil die großen Krankenhäuser grundsätzlich unwirtschaftlicher arbeiten als die kleinen, sondern vor allem, weil sie andere, in der Regel teurere Therapiekonzepte anbieten und einen größeren Anteil schwer- oder schwerstkranker Patienten behandeln. Diese Leistungen werden in dem deutschen DRG-System mit derzeit 800 Fallpauschalen noch nicht adäquat abgebildet.

Der notwendige Anpassungsprozess greift tief in die Strukturen der Krankenhäuser ein. Um die negativen Effekte, die sich aus dem neuen Finanzierungssystem ergeben, zu mildern, wurde das System für die Jahre 2003 und 2004 budgetneutral eingeführt.

Mit dem Jahr 2005 beginnt die Konvergenzphase von mindestens 3 Jahren, in denen stufenweise die krankhausindividuellen Preise einem landeseinheitlichen Preis angeglichen werden. In dieser Zeit soll natürlich auch das System selbst verbessert werden („lernendes System“). Die Modalitäten dieser Konvergenzphase werden in einem neuen Gesetz geregelt, über das frühestens Ende November im Bundesrat entschieden wird.

Das Klinikum Braunschweig rechnet bereits seit 2003 nach Fallpauschalen ab und hat damit die Chance zum Frühumstieg wahrgenommen. Unsere Preise liegen derzeit jedoch deutlich über dem Mittelwert des Landes Niedersachsen. Es ist zu erwarten, dass je nach Gesetzesbeschluss 10-33% dieser Differenz bereits in 2005 als Budgetverlust wirksam werden. Ab 1.1.2007 (evtl. ab 1.1.2008) gilt dann für jedes Krankenhaus in Niedersachsen der gleiche Basispreis für eine Leistung.

Dr. Doris Lowes

Laufend aktualisierte Informationen zum Thema DRG finden Sie im Intranet unter <http://snake.skbs.de/kodier/index.html>

## Neues zum Zwei-Standorte-Konzept

**Die Zusammenlegung der vier Betriebsteile des Klinikums Braunschweig auf zwei Standorte geht voran.**

Das Gesamtkonzept sieht vor, die Unfallchirurgische Klinik, die HNO-Klinik und die MKPG-Klinik in die Salzdahlumer Straße zu verlagern und die Schwerpunkte Frauenklinik/Kinderklinik, Onkologie, Urologie sowie Geriatrie in der Celler Straße zusammenzufassen.

Der Standort 2 bekommt eine Osterweiterung und eine Erweiterung des Funktionstraktes. Die Sanierung des Bestandes sowie der Neubau eines modernen Eingangsbaukörpers bilden den Schlusspunkt der Baumaßnahmen am Standort 2. Am Standort 3 ist für sowohl für die Frauen- und Kinderklinik als auch für die Urologie und die OP-Abteilung ein Neubau geplant. Die heutigen Räumlichkeiten der Frauenklinik werden umgebaut und

saniert und stehen dann der Geriatrie zur Verfügung. Diese grundsätzliche Planung, das sog. Raum- und Funktionsprogramm hat das Ministerium bereits akzeptiert. Die finanziellen Mittel stellt das Land Niedersachsen allerdings erst dann bereit, wenn der Förderantrag genehmigt ist. Die Arbeit an eben diesen Förderanträgen läuft derzeit auf Hochtouren, denn sie sollen bis Januar 2005 fertiggestellt werden. Im Förderantrag wird die Zielplanung konkretisiert. Er beinhaltet z.B. die detaillierte Raumplanung, die Planung der Haustechnik, eine genauere Kostenkalkulation usw. Die Förderanträge werden mit einem externen Planungsbüro unter Koordination des Geschäftsbereichs Bau und Technik fertiggestellt.

Die gesamte Zielplanung wird in zwei Realisierungsphasen verwirklicht. Der Baubeginn in der ersten Phase ist vom Eintreffen der Fördermittel abhängig, ge-

plant ist er für 2006. Folgende Maßnahmen finden in der ersten Realisierungsphase, die spätestens im Jahr 2010 beendet sein soll, statt:

### Umbau und Erweiterung des Standortes 2 – erster Realisierungsabschnitt

Erweiterung des Funktionstraktes. Dazu gehören:

- Im Untergeschoss: Neubau einer Zentralsterilisation für alle Standorte und die Einrichtung eines Ver- und Entsorgungszentrums mit Anbindung an den neuen Wirtschaftshof
- Im Erdgeschoss: Einrichtung eines interdisziplinären Notfall- und Aufnahmezentrums mit Aufnahmestation
- Im 1. Obergeschoss: Zentrum für ambulante Operationen und Eingriffe
- Im 2. Obergeschoss: Erweiterung der zentralen OP-Abteilung für den Zusatzbedarf der verlagerten Kliniken und die

Verlagerung der kardiologischen Intensivpflegestation.

### Umbau und Erweiterung des Standortes 3 – erster Realisierungsabschnitt

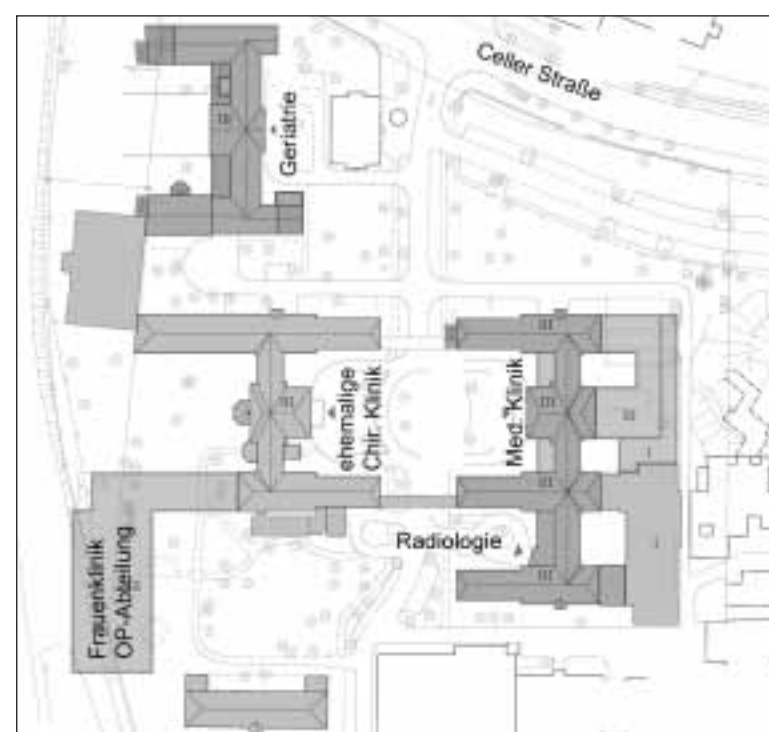
- Umbau und Erweiterung der Medizinischen Klinik III; „Hämatologie, Onkologie“ mit Zen-

trum für ambulante Kurzzeit-onkologie und der Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie,

- Konzentration der Labordiagnostik am Standort 3,
- Neubau der OP-Abteilung,
- Neubau für die Frauenklinik,
- Umzug der Geriatrie.



Zielplanung in der Salzdahlumer Straße erster und zweiter Bauabschnitt (in der Grafik abgekürzt mit BA).



Zielplanung in der Celler Straße, erster Bauabschnitt

## Betten nach Bedarf

Die Konvergenzphase erfordert Anpassungen, auf die das Klinikum mit einem ganzen Bündel von Maßnahmen reagieren will. Eine dieser Maßnahmen ist der Abbau von weiteren rund 100 stationären Betten.

Dieser Prozess beginnt bereits im Dezember 2004 und wird im Laufe des Jahres 2005 fortgesetzt. Darüber hinaus hat das Klinikum dem Landesministerium die Zusage gegeben, im Rahmen des Zwei-Standorte-Konzepts und in Zusammenhang mit den dafür erforderlichen Baumaßnahmen, die Bettenzahl bis zum Jahr 2010 auf 1300 Betten zu verringern.

Ausgewählt wurden die betroffenen Stationen nach ihrer durchschnittlichen Belegung. Dafür hat das Controlling bei einer zugrunde gelegten Auslastung von 86% errechnet, wie viele Betten jede Klinik benötigt. Auf der Grundlage dieser Zahlen führte die Betriebsleitung im Vorfeld Gespräche mit den jeweiligen Chefarzten und Pflegedienstleitungen, um das konkrete Vorgehen festzulegen. Ziel der Maßnahme ist es, Betten bedarfsorientiert vorzuhalten: Einerseits werden leer stehende Betten abgebaut, andererseits können den Kliniken, die nach wie vor einen hohen Zulauf an Patienten haben, weitere Betten angeboten werden. Es fallen allerdings nicht alle 100 Betten vollständig weg, sondern ein Teil davon wird umgewidmet und steht danach für ambulante Operationen zur Verfügung. Diese ambulanten Betten werden von Montag bis Freitag betrieben und sind nachts sowie am Wochenende nicht belegt. Wenn das ambulante Operationsgeschehen spätestens gegen 20:00 Uhr beendet ist, verlassen die Patienten das Haus.

Was passiert mit den Mitarbeitern, deren Station umgewidmet oder geschlossen wird? „Niemandem wird betriebsbedingt gekündigt. Die Mitarbeiter werden bedarfsorientiert dort eingesetzt, wo sie benötigt werden“ verspricht Pflegedirektor Ulrich Heller. „Allerdings wird durch die normale Fluktuation die Mitarbeiterzahl angepasst und z.B. Zeitverträge nicht verlängert,“ so Heller weiter. Die Wünsche von Mitarbeitern nach ihrem zukünftigen Einsatzgebiet im Klinikum werden soweit wie möglich berücksichtigt.

## Tochtergesellschaften des Klinikums

### Der Sachstand zu Service GmbH und Rehazentrum.

Gebäudereinigung und Wäscherei werden die beiden ersten Bereiche sein, die als Tochtergesellschaften des Klinikums geführt werden. Sowohl die Reinigungs-GmbH als auch die Wäsche-GmbH werden im Januar 2005 ihren Betrieb aufnehmen. Diese Leistungen hat das Klinikum bisher bei Fremdfirmen eingekauft und dafür einen Komplettpreis bezahlt, in dem 16% Umsatzsteuer enthalten waren. Mit Gründung der Service GmbH werden die Leistungen nicht mehr von Fremdfirmen, sondern von den beiden Tochtergesellschaften des Klinikums übernommen. Dadurch wird die Umsatzsteuer eingespart, weil das Mutter-Tochterverhältnis so gestaltet werden kann, dass das Klinikum erheblich weniger Umsatzsteuer

er abführen muss. Der hauswirtschaftliche Dienst ist bereits seit dem 1.10.2004 komplett fremdvergeben, auch diese Aufgabe wird die Service GmbH übernehmen. Ferner werden die jetzt durch Leiharbeiter wahrgenommenen Aufgaben im Transportdienst in die Service GmbH überführt. Im Ergebnis muss bei dem bevorstehenden Out- und Insourcing kein Klinikumspersonal in die Service GmbH übergeleitet werden.

Künftig freiwerdende Stellen im Hauswirtschafts- und Transportdienst werden schrittweise (d.h. jeweils abgeschlossene Arbeitsbereiche) in die Service GmbH übergeleitet.

### Rehabilitationszentrum

Das Rehabilitationszentrum hat sich in den letzten Monaten erfolgreich um die Zulassung zur

ambulanten Onkologie bemüht. Die Bundesversicherungsgesellschaft für Angestellte (BfA) hat diese Zulassung jetzt in Aussicht gestellt, hat aber an den Vertragsabschluss die Bedingung geknüpft, Rehabilitationszentrum und Klinikum organisatorisch zu trennen. Das Rehabilitationszentrum wird deshalb in eine 100 %ige Tochter des Klinikums überführt. Im Personalüberleitungsvertrag, der bereits zur Gründung der gGmbH zwischen der Stadt Braunschweig und dem Klinikum ausgehandelt wurde, sind die Modalitäten für Mitarbeiter im Fall der Gründung einer Tochtergesellschaft bereits festgelegt worden: Für alle Mitarbeiter, die am Stichtag der gGmbH-Gründung (17.9.2003) unbefristet beschäftigt waren, bleiben alle tariflichen und arbeitsvertraglichen Bedingungen erhalten.

### Krankenhäuser brennen nicht!

Unter diesem etwas sarkastisch klingenden Titel eines Lehrfilms zum Thema Brandschutz wird dem Zuschauer das Gegenteil auf drastische Weise dargeboten.

Um Ärger mit dem Stationspersonal zu vermeiden, wirft ein „heimlich“ rauchender Patient seine nicht ausgedrückte Zigarettenskippe arglos in einen Wandschacht, der im Keller endet. Das Geschehen nimmt seinen Lauf. Eine kleine Ursache, mangelnde bauliche Gegebenheiten und organisatorische Mängel lassen das Ende des Films erahnen. Nur ein schlechter Film oder kann sich so etwas tatsächlich in einem modernen Krankenhaus abspielen?

#### Eine Studie

In einem 2001 veröffentlichten Forschungsbericht der Medizinischen Hochschule Hannover wurden mehr als 700 (!) Krankenhausbrände der zurückliegenden 10 Jahre in Deutschland untersucht (J. Reintsema, C. Hartung). Dabei wurden nur gemeldete und dokumentierte Vorkommnisse untersucht, die Dunkelziffer dürfte deutlich höher liegen. Als Hauptverursacher von Bränden ist



Ein Rundgang durch das Klinikum macht den Handlungsbedarf deutlich. Wer hier im Brandfall schnell und bei Qualm die Treppe hinunterteilt, landet im Wäschewagen.

dort der elektrische Defekt (27,9%) von Geräten genannt, der u.a. durch mangelnde oder fehlende Wartung begünstigt wird. Es folgt menschliche Unachtsamkeit (25,2%) wie z.B. bei Schweißarbeiten, beim Umgang mit offenem Feuer (z.B. brennende Kerzen oder Rauchen), beim Kochen u.a.m. Auffallend ist, dass Brandstiftung im Krankenhaus mit 22,5% aller Ursachen an dritter Stelle steht. Als Orte der überwiegenden Brandentstehung werden Flure und Abstellbereiche (Keller) genannt. Durch Abfallsammler, Mobiliar, Pflegebetten oder Sitzgruppen auf den Fluren wird gerade in den stets freizuhaltenen Flucht- und Rettungswegen ein erhebliches Gefährdungspotenzial geschaffen. Solche Gegenstände stellen zum einen eine weitere Brandlast dar und machen zum anderen ein sicheres Verlassen oder Retten über diese Wege schwierig oder unmöglich.

#### Tragende Säulen

Der Brandschutz lässt sich grob in die beiden Bereiche des vorbeugenden Brandschutzes und des abwehrenden Brandschutzes einteilen. Der vorbeugende Brandschutz stützt sich auf den baulichen, den anlagentechnischen und den organisatorischen Bereich. Bereits bei der Krankenhausplanung müssen neben Maßnahmen des vorbeugenden baulichen Brandschutzes auch die Hilfeleistungsmöglichkeiten z.B. der örtlichen Feuerwehr und anderer Rettungsdienste berücksichtigt werden.

#### Gewusst wie – der abwehrende Brandschutz

Hinter diesem Begriff stehen die Bereiche der Personenrettung und der Brandbekämpfung. Die eingangs erwähnte Studie kommt zu dem Ergebnis, dass le-

diglich 26% der mit Handfeuerlöschern löschraren Brände vom Personal gelöscht wurden, mit anderen Worten, 74% oder  $\frac{3}{4}$  aller Brände konnten sich weiterentwickeln und mussten von der Feuerwehr gelöscht werden. Auch andere Untersuchungen und Fachaufsätze zeigen Mängel in der internen Organisation vieler Häuser im Hinblick auf Koordination, Ablaufpläne etc. Hier müssen klare Handlungs- und Durchführungsanweisungen für die einzelnen Fachbereiche geschaffen werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass neben Bränden auch andere Ereignisse (Bombendrohung, ziviles Großschadensereignis) eine Herausforderung an Krankenhäuser stellen können.

#### Brandschutz im Klinikum Braunschweig

Die Brandschutzordnung des Klinikums ist im März 2004 neu



Betten im Flur verstellen Rettungswege.

aufgelegt worden. Dort sind allgemeine Informationen zur Brandverhütung nachzulesen, die Symbole zur Kennzeichnung von Flucht- und Rettungswegen werden erklärt, ebenso der richtige Einsatz von Handfeuerlöschern und der Umgang mit Feuer- und Rauchschutztüren. Im baulichen und anlagentechnischen Bereich wurden im Klinikum in den letzten Jahren verstärkt Maßnahmen ergriffen, um eine Brandausbreitung zu unterbinden bzw. eine Früherkennung durch Meldersysteme insbesondere in Fluren, Abstellräumen oder auch Patientenzimmern zu ermöglichen. Allerdings können technische Einrichtungen nur dann wirken,

wenn sie nicht außer Kraft gesetzt oder behindert werden. Verkeilte oder verstellte Rauch- bzw. Feuerschutztüren, ausgehakte Türschließer, verstellte oder unzugängliche Feuerlöscher sind neben verstellten Flucht- und Rettungswegen leider immer wieder Gegenstand von Beanstandungen durch die Berufsfeuerwehr oder die Arbeitssicherheit. Hier sind alle Mitarbeiter aufgefordert, aktiv an der Mängelbeseitigung mitzuwirken, zumindest durch Information der Vorgesetzten oder der zuständigen Stellen im Haus.

Darüber hinaus werden 2005 vier Informations- und Schulungsveranstaltungen zum Brandschutz sowie praktische Übungen mit Mitarbeitern aus allen Beschäftigungsbereichen durchgeführt werden. Die Termine werden im Intranet bzw. über email bekannt gegeben. Außerdem werden praktische Notfallübungen stattfinden, um in einzelnen Klinikteilen die „Notfall“-Organisation auf ihre Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit hin zu überprüfen.

Die Organisation bzw. Koordination für den Bereich vorbeugender Brandschutz liegt bei Herrn Lehnen und Herrn Spiewok von der Arbeitssicherheit Tel.: 1727 bzw. 1739.

Die Brandschutzverordnung und Schulungsmaterial stehen im Intranet zum download bereit.

Volkmar Lehnen, Arbeitssicherheit

## 10 Brandschutzregeln

- Brandgefahren am Arbeitsplatz und in dessen Umgebung kennen
- Rauchverbote strikt einhalten
- Gebrauchte Streichhölzer und glimmende Tabakreste gehören in Abfallbehälter aus nichtbrennbarem Material (möglichst „selbstlöschend“)
- Aschenbecherinhalt nur in nichtbrennbare, mit Deckel verschließbare Sammelbehälter entleeren; nie in Papierkörbe
- Offene Feuer vermeiden oder beaufsichtigen
- Mängel an elektrischen Geräten, Gasversorgungsanlagen und Brandschutzeinrichtungen SOFORT dem Vorgesetzten melden
- Rettungswege (Flure, Treppen) in voller Breite freihalten
- Selbstschließende Türen nicht feststellen oder verkeilen
- Notausgänge immer begehbar halten
- Standort der Feuermelder und Feuerlöscher sowie den Verlauf der Rettungswege genau einprägen

#### FEUERWEHR – NOTRUF: 112

Bei Rückfragen im Klinikum: Herr Lehnen/Herr Spiewok Tel.: 1727 bzw. 1739. Schulungsmaterial zum Thema Brandschutz und Brandschutzverordnung: Im Intranet unter: [http://intraold.skbs.de/arbeitsmed\\_sich/startseite.html](http://intraold.skbs.de/arbeitsmed_sich/startseite.html)

## Datenschutz im Klinikum

Am 3.11.04 hat die Betriebsleitung die neue Datenschutzkonzeption für das Klinikum verabschiedet. In ihr werden die Grundsätze eines sorgfältigen Umgangs mit Patienten- und Mitarbeiterdaten beschrieben und festgelegt, wie der Datenschutz klinikumweit verankert sein soll.

Die geltenden Bestimmungen zum Datenschutz sind im Bundesdatenschutzgesetz konkretisiert. Aufgrund dieser Vorschriften hat das Klinikum einen Datenschutzbeauftragten bestellt. Er überwacht die Einhaltung der Bestimmungen, berät alle Stellen in Angelegenheiten des Datenschutzes und organisiert. Informationen und Schulungen. Datenschutzgesetze verfolgen

das abstrakte Ziel, Persönlichkeitsrechte des Einzelnen sicherzustellen und zu schützen. Dabei geht es hier nicht vorrangig darum, greifbare Dinge zu schützen, wie z.B. Datenträger (Disketten, CD-ROM) mit den darauf gespeicherten Daten. Vielmehr soll erreicht werden, dass Daten erst gar nicht beliebig erhoben, gespeichert, weitergegeben oder sonst wie genutzt werden, son-

dern nur dann, wenn Gesetze es ausdrücklich erlauben. Verstöße gegen gesetzliche Datenschutzbestimmungen haben Folgen. Sie können als Ordnungswidrigkeit mit Bußgeld geahndet werden oder eine Schadensersatzklage nach sich ziehen, wenn personenbezogene Daten unrichtig verarbeitet oder Unbefugten zugänglich gemacht werden. Die Aufgabe des Datenschutzes wird

im Klinikum durch einen Mitarbeiter der Firma PWC wahrgenommen, der in der Regel an vier Tagen im Monat im Klinikum erreichbar ist. Jeder, der Fragen, Ideen oder Probleme im Bereich Datenschutz hat, kann sich an ihn wenden. Kontakt: [datenschutzbeauftragter@klinikum-braunschweig.de](mailto:datenschutzbeauftragter@klinikum-braunschweig.de), Tel.: 1609, Intranet: unter Kontakte/Datenschutzbeauftragter

## Frau X kommt in die Geriatrie am Standort 4

Warum? Die Auskünfte der verlegenden Ärzte reichen von „Das ist eine Reha-Klinik, jetzt ganz modern ausgestattet“ bis „Dort können Sie einige Wochen überbrücken und dann entscheiden, ob Sie wieder nach Hause oder in ein Altenheim gehen wollen“.

Und was könnte Frau X denken? „Das ist eine echte Chance für mich, meiner Nachbarin konnten sie dort ja auch gut helfen“ oder „Um Gottes Willen, die vielen alten kranken Menschen, wird das jetzt mein letztes „Zuhause“?“

Was erwartet Frau X in der Gliesmaroder Straße nun wirklich?

Eine Akut-Geriatrie, also ein Krankenhaus, in alten traditionsreichen Gebäuden mit einem leider noch immer mangelhaften baulichen Komfort aber mit einem engagierten geriatrisch tätigen Team. Dazu gehören Ärzte mit einer Anerkennung in Klinischer Geriatrie, Pflegepersonal, das in aktivierender Pflege und dem Bobath-Konzept besonders geschult ist, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Sprach- und Schlucktherapeuten sowie Sozialarbeiter.

Was ist das Besondere der Geriatrie?

Die Geriatrie ist ein noch sehr junges, aber angesichts unserer Bevölkerungsentwicklung außerordentlich wichtiges Fach. Im Mittelpunkt steht der alte multimorbide Patient, dem der Verlust seiner Selbständigkeit durch eine



Teamarbeit wird groß geschrieben: Vertreter aller Berufsgruppen während der wöchentlichen Besprechung in der Geriatrie

Akuterkrankung droht, der aber noch Rehabilitationspotential mitbringt. Ziel der geriatrischen Behandlung ist es, eine Althausunterbringung zu vermeiden und den Patienten möglichst wieder nach Hause zu entlassen. Wenn dies nicht möglich ist, soll der Patient lernen, seine alltäglichen Bedürfnisse soweit wie möglich selbst zu erfüllen, z.B. sich selbstständig an- und ausziehen. Denn auch wenn der Patient in die stationäre Pflege entlassen werden sollte, ist der Grad der Selbständigkeit entscheidend für seine Lebensqualität. Die Tatsache, dass die Med. Klinik IV eine Akutgeriatrie ist, bedeutet,

dass unsere Patienten noch krankenhauspflichtig sein müssen. Für sie wird ein ärztlicher Bereitschaftsdienst vorgehalten, werktags finden tägl. Visiten statt. Die Klinik hat ein Labor und eine Röntgen- und Endoskopieabteilung, in der Abdomen-, Echo- und Gefäßuntersuchungen vor Ort durchgeführt werden.

Von einer Verlegung in die Geriatrie profitieren rehabilitationsfähige Patienten, die in der Regel unter einer chronischen Erkrankung wie z.B. Diabetes mellitus leiden, zu der eine schwere akute Erkrankung z.B. ein Schlaganfall hinzukommt.

Frau X hätte in der Geriatrie die Chance, ihre Diagnostik und Therapie durch entsprechend geschultes ärztliches und pflegerisches Personal fortzusetzen und gleichzeitig das rehabilitative Angebot durch Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie sowie Sprach- und Schlucktherapie wahrzunehmen.

Einmal wöchentlich findet eine Teambesprechung statt, an der alle Berufsgruppen teilnehmen. Hier werden die Ziele von Frau X, ihre Fähigkeiten und Therapie-schwerpunkte besprochen. Wie arbeitet Frau X in der Ergotherapie mit? Wie verhält sie sich auf

### Das Bobath-Konzept

Das Bobath-Konzept bekam seinen Namen durch die Krankengymnastin Berta Bobath und den Neurologen Karl Bobath. Anfang der 40er Jahre entdeckten sie nach einigen Behandlungsversuchen an einem kriegsverletzten Hemiplegiker (halbseitig gelähmte Person) durch Zufall, dass die Spastik des Patienten in bestimmten Lagerungen und Stellungen nachließ oder sogar verschwand. Daraus entwickelten sie ein empirisches Konzept, dessen zwei Säulen „Beeinflussung des Tonus (Muskelspannung)“ und „Bahnung von Bewegungen“ sind.

Das Bobath-Konzept ist ein ganzheitliches Rehabilitationskonzept, das darauf ausgerichtet ist, in gemeinsamer Arbeit von Patient, Pflegekräften, Therapeuten und Ärzten die verlorene Funktionen wieder zu erarbeiten und das vorhandene Potential des Patienten zur Rehabilitation voll zu nutzen. Ziel ist es, die Selbstständigkeit und Lebensqualität des Betroffenen zu verbessern und Pflegebedürftigkeit möglichst zu verhindern.

Das Bobath-Konzept ist ein 24 Stunden-Konzept, d.h. der Betroffene muss rund um die Uhr entsprechend versorgt und betreut werden (Lagerung, Transfer, usw.). Innerhalb der Therapien werden mit den Patienten bestimmte Bewegungen erarbeitet. Damit diese von den Betroffenen auch in den Alltag integriert werden können, bedarf es der Übertragung in alltägliche Situationen, wie Nahrungsaufnahme, Waschen, Toilettengang u.v.m. Nur wenn in diesen Situationen die gelernten Bewegungen angewandt werden, kann der Patient sie später aktiv gemeinsam mit seinen Angehörigen im individuellen Alltag einsetzen.

Für Angehörige von Schlaganfallpatienten führt das Pflegepersonal in der Geriatrie einmal pro Monat Schulungen durch. Während der dreistündigen Veranstaltung vermitteln sie Grundwissen über das Krankheitsbild und erklären, was in der Geriatrie mit dem Patienten geschieht. Darüber hinaus geben sie praktische Hinweise für die Pflege zu Hause. Auch Angehörige von Patienten in anderen Standorten können teilnehmen. *Quelle: Bobath-AG S. Lührig*

der Station? Gibt es Fortschritte oder Entwicklungen? Steht die Entlassung an, bereitet die Sozialarbeiterin mit Frau X und gegebenenfalls ihren Angehörigen die Entlassung vor. Sie kümmert sich um Anträge für Pflegeeinstufungen oder um die Organisation von weiterer professioneller Hilfe für zu Hause.

Um die konkrete Situation besser abschätzen zu können, finden in Einzelfällen auch Hausbesuche statt. Die Aufenthaltsdauer in der Geriatrie wird ganz individuell dem Krankheitsverlauf und der Krankenhausbedürftigkeit angepasst.

Was kann die Verlegung in die Geriatrie für Frau X also bedeuten?

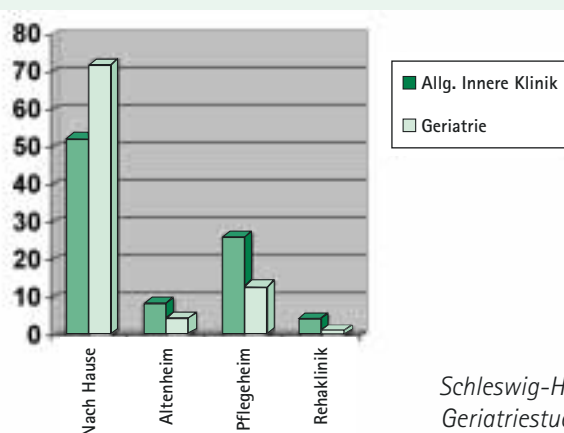
Es ist für sie eine Chance, wohnortnah unter Einbeziehung der Angehörigen so therapiert zu werden, dass eine Entlassung in die eigenen vier Wände wieder möglich wird. Die Chancen, dass Frau X von der Verlegung profitieren wird, sind hoch.

Wir, das Team in der Gliesmaroder Straße, freuen uns auf Frau X wie auf jeden anderen Patienten und hoffen, dass wir auch in diesem Falle wirklich helfen können. *Das Team der Med. Klinik IV*



Pflegepersonal beim Lagern eines Patienten.

### Entlassung eines geriatrischen Patienten nach stationärer Behandlung in %



### Asthmaschulung

Seit Oktober 2004 werden im sozialpädiatrischen Zentrum als einziger Institution in Braunschweig Schulungen für Familien mit asthmakranken Kindern und Jugendlichen angeboten. Dort wird u.a. das richtige Verhalten bei Asthmaanfällen, die Pathophysiologie des Asthma-

bronchiale und der Umgang mit Medikamenten vermittelt. Das Schulungsteam, das seit acht Jahren Asthmaschulungen durchführt, besteht aus zwei speziell zum Asthmatrainer ausgebildeten Kinderärzten, einer Psychologin und einer Krankengymnastin. Die Veranstaltung

dauert ein Wochenende. Teilnehmen können jeweils 6-8 betroffene Familien mit Kindern gleichen Alters. Die Schulungskosten werden von den Krankenkassen übernommen. Die nächste Veranstaltung findet im Frühjahr 2005 statt. *Kontakt: Dr. Overbeck-Duwe, Tel 595 1557*

## Neuer Schwerpunkt

Erbrechen, Bauchschmerzen, Krämpfe, Durchfälle, die sich über Stunden hinziehen und in Schüben wiederkehren. Monika N. ist eine von 320 000 Patienten in Deutschland, die unter einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung leiden.

Eher zufällig wurde die Erkrankung diagnostiziert, als sich ihr Gesundheitszustand nach einer Gallenoperation nicht verbesserte. Damit ist sie nicht allein. Eine zwei- bis dreijährige Suche nach einer Diagnose war für solche Patienten bisher keine Seltenheit. Priv.-Doz. Dr. Max Reinshagen, seit Juni 2004 neuer Chefarzt in der Medizinischen Klinik I, wird die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zum besonderen Schwerpunkt seiner Klinik ausbauen.

Im Einzugsgebiet Braunschweig (1 Million Einwohner) haben ca. 2800 Menschen eine dieser chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Ursache ist wahrscheinlich bei den meisten Patienten eine genetische Veranlagung. Zu dieser kommt eine bakterielle Entzündung hinzu, durch die Darmbakterien in die Schleimhaut eindringen. Aus diesem Zusammenspiel können sich die chronisch entzündlichen Darmentzündungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa entwickeln. Bei der Colitis ulcerosa ist der Dickdarm betroffen; beim Morbus Crohn kann der gesamte Verdauungstrakt entzündet sein.

### Komplexe Erkrankung

Die Beschwerden sind von Patient zu Patient unterschiedlich. Meist sind es lang anhaltende Durchfälle, Blut im Stuhl und Bauchschmerzen, die die Patienten in Schüben plagen. Im Verlauf der Erkrankung können zudem Begleiterkrankungen an Haut, Gelenken, Augen oder Leber hinzukommen. Über die Hälfte der Betroffenen weist eine verminderte Knochendichte auf. Die



Priv.-Doz. Dr. Max Reinshagen ist seit Juni 2004 neuer Chefarzt in der Medizinischen Klinik I am Standort 2



Marion Siegmeier von der Deutschen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Vereinigung Niedersachsen/Bremen

entzündlichen Schübe werden mit Medikamenten, meist Kortison- und Mesalaminpräparaten behandelt. Eine vollkommene Abheilung der Erkrankung ist selten. Die Patienten müssen deshalb lernen, mit ihr zu leben. Dies bringt häufig eine Ernährungsumstellung mit sich. „Alles was bläht, muss vermieden werden“, ist der erste Grundsatz. Hülsenfrüchte sind tabu, aber auch große Mengen von Zucker oder Fett können schaden. „Die“ Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa Diät gibt es allerdings nicht. Sie ist individuell unterschiedlich, Monika N. muss zusätzlich auf faserige Nahrungsmittel wie Pilze und Spargel verzichten, andere vertragen keine Milchprodukte.

### Operation?

Bei einem Teil der Patienten ist eine Operation erforderlich. Diese werden bei Patienten mit Morbus Crohn vorwiegend notwendig, wenn Komplikationen der Erkrankung auftreten (Verengungen des Darms = Stenosen oder Fisteln und Abszesse). Die Colitis ulcerosa kann durch die Entfer-

nung des gesamten Dickdarms (Kolektomie) geheilt werden, während bei Patienten mit Morbus Crohn die Darmentzündung nach der Operation meist wieder auftritt.

„Durchfall und Erbrechen möchte keiner seiner Umwelt gerne zumuten. Als Folge der Erkrankung können Betroffene deswegen regelrecht vereinsamen,“ beschreibt Marion Siegmeier von der Deutschen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Vereinigung. Die Organisation zählt 17500 Mitglieder und unterstützt Selbsthilfegruppen in ganz Deutschland. „Dabei geht es nicht um gemeinschaftliches Jammern,“ betont Siegmeier „sondern um konkrete Ratschläge und Tipps, z.B. über neue Medikamente, Therapien und Kliniken.“

Durch die Schwerpunktbildung im Klinikum sollen sowohl Patienten als auch niedergelassene Ärzte für die Erkrankung sensibilisiert werden, damit die Diagnose in Zukunft schneller erfolgt und die Behandlung abgestimmt werden kann. (Sc)

## Digitales Archivsystem

Röntgenbilder, Befunde, Dokumente, Berichte, Fotos aus Digitalkameras – all dies soll zum letzten Quartal 2005 in einem digitalen Archivsystem für das Klinikum zur Verfügung stehen. Fernziel ist die elektronische Patientenakte, doch auch für die Einführung der Gesundheitskarte, die das Gesundheitsministerium ab 2006 vorschreibt, sind solche Strukturen unerlässlich.

Begonnen hat die Geschichte mit dem Ruf nach einem Langzeitarchiv für digitale Röntgenbilder. Dieses System nennt sich PACS (Picture Archiving and Communication System) und wird im Institut für Röntgendiagnostik und Nuklearmedizin am Standort 3 bereits seit dem Frühjahr 2003 getestet. Gleichzeitig mit dem Gesamtarchiv wird das PACS nun auch in der Radiologie am Standort 2 eingeführt werden. Das Projekt wird von der IT-Abteilung und dem Institut für Röntgendiagnostik und Nuklearmedizin gemeinsam koordiniert.

Abgesehen von der Mammographie existieren in der Celler Straße nur noch digitale Röntgenbilder. Schon 2 Minuten nach der Untersuchung hat der Radiologe auf Knopfdruck das Röntgenbild des Patienten auf seinem Bildschirm; auch die Kollegen in der Klinik könnten bereits jetzt, noch bevor der Patient überhaupt vom Röntgen zurückkommt, auf die Bilder zugreifen. Der Befund wird mit Hilfe eines Worterkennungssystems in den PC eingegeben und an das Röntgenbild digital angeheftet. Auf der Station ist er erst zugänglich, wenn er durch einen Oberarzt oder den Chefarzt freigegeben wurde.

### Keine Bildersuche mehr?

Ist der Vergleich mit einem früheren Röntgenbild nötig? Kein Problem, auch sie liegen digital vor. Was früher unter Umständen eine längere Suche im Archiv erfordert hätte, dauert jetzt wenige Sekunden, sofern die Daten korrekt benannt sind. Die Software stellt außerdem eine Reihe von Werkzeugen bereit, mit deren Hilfe Befunde leichter als früher erkannt werden können z.B. kann der Kontrast erhöht werden oder ein Befund schnell ausgemessen werden. Die größte Veränderung ist vermutlich in der Röntgenbesprechung zu spüren. Traditionell war für die Kollegen, die in der letzten Reihe saßen, das Röntgenbild nur in Umrissen zu erkennen. Heute wird es mit einem Beamer an die Wand projiziert und ist für alle Anwesenden klar und deutlich sichtbar. Dies fördert die Diskussion und verbessert die Diagnostik. Natürlich ist eine Durststrecke zu überwinden, bis das System „rund“ läuft: Arbeitsabläufe müssen umgestellt, Mitarbeiter müssen geschult werden und lernen mit der neuen Technologie umzugehen.

### Gesamtkonzept multimediales Archivsystem

Das von der IT-Abteilung entworfene Gesamtkonzept geht jedoch über digitale Röntgenbilder hinaus. Ziel ist es, die zahlreichen multimedialen Dokumente zu einem Patienten durch eine geeignete Such- und Präsentationslogik schnell und sicher über einen SAP-Arbeitsplatz oder direkt zugänglich zu machen. Alle Bilder, Befunde und Dokumente werden in einem elektronischen Archivsystem zusammengefasst.

Die elektronische Patientenakte kann jedoch nur realisiert werden, wenn alle Objekte im Archivsystem unmittelbar nach ihrer Freigabe für die aktuelle Behandlung des Patienten genutzt werden können. Dies wird auch als „lebendes Archiv“ bezeichnet. Darüber hinaus muss das Archivsystem weitere Kriterien erfüllen: z.B. müssen die archivierten Objekte auch später noch wie Originale reproduziert werden können. Es muss außerdem sichergestellt sein, dass die Objekte nicht manipuliert werden können. Auch das Speichersystem muss bestimmten Anforderungen genügen, denn die Daten müssen immer verfügbar sein. Deswegen werden solche Daten gespiegelt vorgehalten. Sollte es einen „Plattencrash“ geben, ist die komplette Patientenakte in einem weiteren Plattensystem vorhanden und sofort nutzbar. Das ist notwendig, aber sehr teuer. Wenn die Daten älter als ein Jahr sind, werden sie deshalb kostengünstiger gelagert. Dafür dauert die eventuell erforderliche Rekonstruktion bei einem Crash länger (unter Umständen mehrere Stunden).

Durch die Vergabe von Zugriffsrechten ist die elektronische Archivierung zudem datenschutzrechtlich vorteilhafter als die bisherige Aufbewahrung im konventionellen Archiv.

## Disease Management Verträge unter Dach und Fach

Das Klinikum Braunschweig beteiligt sich seit dem Jahr 2004 an Disease Management Programmen (DMP) für koronare Herzkrankheit, Brustkrebs und Diabetes Mellitus.

Die Versorgung chronisch kranker Patienten verbessern und zugleich Kosten sparen, ist das Ziel von DM-Programmen. Erreicht werden soll dies durch engere Koordination der Ärzte, leitlinienorientierte Behandlung und intensivere Einbeziehung

der Patienten. Die Struktur der Programme ist bundesweit einheitlich vorgegeben. Bisher gibt es Programme für Diabetes mellitus, die koronare Herzkrankheit und den Brustkrebs. In Niedersachsen sind die Verträge für DM-Programme für Diabetes und Brustkrebs auf Landesebene aufgelegt.

Die Vertragsgestaltung wird durch die Krankenkassen organisiert, die sich dafür aus dem ambulanten und dem stationären

Bereich Partner wie z.B. das Klinikum Braunschweig suchen. Voraussetzung für den Vertragsabschluss ist ein festgelegtes medizinisches Niveau. So müssen die Kliniken räumliche und fachliche Qualitätskriterien erfüllen, wie z.B. eine Mindestmenge an Operationen oder eine Ausstattung mit speziellen Geräten nachweisen. Mehr als eine Million Patienten sind mittlerweile bundesweit in diesen qualitätsgesicherten Programmen eingeschrieben.

# Schwerpunktthema Ausbildung

## Neue Grundlage für Gesundheitsfachberufe

Seit dem 1. Januar 2004 existiert eine neue bundesweit geltende gesetzliche Grundlage zur Ausbildung in Gesundheitsfachberufen. Die frühere Ausbildungsverordnung aus dem Jahr 1985 gehört damit der Vergangenheit an. Den Schulen wird jedoch eine fünfjährige Übergangsfrist eingeräumt. Das Schulzentrum in der Naumburgstraße ist die erste Schule im Regierungsbezirk Braunschweig, die bereits ab April 2004 nach den neuen Richtlinien ausbildet.

Hintergrund der Gesetzesänderung sind veränderte Anforderungen an beruflich Pflegende. Durch die soziodemographische Entwicklung betreuen sie zukünftig immer mehr ältere Patienten, die häufig an mehreren Krankheiten leiden. Dieses Klientel braucht mehr Unterstützung, Begleitung und Beratung. Zudem werden die Liegezeiten im Krankenhaus generell kürzer, so dass sich die Zeit vor und vor allem nach dem Krankenhausaufenthalt zumindest teilweise auch zur Aufgabe von Krankenhäusern entwickeln wird.

### Gesundheit im Mittelpunkt

Gefragt ist ein breiteres Pflegeverständnis, das nicht mehr ausschließlich an der Behandlung von Krankheiten orientiert ist. Das neue Gesetz stellt deshalb nicht die Krankheit, sondern die Gesundheit in den Mittelpunkt der pflegerischen Ausbildung. Dies bedeutet, dass neben der medizinischen Behandlung auch präventive, rehabilitative und palliative Maßnahmen von vornherein mitbedacht werden. Abgeschlossen wird die Ausbildung nicht mehr als (Kinder)Krankenschwester, sondern mit dem Titel Gesundheits- und (Kinder)KrankenpflegerIn.

Um diesen Zielen gerecht zu werden, verändern sich sowohl die Inhalte des Pflegeunterrichts als auch die Lernformen.

### Integrierte Ausbildung

Weil die großen Themen für viele Gesundheitsfachberufe gleich sind, schreibt das neue Gesetz die integrierte Ausbildung vor. Dies bedeutet, dass bisher getrennt existierende Ausbildungszweige nun eine große gemeinsame Basis haben und erst im letzten Jahr auf ihr spezielles Einsatzgebiet hin differenziert werden. In den beiden Kursen, zur Gesundheits- und Krankenpflegerin und zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, die im Oktober 2004 begonnen haben, wird bereits so ausgebildet. Damit schließt Deutschland näher zu vielen anderen europäischen Ländern auf, die schon länger nach generalistischem Prinzip ausbilden.

### Kein Schubladendenken

Die große Herausforderung der letzten Monate bestand für Zentrumsleiterin Taina Viiala und ihr Team darin, die neue Verordnung mit Leben zu füllen. Denn der Gesetzgeber schreibt zwar Themenbereiche und Stundenzahlen vor, die Feinplanung und Verzahnung der Lerninhalte untereinander ist jedoch Sache der Schule. Während früher in einzelnen Fächern z.B. Anatomie, Medizin oder Recht unterrichtet wurde, stehen jetzt Lernbereiche im Vordergrund, denen die Fächer zugeordnet sind. Zum Lernbe-

reich I „Pflegerische Kernaufgaben“ gehört beispielsweise „aktivierend und/oder kompensierend pflegen“, bei der „med. Diagnostik assistieren“ und „in Notfällen handeln“ oder „hygienisch arbeiten“. Was aus anatomischer, medizinischer, pflegerischer und rechtlicher Sicht darüber zu wissen ist, wird dann genau auf diesen Lernbereich zugeschnitten.

Die Lernenden sollen so ein Gesamtbild bekommen, fächerübergreifend lernen und nicht wie früher einzelne Brocken zu sich nehmen, die sie im Gehirn auch wieder in einzelne „Schubladen“ einsortieren.

Darüber hinaus werden Fähigkeiten wie eigenständiges und selbstverantwortliches Arbeiten auf der einen Seite, Teamfähigkeit und interdisziplinäres Arbeiten auf der anderen Seite vermittelt.

Die Schüler lernen wie bisher drei Jahre lang im Wechsel von theoretischen und praktischen Phasen. Während der Praxis werden sie ab jetzt allerdings nicht mehr von Mentoren, sondern von Praxisanleitern betreut, die dafür eine 200 Stunden umfassende pädagogische Qualifikation erwerben müssen. Die erste Praxisphase der integrierten Ausbildung beginnt zum 01.01.2005.

(SC)

## Ausbildung im Klinikum

Traditionell ist das Klinikum Braunschweig einer der großen Ausbildungsbetriebe der Region. Das Schulzentrum für Gesundheitsfachberufe in der Naumburgstraße bildet jedes Jahr 60 Gesundheits- und Krankenpflegeschülerinnen, 19 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeschülerinnen und in zwei von drei Jahren jeweils 12 Hebammenschülerinnen aus. Im kaufmännischen Bereich wird jedes Jahr ein Ausbildungsplatz zur Kauffrau im Gesundheitswesen und alle drei Jahre ein Ausbildungsplatz zum Fachinformatiker angeboten.

Im Rahmen des „Paktes für Ausbildung“ bietet das Klinikum im Jahr 2005 einen zusätzlichen Ausbildungsplatz zur Kauffrau/Kaufmann im Gesundheitswesen an. Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover absolvieren jedes Jahr 20-25 Medizinstudenten ihr praktisches Jahr im Klinikum Braunschweig. Im Jahr 2003 belief sich die Gesamtzahl der Auszubildenden auf 241 Personen.

## Ärztliche Ausbildung

Das Klinikum Braunschweig ist Lehrkrankenhaus der MHH und bildet angehende Ärzte im praktischen Jahr (PJ) aus. Das PJ wird im letzten Jahr des Medizinstudiums durchgeführt.

Es dauert je 16 Wochen in der Inneren Medizin, der Chirurgie sowie einem weiteren klinisch-praktischen Fach und endet mit dem Staatsexamen. Der Arzt im Praktikum (AiP) ist seit Oktober 2004 nicht mehr Bestandteil der ärztlichen Ausbildung.

20-25 Studenten wählen jährlich das Klinikum Braunschweig für ihr Praktikum aus. „Der Konkurrenzdruck unter den Kliniken um die Studenten ist hoch. Wir versuchen, unser Ausbildungsangebot attraktiv für Studierende zu gestalten und hoffen, so auch Nachwuchskräfte an das Klinikum zu binden“, berichtet Prof. Dr. Wolf-Peter Sollmann, Chefarzt der Neurochirurgischen Klinik, der das PJ betreut und koordiniert. Die Studenten können

ihre Fachdisziplin selbst aussuchen, auch kürzere Rotationen und Auslandspraktika werden unterstützt. Die Teilnahme am Nachtdienst ist möglich, und an zwei Nachmittagen in der Woche finden Fortbildungen statt. Geboten wird außerdem freie Unterkunft und günstiges Mittagessen für einen Euro. Eine Braunschweiger Besonderheit ist der „Journal Club“, in dem die Studierenden Gelegenheit haben, eigene Referate zu halten. Abgeschlossen wird die Veranstaltung mit einer Preisverleihung und der Wahl zum PJler des Jahres. Kriterien für die Auswahl des Preisträgers sind die Beurteilung durch den Chefarzt, die Präsentation des Vortrags und die Überprüfung von erlernten Tätigkeiten während des PJ.

In der Jury saßen dieses Jahr Prof. Dr. Donhuijsen, Prof. Dr. Hoffmann und Prof. Dr. Sollmann. Das Preisgeld von 1500 € soll fortbildungsbezogen eingesetzt werden.

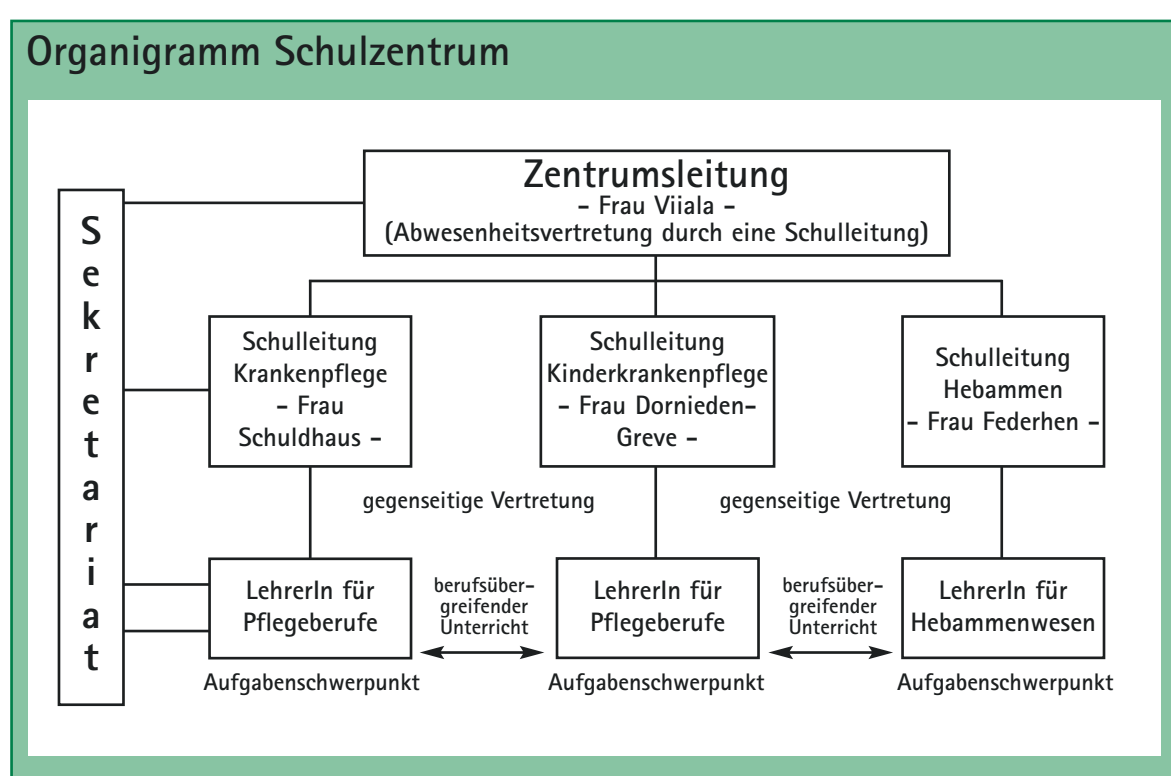
## Hebammenschule

Auch die Hebammenschule des Klinikums befindet sich im Schulzentrum: Die Ausbildung erfolgt nach dem Hebammengesetz von 1985 (zuletzt geändert 2002) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen von 1987 (zuletzt geändert 1993).

Die Ausbildung dauert drei Jahre und ist nach wie vor ein sehr beliebter Berufswunsch. Auf die 12 Plätze, die in Braunschweig in zwei von drei Jahren zur Verfügung stehen, bewerben sich fast 1000 junge Menschen. Die zukünftigen Hebammen, die das Auswahlverfahren erfolgreich bewältigt haben, werden in Anatomie, Physiologie, Hebammen-

kunde, Geburtshilfe, Biologie, Krankenpflege und weiteren Fächern unterrichtet.

Die Hebammenschule hat seit August 2004 mit Angela Federhen eine neue Schulleiterin. Nach einer Ausbildung zur Krankenschwester arbeitete sie zwei Jahre als Krankenschwester in der Schweiz, um dann in Gießen eine Ausbildung zur Hebamme zu absolvieren. Darauf folgten einige Jahre berufliche Tätigkeit als Hebamme sowohl in Krankenhäusern als auch freiberuflich. Bevor sie die Schulleitung der Hebammenschule am Klinikum antrat, rundete ein Studium der Pflegepädagogik ihren beruflichen Werdegang ab.



## Zuweisermarketing

2/3 aller Krankenseinweisungen werden durch niedergelassene Ärzte getätigt. Welche wichtige Rolle der niedergelassene Arzt für die wirtschaftliche Situation eines Krankenhauses spielt, zeigt Klara Matyas in ihrer Diplomarbeit über Zuweisermarketing im Krankenhaus auf.

Durch die gesundheitspolitische Entwicklung befinden sich die Krankenhäuser in Deutschland in einer Wettbewerbssituation. Neben den Patienten selbst macht Matyas die Zuweiser als zweite wichtige „Kundengruppe“ eines Krankenhauses aus. Diese sind zumindest in den kommunalen Krankenhäusern eine nicht ausreichend gewürdigte Zielgruppe. Denn in den meisten Fällen fragt der Patient seinen Arzt um Rat, welches das Krankenhaus seines Vertrauens ist. Die niedergelassenen Ärzte haben somit eine Steuerungsfunktion, die nicht nur in der Anzahl der eingewiesenen Patienten, sondern auch in der Ausgewogenheit der Schwere der Fälle deutlich wird.

Doch die Beziehung zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhaus ist zwiespältig, denn sie sind in gewisser Weise auch Konkurrenten. Weil die Trennung zwischen ambulanten und stationären Eingriffen gesundheitspolitisch nicht mehr erwünscht ist, können Krankenhäuser sich jetzt auch auf dem ambulanten Sektor betätigen und nieder-

gelassene Ärzte vermehrt stationärsersetzende Eingriffe durchführen. Umso wichtiger ist es, so ein Fazit von Matyas, die knappen Marketingressourcen der Krankenhäuser vermehrt zugunsten der Zuweiser zu verschieben.

### Was will der zuweisende Arzt?

Zu klären ist allerdings vorher, was der zuweisende Arzt vom Krankenhaus erwartet. Oder anders ausgedrückt: Welche Faktoren bringen ihn dazu, ein bestimmtes Krankenhaus zu empfehlen? Ganz allgemein sind es folgenden Kriterien:

**Leistungsqualität.** Der Zuweiser möchte seinem Patienten die Klinik mit der höchsten fachlichen Kompetenz empfehlen. Schlägt er eine Klinik vor, die seinen Patienten nicht zufrieden stellt, fällt dies in der Regel auf ihn selbst zurück.

**Informations- und Kommunikationsqualität.** Dieser Aspekt hat zwei Seiten. Zum einen braucht der Zuweiser Informationen über die Klinik und zum anderen muss der Rückfluss von Informationen aus der Klinik ge-

währleistet sein (z.B. zeitnahe Zusendung des Arztbriefes).

**Soziale Qualität und Vertrauen.** Kann ich dieses Krankenhaus meinem Patienten guten Gewissens empfehlen? Vertrauen ist nicht auf einzelne Maßnahmen zurückzuführen, sondern erfordert eine längerfristige „Beziehungsarbeit“. Ein Kriterium ist hier z.B. der persönliche Kontakt zu Klinikärzten und die Person des Chefarztes.

**Das Kriterium der finanzbezogenen Qualität** entfällt, weil der zuweisende Arzt nicht für die Kosten der Behandlung aufkommt.

### Urologische Klinik Braunschweig

Der Fragebogen des empirischen Teils umfasst zehn Fragen auf acht Seiten. Zielsetzung war es, herauszufinden, welche kommunikativen Anforderungen die regional niedergelassenen Urologen an die Klinik stellen und wie sie den konkreten Kommunikationsprozess beurteilen.

### Abgefragt wurden neben statistischen Daten:

- Bedeutsamkeit bestimmter Kriterien für die Zusammenarbeit,
- Bedeutsamkeit bestimmter Aspekte für die Krankensempfehlung,
- Kritikpunkte der Zusammenarbeit vor, während und nach dem stationären Aufenthalt des Patienten,
- persönliche Einschätzung der Urologischen Klinik
- Beurteilung der Kooperation mit der Klinik

Mit Antritt des neuen Chefarztes Prof. Dr. Hammerer im Jahr 2003 wurde die Urologische Abteilung zu einer Klinik ausgebaut. Dabei führte Prof. Hammerer auch Service-Maßnahmen ein mit dem



Klara Matyas, die Autorin der Arbeit über Zuweisermarketing

Ziel, die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten zu verbessern.

### Ergebnisse in Auszügen:

**Gründe für die Krankensempfehlung** sind für die zuweisenden Ärzte vorrangig die medizinisch fachliche Kompetenz und die kommunikativen Leistungen. Die kleinste Rolle spielen Serviceleistungen im Krankenhaus und die Erfahrungen anderer niedergelassener Kollegen (siehe Grafik).

**Informationsmaterial:** Die Zuweiser stufen Informationsmaterial als bedeutsam ein. Allerdings muss es zielgruppenspezifisch sein. Dazu zählen Informationen über die Leistungen der Klinik, über Neuerungen in der Klinik (auch Personen) und die medizinisch-technische Ausstattung. Bedarf besteht auch an Informationsmaterial, das an Patienten weitergegeben werden kann.

2/3 aller Befragten können sich vorstellen, das Inter- bzw. Intranet verstärkt für den Austausch zu nutzen.

### Bewertung der Zusammenarbeit

Die Urologische Klinik erfüllt die Erwartungen der Zuweiser in Bezug auf fachlichen Austausch und stationäre Einbeziehung. Das Feedback aus der Klinik wird als besonders gut bewertet. Kleinere Abweichungen gibt es in den Punkten „konzeptionelle Zusammenarbeit“ und „Erreichbarkeit“. Bei der Beurteilung des Feedback



Prof. Dr. Peter Hammerer, Chefarzt der Urologischen Klinik

zeigt sich, dass nicht jedes Feedback gleich wichtig ist. Die niedergelassenen Ärzte wollen v.a. über unvorhergesehene Ereignisse, Komplikationen oder Diagnoseänderungen informiert werden.

### Fortbildung

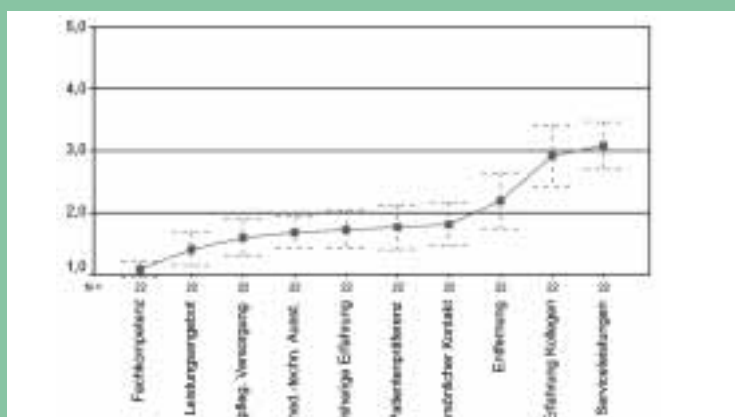
Fast alle zuweisenden Ärzte nutzen das Fortbildungsangebot der Urologischen Klinik. Hauptmotivation sind der fachliche Austausch mit Klinikärzten und Wissenserweiterung.

### Kritikpunkte

Die Klinik wird durchweg positiv bewertet. Einziger Kritikpunkt sind „Medikations- und Therapieänderung ohne Angabe von Gründen“, aber auch dies wird von den Befragten unterschiedlich beurteilt.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Empfehlung für ein Krankenhaus durch eine Vielzahl von Kriterien bestimmt wird, wobei den medizinisch-fachlichen und kommunikativen Leistungen der höchste Stellenwert zukommt. Dieses Wissen eröffnet ein Füllhorn von Aktionsmöglichkeiten von Fortbildungen für niedergelassene Ärzte bis hin zu differenzierten Kommunikationsangeboten. Die Marketingstrategie gibt es dabei allerdings nicht. Sie ist abhängig vom Umfeld der Klinik und muss individuell angepasst werden. (Sc) Quelle: Klara Matyas: „Zuweisermarketing im Krankenhaus - Der niedergelassene Arzt als Kunde und Konkurrent.“ Mehr dazu im Intranet unter „Klinikum aktuell“.

### Gründe der Krankensempfehlung



1 = äußerst wichtig 2 = ziemlich wichtig 3 = teils/teils 4 = ziemlich unwichtig 5 = völlig unwichtig

Hauptmotiv für die Krankensempfehlung ist für den zuweisenden Arzt die medizinisch fachliche Kompetenz.

## Gemeinsam gegen Dekubitus

In vielen Ländern wird die Dekubitusrate als Gradmesser für die Pflegequalität angesehen. Doch bis heute gibt es keine zuverlässige bundesweite Statistik darüber, wie viele Pflegebedürftige unter einem Dekubitus leiden.

Dabei gibt es seit dem Jahr 2000 einen nationalen Standard zur Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Auf der Grundlage der

darin formulierten Kriterien lässt sich eine zuverlässige Prophylaxe organisieren.

Voraussetzung dafür ist das Wissen, wie viele Dekubitus-Fälle in einer Institution entstanden sind. Um Datenmaterial über die Häufigkeit zu bekommen, hat man begonnen, die Anzahl der Fälle zu registrieren. In Braunschweig werden sie seit Oktober 2004 in 2/3 aller Einrichtungen der sta-

tionären und ambulanten Pflege systematisch erfasst. Initiiert wurde dies von einer Arbeitsgruppe der Braunschweiger Pflegekonferenz, zu der auch Heike Stöter gehört, die im Klinikum für Pflegeentwicklung zuständig ist. Im Klinikum dokumentieren die Mitarbeiterinnen in der Pflege die Dekubitus-Fälle bereits seit knapp zwei Jahren. Dabei wird unterschieden nach Patienten, die mit einem Dekubitus auf-

genommen wurden und solchen, die den Dekubitus im Klinikum erworben haben. Die Ergebnisse dienen als Instrument der internen Qualitätssicherung. Wenn Wissenslücken vorhanden sind, werden den Pflegekräften Fortbildungen zur Dekubitusprophylaxe angeboten. „Im Klinikum brachte die Erfassung einen Qualitätsschub mit sich,“ berichtet Stöter, die davon ausgeht, dass diese Entwicklung auch auf die

kommunale Ebene übertragbar ist. Die statistische Auswertung des Zahlenmaterials des Klinikums wird dann anonymisiert und fließt in die kommunale Statistik mit ein. Im Moment beteiligen sich außer dem Klinikum 22 Altenheime, 19 ambulante Pflegedienste und ein weiteres Krankenhaus an der Selbstkontrolle. Die Teilnahme hieran ist freiwillig und anonym.

# Der Betriebsrat informiert

## Ausbildung im Klinikum

### Übernahme von Auszubildenden

Die Auszubildenden der Kinder- und Krankenpflege Examenskurse hatten im Vorfeld eine komplette Absage bezüglich einer Übernahme



Norbert Kohlmeyer ist der Ansprechpartner im Betriebsrat für JAV und Ausbildung

memöglichkeit zum 01. Oktober 2004 erhalten. In letzter Minute entschloss sich die Pflegedirektion Ende September, doch noch 10 Auszubildende aus dem Krankenpflegekurs sowie weitere 5 Auszubildende aus dem Kinderkrankenpflegekurs befristet für 6 Monate zu übernehmen.

Der Betriebsrat begrüßt natürlich die Möglichkeit, einer größeren Anzahl von Auszubildenden einen Berufseinstieg zu ermöglichen. Für die zukünftigen Examenskurse ist ein planbares, transparentes Vorgehen bei Frist und Bewerbung sichergestellt.

Wir wollen auch für Entscheidung zur Übernahme entsprechende Regelungen treffen.

### Kurzinformationen

#### Beurteilungen für Auszubildende in der Gesundheits- und Kinder- / Krankenpflege.

Der Beurteilungsbogen für die Auszubildenden wurde an die neuen Ausbildungsinhalte angepasst und wird zunächst für ein Jahr erprobt.

Eine Arbeitsgruppe befasst sich aktuell mit der Überarbeitung der Probezeitkriterien der Auszubildenden in den Berufen der Krankenpflege und Entbindungspflege.

### NEU Im Intranet

auf den Seiten des Betriebsrates Arbeit + Soziales / Betriebsrat:

- Die neue Betriebsvereinbarung
- Grundsätze für die Urlaubsplanung und Urlaubsgewährung

## Verkauf von Arzneimitteln an Personal des Klinikums

Seit längerem bemüht sich die Apotheke des Klinikums zusammen mit dem Betriebsrat, den Personalverkauf mitarbeiterorientiert weiter zu entwickeln. Nach vielen Gesprächen zeichnet sich jetzt eine positive Änderung ab.



Betriebsratsmitglied Ellen Kluge und PTA Gabi Volk in der Personalverkaufsstelle in der Celler Straße.

Es ist geplant, im Frühjahr 2005 eine weitere Verkaufsstelle in einem der Flachbauten auf dem Gelände des Krankenhauses an der Salzdahlumerstraße (S 2) einzurichten.

Dort können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, so ist es geplant, jeden Mittwoch in der Zeit von 10:00 bis 15:30 einkaufen. Wie gewohnt wird der Einkauf über die Personalnummer gebucht und die Summe vom Gehalt abgezogen. Weiterhin wird eine Bearbeitungspauschale von 30% auf den Einkaufspreis erhoben. Dabei bleibt der Preis immer noch erheblich unter dem einer regulären Apotheke.

Eine Erweiterung des Angebotes ist nach Aussage von Herrn Vaitiekunas grundsätzlich möglich. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können sich in der Verkaufsstelle direkt an die zuständige PTA wenden. Dort werden ihre Vorschläge gesammelt und eine Bedarfsanalyse erstellt.

Die Apotheke versucht, soweit wie möglich die Produkte im Personalverkauf dem Bedarf anzupassen. Die Liste des Arzneimittels - Personalverkaufes ist im Intranet nachzulesen.

## Parkraumbewirtschaftung

Wie Sie dem Artikel der Geschäftsführung entnehmen, ist weiterhin die Einführung einer Parkraumbewirtschaftung zum Januar 2005 geplant.

Obwohl es in einigen Punkten der Parkraumbewirtschaftung manche positiven Entwicklungen bezüglich der Ausgestaltung des Konzeptes gibt, bleiben für den Betriebsrat auch unter Berücksichtigung der von der Geschäftsführung veröffentlichten Eckpunkte weiterhin viele Aspekte ungeklärt. Viele Fragen wurden von den Kolleginnen und Kollegen, welche vor Ort im Schichtdienst in verschiedenen Häusern arbeiten, an uns herangetragen.

Beispielhaft sind hier zu nennen: Die Regelung bei Umsetzungen innerhalb des Betriebes, die Verfahrensweise bei längerer Erkrankung sowie die bisher nicht vorgesehene Möglichkeit einer lediglich tageweisen Entgelt-erhebung. Diese letztgenannte Möglichkeit wurde von vielen Kolleginnen und Kollegen ge-

wünscht, um den individuellen Gegebenheiten flexibel Rechnung zu tragen.

Das im Betriebsverfassungsgesetz vorgesehene Mitbestimmungsverfahren wurde nunmehr von der Geschäftsführung eingeleitet. Der Betriebsrat wird sich in diesem Verfahren darum bemühen, ausstehende Fragestellungen abzuklären, um eine dif-



ferenzierte Ausgestaltung der Parkraumbewirtschaftung über den derzeitigen Stand hinaus zu erreichen.

Über die weitere Entwicklung werden wir im Klinikum, der Informationszeitung des Betriebsrates und im Intranet berichten, sobald neue oder abschließende Ergebnisse vorliegen. Wir bauen in der weiteren Diskussion darauf, dass die Geschäftsführung mit dem Betriebsrat einen ergebnisoffenen Dialog führt und bereit ist, Eckpunkte weiter zu entwickeln, bevor die Parkraumbewirtschaftung eingeführt wird.

### Firmenkarte + Jobticket

Es besteht weiterhin die Möglichkeit sich für die Firmenkarte anzumelden. Kolleginnen und Kollegen die sich bei der letzten Umfrage vor einem Jahr angemeldet hatten und jetzt noch nicht dabei sind, haben noch die Möglichkeit noch preisgünstiger als bisher teilzunehmen.

## Der Sachstand

### Zur Service GmbH, der Wäscherei GmbH und dem Ambulanten Rehabilitationszentrum

Hierzu hat die Geschäftsführung bereits ausführlich berichtet. Wir werden die Veränderungsprozesse weiterhin kritisch betrachten, konstruktiv begleiten und unsere Ideen und Forderungen einbringen. Wir werden uns für den Erhalt von Rahmenbedingungen wie Arbeitszeit, Lohn/Gehalt und Gesundheitsschutz einsetzen.

Bei der Personalüberleitung des EAP werden wir uns mit den Kolleginnen und Kollegen dafür einsetzen die gleichen Rahmenbedingungen wie 2003 zur Gründung der gGmbH abzuschließen.

### Spende

Bereits seit einem Jahr ist das digitale Bildarchivierungs- und Analysesystem im Institut für Pathologie erfolgreich im Einsatz. Möglich wurde die Anschaffung durch eine großzügige Spende im Wert von insgesamt 15 000 € des Vereins der Freunde und Förderer des Klinikums. Das System dient der Qualitätssicherung und der schnelleren Übermittlung von Gewebeproben in bestechender digitaler Bildqualität.

### ESWL-Therapie

Seit Oktober 2004 hat die urologische Klinik ihr Behandlungsspektrum für Patienten mit Harnsteinleiden um die Stosswellentherapie (ESWL) erweitert. Die Patienten werden unmittelbar vor der ESWL am Samstag stationär aufgenommen, und bei unkompliziertem Verlauf am Sonntag in die weitere fachurologische Behandlung entlassen. Die ESWL-Therapie findet alle vier Wochen, jeweils samstags statt.

### Neue Sprechstunde

Seit November 2004 bietet der Verein für Krebsnachsorge eine offene Sprechstunde für urologische Patienten und deren Angehörige an. Sie findet donnerstags ab 16:00 Uhr im Fernsraum der Urologie am Standort 2 statt. Bereits seit vielen Jahren findet außerdem ebenfalls donnerstags von 14:00- bis 15:00 Uhr eine Sprechstunde in der Med. Klinik III und der Radiologie am Standort 3 statt.

### Medizinethik

Was tun, wenn der Patient nicht will? Rund 100 Interessierte kamen zur gleichnamigen Veranstaltung des Arbeitskreis Medizinethik im IfW. Inhaltlich ging es um Autonomie des Patienten versus ärztliche Fürsorgepflicht sowie um den Umgang mit nicht einwilligungsfähigen Patienten.

Weitere Information: Arbeitskreis Medizinethik Tobias Cappelletel. 1290

### Förderpreis

Der Klinikförderpreis der Bayerischen Landesbank ist 2005 für „Ambulante Leistungen im Krankenhaus“ ausgeschrieben. Das Preisgeld beträgt 25 000 €, Ein-sendeschluss ist der 28.2.2005.

Außerdem wird ein Sonderpreis zum Thema „Innovative Medizintechnik patientenorientiert anwenden“ ausgelobt. Mehr unter [www.klinikfoerderpreis.de](http://www.klinikfoerderpreis.de)

## Neue Ziele

**Kassel konkurriert mit Braunschweig in Sachen Kulturhauptstadt.**

Und worin noch?

Richtig: Edda Hogrebe-Flake verlässt das Klinikum Braunschweig und ist ab dem 1. Januar 2005 Pflegedirektorin im Klinikum Kassel.



Edda Hogrebe-Flake

sel GmbH. Sie wird dort außerdem als eine der Geschäftsführer/-innen tätig sein und die Geschäftsführung von zwei Seniorenwohnanlagen übernehmen. Das Klinikum Kassel hat ca. 1200 Betten, einen ambulanten Pflegedienst und ein ähnliches Spektrum an Kliniken und Instituten wie das Klinikum Braunschweig.

Edda Hogrebe-Flake ist in Osnabrück geboren und arbeitet seit 1983 im Klinikum Braunschweig. Erst als Krankenschwester, ab 1990 nach einer einjährigen Weiterbildung zur PDL, als Pflegedienstleitung. Später auch als Vertretung des Pflegedirektors Ulrich Heller.

Sie absolvierte zudem ein berufsbegleitendes Studium des Pflege-

ge- und Gesundheitsmanagements. „Das Klinikum Braunschweig bietet alle Möglichkeiten zur Weiterqualifikation. Mit etwas Eigeninitiative ist hier ungeheuer viel möglich“, lobt sie rückblickend. Und was macht die Familie bei so viel Arbeit? Tochter Gisa ist 19 Jahre alt. Hogrebe-Flake: „Kind und Karriere lassen sich vereinbaren, wenn eine echte Partnerschaft besteht. Die Berufstätigkeit meines Mannes und die meine sind immer gleichrangig von uns gesehen worden, ebenso wie die Verantwortung für unsere Tochter. Ich finde es schade, wenn qualifizierte Frauen ihre berufliche Entwicklung hinter die ihres Partners zurückstellen.“

Klinikum aktuell wünscht viel Glück und Erfolg an der neuen Wirkungsstätte.

## Neu im Intranet

Seit einigen Wochen ist der neue Intranetauftritt des Klinikums „online“. Dort finden Sie unter: <http://intra.skbs.de/> viele nützliche Dinge.

Zum Beispiel müssen Einladungs-, Adress- und Verteilerlisten jetzt nicht mehr doppelt gepflegt werden, sondern stehen unter dem Menüpunkt „Arbeits-hilfen“ als PDF-Datei zur Verfügung. Sie brauchen für einen Vortrag Fotos vom Klinikum? Kein Problem, auch diese finden Sie unter Arbeitshilfen/Bildergalerie. Unter Vorgaben/Corporate Design können Powerpoint Vorlagen heruntergeladen werden.

Im Bereich Geschäftsführung steht die Geschäftsordnung bereit. Und natürlich sind die ersten Ergebnisse unter „Kliniken und Institute“ zu besichtigen. Empfehlenswert hier vor allem die besonders anschaulichen Seiten der Apotheke. Auch das Kursangebot des Ambulanten Reha-Zentrums können Sie online erkunden.

Technische Unterstützung für Intranetredakteure leistet Frau Schulze am Montag von 13.00 - 17.00 Uhr und Donnerstag von 9.00 - 13.00 Uhr.

**Kontakt: Tel. 1569, E-Mail: [c.schulze@klinikum-braunschweig.de](mailto:c.schulze@klinikum-braunschweig.de)**

### Weiterbildung

Die Termine für die Weiterbildungsveranstaltungen 2005 lagen bei Redaktionsschluss leider noch nicht vor.

**Bitte informieren Sie sich darüber im Intranet.**

Der Schulbetrieb in der Salz-dahlumer Straße wurde ab dem 1.9 eingestellt. Die Fachweiterbildungen sind in die Gebäude in der **Naumburgstraße 2 bzw. 15** umgezogen

### Personalnachrichten

**25 jähriges Dienstjubiläum feiern**

**Kreuzel**, Ulrich IfW am 1.10.04  
**Matyssek**, Ulrike S 3 am 1.10.04  
**Schneider**, Bernd S 2 am 6.1.05  
**Paske**, Michael S 1 am 17.1.05  
**Willim**, Anna S 2 am 13.3.2005  
**Reyels**, Elke S 3 am 28.2.2005

Quelle: Personalabteilung

## Frohe Weihnachten wünscht Klinikum aktuell



Weihnachtsbaum schmücken in der Kinderklinik.

Archivbild

## Verstärkung im Ärztlichen Direktorat

Dr. Thomas Bartkiewicz hat im November 2004 die neu geschaffene Stelle des Referenten des Ärztlichen Direktors angetreten.

Referent – warum?

Krankenhäuser stehen heute mehr als früher unter Konkurrenzdruck, Budgets werden enger geschnürt, administrative Verpflichtungen auch auf ärztlicher Seite wachsen, die Gesetzgebung ändert sich ständig. Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den drei großen Säulen Medizin, Verwaltung und Pflege wird immer wichtiger. All dies kommt zu den klassischen Aufgaben des Ärztlichen Direktors hinzu und beantwortet die eingangs gestellte Frage nach der Notwendigkeit eines Referenten.

Thomas Bartkiewicz wird z.B. Projekte koordinieren, Modelle für neue Versorgungsformen (Stichwort: integrierte Versorgung, medizinische Versorgungszentren) umsetzen und den Kontakt zu wichtigen Vertragspartnern wie der Kassenärztlichen Vereinigung oder niedergelassenen Kollegen halten. Weitere Schlagworte sind: Stärkung der ambulanten Operationen, Koordination des Zwei-Standorte-Konzeptes aus medizinischer Sicht und Kommissionsarbeit.

Er wird medizinische Leistungsprozesse beurteilen und sich um klinikübergreifende



Dr. Thomas Bartkiewicz

Fragestellungen kümmern. Nach seinem Medizinstudium war der 34 jährige Bartkiewicz seit 2000 Abteilungsleiter bei der Dräger- und Hanse Betriebskrankenkasse in Lübeck. Seine Schwerpunkte waren Vertrags- und Versorgungsmanagement, Unternehmensentwicklung und Krankenhausmanagement. Zusätzlich hat er sich in einem einjährigen Vollzeitstudium gesundheitsökonomisches und vertragsrechtliches Wissen angeeignet. Obwohl der Name es nicht vermuten lässt: Thomas Bartkiewicz ist in Braunschweig geboren und aufgewachsen.

**Kontakt: Dr. Thomas Bartkiewicz; Tel. 1615, Sekretariat des Ärztlichen Direktors: Tel. 1608.**

## Vorschau

In der nächsten Ausgabe April 2005 lesen Sie:

- Einen Bericht über die Tag- und Nachtambulanz am Standort 3
- Welche Wahlleistungen es im Klinikum gibt, für wen sie angeboten werden und was sich die Beteiligten davon versprechen.
- Welche Aufgaben der Arbeitskreis Medizinethik wahrnimmt.

## Impressum

**Herausgeber:**  
 Helmut Schüttig,  
 Geschäftsführer Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH  
 Freisestr. 9/10,  
 38118 Braunschweig

**Chefredaktion:**  
 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit  
 Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH  
 Marion Lenz (verantwortlich)  
 Ulrike Schelling  
 Tel. (0531) 595 1671, Fax: 595 1663  
[u.schelling@klinikum-braunschweig.de](mailto:u.schelling@klinikum-braunschweig.de)

**Redaktionsgruppe:**  
 Silvia Albrecht, Stefan Dombrowski,  
 Dr. Heinz Jänig, Dr. Dietmar Loitz, Roswitha Niebuhr, Petra Thürauf und Dieter Schneider. Die Seite des Betriebsrats ist redaktionell selbständig.

**Herstellung:**  
 Köhler & Lippmann Medienhaus  
 Hinter dem Turm 12  
 38114 Braunschweig  
 Tel. (0531) 2 56 12-0

**Druck:**  
 Bretschneider GmbH  
 Braunschweig

Alle Rechte vorbehalten. Trotz sorgfältiger Bearbeitung in Wort und Schrift lassen sich Fehler leider nicht ausschließen.

Nachdruck bitte nur mit Genehmigung des Herausgebers.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Redaktionsschluss für die Ausgabe April 2005 ist der 01. März 2005

**Auflage:**  
 2500, vier Ausgaben pro Jahr

## Serie: Ehrenamt im Klinikum

Seit es Krankenhäuser gibt, gibt es auch ehrenamtliche Helfer. Sie sind jeden Tag viele Stunden für Patienten da und tragen auf vielfältige Art und Weise zu ihrer Genesung bei. Im Klinikum Braunschweig engagieren sich etwa 100 Ehrenamtliche in den verschiedensten Bereichen. Viele von ihnen stellen ihre Tätigkeit seit Jahrzehnten in den Diensten der guten Sache. Was für Menschen sind das, die sich so für andere einsetzen? Wie sieht ihre Tätigkeit aus? Wie gehen sie mit schwer kranken Patienten um? „Klinikum aktuell“ stellt in einer neuen Serie Menschen vor, die sich ehrenamtlich engagieren.

Als Christine Wolnik die Medizinische Klinik III in der Celler Straße verlässt, wird es bereits dunkel. Sie hat gerade in gut zwei Stunden ca. 15 fremde Menschen besucht. So wie es 12 000 grüne Damen in Deutschland tun, jeden Tag. Die Anliegen der ehrenamtlichen Helferinnen sind zuhören, aufheitern, kleine Besorgungen machen, einfach da sein.

Aus ihrer nunmehr achtjährigen Erfahrung weiß Christine Wolnik, wie sie mit Menschen ins Gespräch kommen kann. „Oft reicht es aus, nach einem Foto, das auf dem Nachttisch steht, zu fragen,“ erzählt sie, „und schon fangen die Menschen an zu erzählen.“

Dabei ist es nicht der Ansatz der grünen Damen, Seelsorge oder psychologische Beratung anzubieten, sondern sie verstehen sich gerade als „Laienhelfer“, die vor allem für die Patienten da sind, die keinen Besuch bekommen. Trotzdem erzählen viele Patienten den grünen Damen ihre Krankengeschichte und manche Gespräche werden unerwartet persönlich.

So wie heute während eines Besuchs bei einer knapp 50jährigen



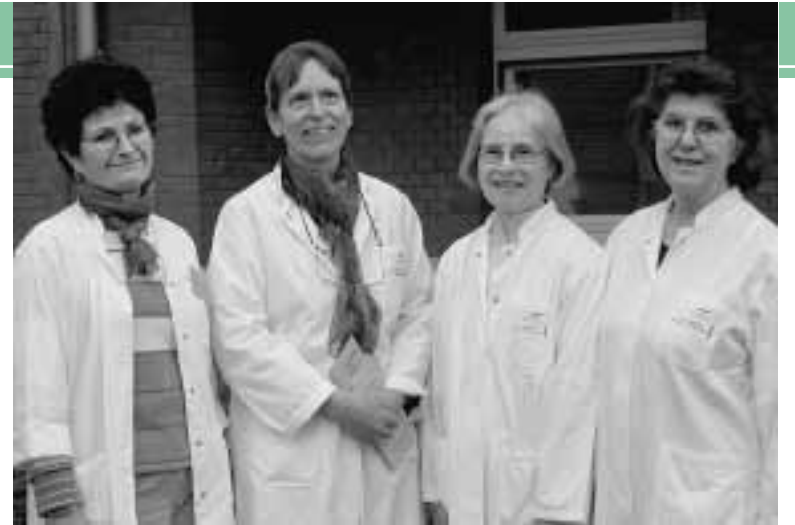
Die Leiterin der grünen Damen  
Christine Wolnik

Frau. Ihr Bett ist in dem kleinen Zimmer so gedreht, dass sie aus dem Fenster auf die bunten Bäume sehen kann. Die Gardinen sind zur Seite gezogen, auf dem Fensterbrett stehen mehrere Blumensträuße. „Was haben Sie für schöne Blumen. Vom wem haben sie die bekommen“ fragt Christine Wolnik. „Die beiden vorderen sind von meinem Mann, einer ist von meinem Sohn,“ antwortet die Patientin. Dann berichtet sie von ihren Kindern, von ihrer Wahlheimat Bodensee und wie sie jetzt nach Braunschweig kam. Und von ihrem Kampf gegen den Krebs. Manche Patienten sprechen lieber mit fremden Menschen über ihr Leid, als mit ihrer Familie, weiß Wolnik. Bevor

sie das Zimmer wieder verlässt, versorgt sie noch schnell die Blumen mit frischem Wasser.

Im Klinikum Braunschweig sind gut 50 grüne Damen im Einsatz. Die Idee wurde in den 70er Jahren aus den USA nach Deutschland importiert; die Damen aus dem amerikanischen „Volunteer Service“ trugen damals pinkfarbene Kostüme. In Deutschland wurden daraus „grüne Damen“, die aber heute meist in Weiß „mit grünem Farbtupfer“ gekleidet sind. Neben dem Besuchsdienst in der Celler und der Gliesmaroder Straße, organisieren die grünen Damen einen Lotsendienst in der Salzdahlumer Straße, der den Patienten bei der Orientierung im Krankenhaus hilft.

In der Celler Straße klopfen sie an jedem Wochentag zwischen 14.30-17.30 an die Zimmertüren in der Medizinischen Klinik und der Radiologie. In beiden Bereichen treffen sie auf krebserkrankte Patienten. „Man weiß nie, welcher Mensch oder welches Leid einen hinter der nächsten Tür erwartet“, fasst Christine Wolnik zusammen. „Aber trotzdem ist nicht alles traurig oder hoffnungslos. Denn die Medizin



Ein Teil der Freitagsgruppe der grünen Damen in der Celler Straße:  
Antje Pahnke, Angelika Wessel, Karin Bohnert und Christa Bergelt (v.l.)

macht Fortschritte. Es gibt Möglichkeiten, eine Krebserkrankung zu heilen oder zu lindern und die Patienten lassen sich nicht unterkriegen.“

So wie z.B. die vier Herren im nächsten Raum. Hier ist ein etwas forscherer Ton angesagt. „Tag die Herren! Wie geht's, wie steht's?“ „Ich werde morgen entlassen“, meldet sich einer. Na, da sei aber das letzte Wort noch nicht gesprochen, korrigiert ein anderer. „Und ich bin sowieso nur hier, um die Kollegen zu ärgern“, erklärt der Dritte und lacht.

Eine Tür weiter sitzt ein Patient bei der Chemotherapie, zu der er regelmäßig in die Klinik kommen muss. „Erst Chemo, die dauert 1 Stunde,“ erzählt er trotz seiner Erkrankung eigentlich ganz munter „dann drei Pullen Kochsalzlösung, das dauert jeweils zwei Stunden“. Mit anderen Worten,

er hat viel Zeit und freut sich über eine Abwechslung. Wenn ein Patient keinen Besuch haben möchte, kann er im Stationszimmer Bescheid sagen, dann klopfen die grünen Damen nicht an. Wolnik selbst bedauert, dass sie nicht mehr so viel Zeit für den Besuchsdienst an sich hat.

Als Leiterin der grünen Damen im Klinikum und im Herzogin Elisabeth führt sie fast schon so etwas wie ein „soziales Dienstleistungsunternehmen“ mit insgesamt 80 Mitarbeitern und hat deshalb viel mit administrativen Aufgaben zu tun.

Heute freut sie sich, dass sie an diesem Nachmittag viel Zeit in der Klinik verbringen konnte. „Wenn ich nach Hause komme, habe ich das Gefühl, etwas Sinnvolles getan zu haben“ sagt sie. Und so geht es vielen anderen grünen Damen sicherlich auch.

## Fahrt in die Kirchberg-Klinik

In diesem Jahr führte die Jahresveranstaltung für die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen des Klinikums 80 Damen und einen Herren am 8. November nach Bad Lauterberg zur Kirchberg-Klinik.

Die Kirchberg-Klinik kooperiert mit unserer HTG-Klinik Salzdahlumer Straße seit Jahren erfolgreich und ist zuständig für die

weitere Betreuung der Patienten nach Herzoperationen (postoperative Phase sowie Anschlussheilbehandlung). Nach der unterhaltsamen Begrüßung durch Herrn Steffens von der Geschäftsführung gab es Kaffee und Kuchen. Gruppenweise wurde die Klinik besichtigt. Zum Gesundheits- und Reha-Zentrum Gollée gehören neben der Kirchberg-Klinik eine ansprechende Kurein-

richtung mit Ayurveda-Kosmetikabteilung, die Kirchberg-Therme mit diversen Saunen und Thermoalteschwimmbecken sowie eines der modernsten Fitnesszentren in Europa, das „Balance“.

Froh über die gelungene Mischung aus Informationen und die Zeit zum Austausch kamen gegen 19.30 Uhr alle gut gelaunt in Braunschweig an.



### Brille weg – dank Lasik

In der Augenklinik am Standort 2 steht die neueste Technologie zur Korrektur der Fehlsichtigkeit zur Verfügung. Jeden ersten Montag im Monat finden Informationsveranstaltungen statt. Mitarbeiter des Klinikums bekommen einen Preisnachlass von 100 € je Auge.

Kontakt: 595 2308, [lasik@klinikum-braunschweig.de](mailto:lasik@klinikum-braunschweig.de)  
Internet: [http://www.klinikum-braunschweig.de/medizin\\_augenklinik/lasik.html](http://www.klinikum-braunschweig.de/medizin_augenklinik/lasik.html)

## Mitarbeiterportrait



**Name:** Kristine Paul  
**Familie/Kinder:** verheiratet  
**Haustiere:** keine  
**Sternzeichen:** Löwe  
**Beruf:** Diplom Psychologin  
**Geburtsort:** Bad Gandersheim  
**Helden/Vorbilder:** Mein Vater, meine Patienten u. Der kleine Prinz  
**Lieblingsbücher:** Krimis und die Harry Potter Bücher  
**Fernsehen:** Was sehen Sie gern? Die Sketche von Lorient und die Serie „Genial daneben“

**Hobbies:** Basteln/Buchbinden, Kochen, Lesen und Klavierspielen  
**Wo waren Sie zuletzt im Urlaub?** Zur Mitternachtssonne in Nordnorwegen  
**Wo würden Sie gerne einmal hinreisen?** Eine Kreuzfahrt von Patagonien an die Antarktis zu den Pinguinen im Packeis  
**Gibt es ein weltpolitisches Ereignis, das Sie selbst mitbekommen haben und das Sie so bewegt hat, dass Sie sich im-**

**mer wieder daran erinnern?** Ich habe die Maueröffnung sehr intensiv in Braunschweig miterlebt und war beeindruckt von der einmaligen Mischung aus Euphorie und Zweitakter Gestank in der Stadt. Ein Teil meiner Familie lebte in Magdeburg und in Berlin. Als Kind habe ich die Kontrollen am Grenzübergang Marienborn immer als sehr bedrohlich empfunden und große Angst gehabt. So dass meine eindrucklichste Er-

innerung die erste Fahrt nach Osten war auf der wir nicht kontrolliert wurden. Denn die alte Angst war beim Anblick der leeren Gebäude so fort wieder da, als ob es die Wiedervereinigung nicht gegeben hätte.

Kristine Paul arbeitet in der Med. Klinik am Standort 3 und bietet psychologische Betreuung für onkologische Patienten und deren Angehörige an.