

Aufsichtsratsvorsitzender geht in Ruhestand



Interview auf S. 8

Psychisch krank – was dann?

Ein Blick hinter die Kulissen der Tag- und Nachtambulanz

Können Sie auf S. 5 tun

Neues Arbeitszeitmodell

Medizinische Kliniken am Standort 2 sind Vorreiter für Arbeitsorganisation ohne Bereitschaftsdienst

Bericht auf S. 6

Sind Sie sicher?

Und wie sicher ist Ihre IT-Technologie? Erste ganzheitliche Betrachtung des IT-Sicherheitssystems des Klinikums beendet.

Ergebnisse auf S. 9

Krankenhaus-Zeitung

April 2005
Ausgabe Nr. 6

Neue Wege in der Patientenaufnahme

Die Aufnahmeambulanz für Notfallpatienten gilt als Visitenkarte eines Krankenhauses. Hier werden die ersten Weichen für die weitere Behandlung gestellt. Schnelle Diagnostik und eine zielgerichtete Weiterverlegung sind dabei entscheidend, ja sogar oft lebensrettend. Damit diese Aufgaben in Zukunft noch reibungsloser ablaufen, wurde die Patientenaufnahme am Standort 2 umstrukturiert. Das neue Konzept lief Anfang April an.

Seitdem ist die Aufnahmeambulanz in der Salzdahlumer Straße die erste Adresse für alle Notfallpatienten im Klinikum Braunschweig. Die Aufnahmezeiten, die bisher die Medizinische Klinik III in der Celler Straße wahrgenommen hat, werden ebenfalls von der Salzdahlumer Straße übernommen.

Ausnahme sind die unfallchirurgischen Notfälle, die weiterhin in der Unfallchirurgischen Klinik in der Holwedestraße behandelt werden. Auch die Aufnahmekon-

zepte nicht internistischer und allgemein-chirurgischer Kliniken außerhalb der Stadtaufnahme (z.B. Gynäkologie, HNO, Kinderheilkunde, etc.) bleiben von der Neuorganisation unberührt.

Die neue Aufnahme ist mit Ärzten aus den internistischen Kliniken und der Chirurgie interdisziplinär besetzt. Anders als früher versorgen sie ausschließlich Notfallpatienten. Das Klinikum hat damit eine eigenständige Aufnahme mit permanenter Arztpräsenz geschaffen, die perso-



Torben Kazda und Michael Loos vom Rettungsdienst der Feuerwehr demonstrieren einen Einsatz vor der Notfallaufnahme in der Salzdahlumer Straße.

nell und organisatorisch optimal für ihre Aufgaben gerüstet ist. Für die Patienten hat dies Vorteile: Wartezeiten werden vermie-

den, die Basisdiagnostik erfolgt rasch und sie gelangen schnellstmöglich in die entsprechende Klinik. Im Vorfeld der Neuorga-

nisation wurde die Station für 116 000 Euro umgebaut und erweitert.

Mehr dazu auf Seite 6

Stadtputztag 2005



Klinikum putzt mit und setzt eigene Akzente.

Rund 70 Klinikumsmitarbeiter haben sich an der Aktion „Stadtputz“ am 12. März beteiligt. Geputzt wurde an den Standorten des Klinikums, auf dem Foto z.B. in der Freisestraße. Außer Müll

wurden auch Ideen gesammelt, denn die Geschäftsleitung nahm diesen Tag zum Anlass, allen Mitarbeitern eine Ideenbörse zu den Themen: „Mitarbeiter-Verpflegung“, „Mit dem Fahrrad im Klinikum“ und „Gesundheitsförderung“ anzubieten. Die besten Vorschläge werden prämiert.

Wer surft wohin?

Seit über 2 Jahren ist das Klinikum Braunschweig unter www.klinikum-braunschweig.de im globalen Dorf vertreten. Und seit September 2004 ist auch der neu strukturierte Intranetauftritt online. Über die Zahl der virtuellen Gäste des Klinikums gibt die Nutzerstatistik Auskunft.

Die absolute Zahl der Zugriffe auf die Internetseite des Klinikums lag im Zeitraum März 2004 bis Januar 2005 bei rund 2,2 Millionen. Dabei kam der Großteil der Nutzer von externen Servern. Es ist also nicht so, dass die meisten Seiten intern durch Klinikumsmitarbei-

ter aufgerufen werden. Die Zahl der Zugriffe ist in den einzelnen Monaten unterschiedlich hoch, insgesamt wächst sie jedoch.

Welche Seiten sind nun die Internet-Spitzenreiter? Am gefragtesten sind die Stellenangebote, an zweiter Stelle liegen die Patientenhinweise. Der Internet-Aufsteiger des Jahres ist aber ganz klar die Augenklinik mit ihrem Lasikangebot. Sie hat die Frauenklinik mit den Informationen rund um die Geburt vom dritten Platz verdrängt. Immer noch unter den Top-Ten aber dort auf den „hinteren Rängen“ folgen die Notfallhinweise, die Kliniken, von denen jede ungefähr gleich häu-

fig nachgefragt wird und Informationen aus der Pressestelle.

Das neue Intranet wurde von Sep. 04 – Jan. 05 1,8 Millionen mal angeklickt. Auch hier steigt die Zahl der täglichen Besucher. Sie haben sicher schon erraten, welche Seite hier die Goldmedaille erringt. Richtig! Es sind die Speisepläne. Im Intranet sind die Unterschiede größer, deswegen macht eine Rangliste keinen Sinn. Vorne mit dabei waren jedoch immer die DRG-Seiten, Arbeitszeitmodelle, Mitarbeiterinformationen, Stellenangebote, Klinikum aktuell, die Apotheke und das Projekt-handbuch.

Lesen Sie in dieser Ausgabe

Aus der Geschäftsleitung

S. 2-3
Klinikumskurs 2005, DRG Strategie, Entwicklung der Bettenkapazität, Ambulante OPs, Organigramm ÄD

Projekte S. 4

Umfrage zu Wahlleistungen, Neues Mitglied im MEAK, Zertifizierung der Pathologie

Aktuelles aus Medizin, Therapie & Pflege S. 5-7

Neues Arbeitszeitmodell, Notfallaufnahme am Standort 2, Stoffwechselzentrum in der Kinderklinik, Zentrale OP-Koordination, die Tag- und Nachtambulanz in der Celler Straße, EDV-Wechsel vollzogen, der Krankentransport am Standort 2

Schwerpunktthema S. 8

Interview mit Dr. Gröttrup

Serie: Sicherheit im Klinikum S. 9

Sicherheitsanalyse im IT-Bereich

Der Betriebsrat informiert S. 10

Betriebsvereinbarung – Fernbetreuung, Arbeitszeitmodell Innere Medizin, neuer BAT



Service/Menschen S. 11

Weiterbildung, Dienstjubiläen, Termine, Sportlicher Einsatz von Klinikumsmitarbeitern

Panorama S. 12

Serie: Ehrenamt im Klinikum: Patientenbücherei, Spenden für Ekzema Memeti (Foto) Mitarbeiterkurzportrait: Marlis Immenroth

Klinikumskurs 2005

Die Leitungskonferenz, die am 12. Januar im Institut für Weiterbildung stattfand, gehört nun im dritten Jahr ihres Bestehens schon fast zur Tradition am Jahresbeginn. Alle leitenden Mitarbeiter sind eingeladen, sich über die Klinikumsbilanz des vergangenen und die Ziele des neuen Jahres zu informieren und zu diskutieren.

Der Blick nach vorn begann mit der Analyse des vergangenen Jahres. Die wichtigen Themen 2004 in Stichworten: Fortsetzung der Planungen zum Zwei-Standorte-Konzept, Fortsetzung der Baumaßnahmen in der Neurologie und in der Celler Straße, Laborzentralisierung, Datenschutz und Security Audit, Gründung von zwei Tochtergesellschaften. Die Leistungsentwicklung des Klinikums 2004 ist positiv („Klinikum aktuell“ berichtete in der letzten Ausgabe).

Doch die Situation ist nach wie vor durch knappe öffentliche Kassen und geringe Budgetsteigerungen gekennzeichnet, woran sich in absehbarer Zeit auch nichts ändern wird. Eine Studie zum Gesundheitsmarkt, die die Wirtschaftsprüfer Ernst & Young kürzlich veröffentlichten, geht sogar davon aus, dass sich der Markt völlig umstrukturieren wird. Sie rechnen damit, dass bis zum Jahr 2020 jedes vierte Krankenhaus schließen wird und von den 813 öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser nur noch 225 übrig bleiben. Gewinner seien die unternehmerisch geführten Kliniken in privater Trägerschaft. Auch in der Region Braunschweig hat z. B. die privat geführte Rhön-Klinikum AG im letzten Jahr Kliniken gekauft (z. B. in Gifhorn, Wittingen und Salzgitter).

Von 2005 bis 2009 findet die Konvergenzphase statt, während der die bisher noch krankhausindividuellen Preise stufenweise an einen landeseinheitlichen Preis angeglichen werden. Damit das Klinikum nach Möglichkeit sogar gestärkt daraus hervorgeht, wurden in Arbeitsgruppen Strategien für die Konvergenzphase entwickelt. Den Berichten dieser Arbeitsgruppen war ein großer Teil der Leitungskonferenz gewidmet, danach ging die Diskussion darüber an den Stellwänden weiter.

Folgende Arbeitsgruppen haben Ergebnisse und Strategien vorgestellt:

- Kapazitätenoptimierung; Betten bedarfsorientiert und interdisziplinär vorhalten
- Neue Führungsstrukturen und Zentrenbildung
- Ausweitung und Verbesserung der Zielvereinbarungen zwischen Geschäftsführung und Klinikleitungen
- Marketing/Zusatzleistungen
- Schwerpunkte der strategischen Medizin-Entwicklung
- Ausbau und interdisziplinäre Nutzung von zentralisierten Funktionsbereichen
- Einsparungen im medizinischen Sachbedarf

„Klinikum aktuell“ stellt in den nächsten Ausgaben die Ergebnisse vor. Wir beginnen mit „Bettenoptimierung“ (siehe nebenstehender Bericht) und „Interdisziplinäre Nutzung von zentralisierten Funktionsbereichen“ (siehe S. 7).

Eckpunkte der Planung 2005/2006

Die Investitionsprioritäten sind neben dem Zwei-Standorte-Konzept:

- Fortsetzung der Baumaßnahmen in der Neurologie: Beendigung des ersten und Fortsetzung des zweiten Bauabschnitts
- Fertigstellung der Sanierung in der Celler Straße
- Fertigstellung der Aufnahmestation in der Salzdhallumer Straße (Bericht auf S.6)
- GMP-Herstellungszentrum
- Zentrallabor/HASTRA Gebäude
- Umbau und Sanierung der Intensivstation am Standort 2
- Sanierung Zentralapotheke
- Sanierung der Schmutz- und Regenwasserkanalisation
- Brandschutzmaßnahmen

Die aktuelle Zahl der Vollstellen wird 2005 leicht gesenkt werden. Ziel ist es, die Zahl der stationären Patienten auf dem Niveau von 2004 zu halten, das Gleiche gilt für die Erlöse allgemein. Im Bereich „Zusatzleistungen“ soll bis 2006 mehr erwirtschaftet werden. Die Ausgaben für den medizinischen Sachbedarf sollen spürbar gesenkt werden, um das Personal grundsätzlich zu halten.

Förderantrag abgegeben



Die Zielplanung des Klinikums umfasst 25 Ordner. Ulrich Heller, Helmut Schüttig, Prof. Dr. Horst Peter Kierdorf, Dr. Bernd Gröttrup und Karsten Standke während des Pressegesprächs (v.l.).

Ende Februar hat das Klinikum Fördermittel für den ersten Bauabschnitt des Zwei-Standorte-Konzeptes beim Niedersächsischen Sozialministerium beantragt.

Die Kosten für den ersten Bauabschnitt betragen genau 59,967 Mio. Euro. Darin sind 7,3 Mio. Euro enthalten, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz nicht förderungsfähig sind, wie z. B. der Reha-Anteil der Geriatrie, die ambulante Hämatologie/Onkologie und Strahlentherapie sowie Einrichtungen für tagesstationäre

Operationen. Diese Summe muss das Klinikum selbst übernehmen. Darüber hinaus stellt das Klinikum weitere Eigenmittel aus Rücklagen zur Verfügung.

Voraussichtlich im Juni entscheidet der Krankenhaus-Planungsausschuss des Landes über den Antrag und den Umfang der Förderung. Wenn die Genehmigung erfolgt, womit die Geschäftsführung rechnet, könnten die Baumaßnahmen schon Anfang 2006 beginnen und der erste Bauabschnitt 2010 fertiggestellt sein. Noch im ersten Bauabschnitt

wird die Medizinische Klinik IV umziehen und damit die Anzahl der Standorte des Klinikums von vier auf drei reduziert. Verbunden mit den Baumaßnahmen ist eine weitere Bettenreduzierung zum 1. Juli 2005, die das Klinikum gleichzeitig mit dem Förderantrag an das Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit gemeldet hat.

Die Modernisierung und Konzentration des Klinikums ist nach ECE das größte Investitionsprojekt der kommenden Jahre in Braunschweig.

Entwicklung der Bettenkapazität

Früher war die Anzahl der Betten eine der wichtigsten Kennziffern einer Klinik, an der kaum gerüttelt wurde. Deswegen kam es vor, dass die Bettenzahl nicht an den tatsächlichen Bedarf angepasst war. So war es keine Seltenheit, dass, zugespitzt formuliert, eine Station halb leer war, während man auf einer anderen kaum wusste, wo die vielen Patienten untergebracht werden sollen.

Heute ist es weniger die Zahl der Betten als die Zahl der Patienten und die Schwere ihrer Erkrankung, auf die es ankommt. Dies macht den Blick frei für eine Bettenanpassung, und zwar nicht nur in Braunschweig, sondern bundesweit. Die Zukunft liegt im flexiblen Management von Stationsstrukturen, wo Betten nach Bedarf und nicht nach Plan belegt werden. Verbunden mit der Umsetzung des Zwei-Standorte-Konzeptes, das die Voraussetzungen für eine solche „Klinik der kurzen Wege“ schafft, wird das Klinikum seine Bettenzahl reduzieren.

Ab Juli 2005 wird die Planbettenzahl auf 1462 Planbetten + 20 teilstationäre Plätze gesenkt; die Zahl der aufgestellten Betten kann davon je nach Bedarf abweichen. Eine detaillierte Aufstellung, welche Klinik wie viele Betten abgibt, folgt in der nächsten Ausgabe von „Klinikum aktuell“.

Ausgewählt wurden die Stationen, die jetzt Betten abgeben, 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 Gespräche mit den jeweiligen Chefärzten und Pflegedienstleitungen, um das konkrete Vorgehen festzulegen. Doch es wird nicht nur abgebaut, sondern eben auch angepasst. Kliniken wie z. B. die Herz-, Thorax und Gefäßchirurgie, die nach wie vor einen sehr hohen Bedarf haben, bekommen Betten dazu. Außerdem werden Betten für ambulante Operationen umgewidmet (siehe Text auf S. 3). Weil die Verweildauer sich weiter verkürzen wird und die Zahl der ambulanten Operationen weiter zunimmt, wird die Bettenreduzierung fortgesetzt: Nach Abschluss des zweiten Bauabschnitts wird die Bettenzahl nach heutiger Planung auf 1300 sinken.

Tochtergesellschaften

Das Klinikum hat zwei Tochtergesellschaften gegründet. Die Gesellschaften firmieren als Klinikum Braunschweig Textilservice GmbH und Klinikum Braunschweig Klinikdienste GmbH.

Die Verträge zur Übernahme der Anteilsmehrheit hat das Klinikum im Dezember vergangenen Jahres geschlossen. Die Eintragung ins Handelsregister steht jedoch noch aus. Diese ist aber für Wirksamkeit des Übernahmevertrages nicht konstitutiv, da beide Gesellschaften in ihrer Rechtsform be-

reits bestanden haben. Beide Gesellschaften haben ihren Sitz in der Freisestraße 9-10. Hauptbetriebsstätte der Textilservice GmbH bleibt aber Minden. Helmut Schüttig tritt in beiden Gesellschaften als Geschäftsführer zur bereits bestehenden Geschäftsführung hinzu.

DRG-Strategie 2005

Im Fallpauschalensystem wird jeder Behandlungsfall gemäß seiner ökonomischen Schwere gewichtet. Dieser Wert wird mit einem Basispreis multipliziert; das Ergebnis ist die Summe in Euro, die das Klinikum für seine Leistung bekommt. In 2003 und 2004 wurde der Basispreis krankenhausespezifisch festgelegt, ab 2005 bis zum Jahr 2009 wird dieser Betrag landesweit schrittweise angepaßt (Konvergenzphase) und wird am Ende der Konvergenz für alle Krankenhäuser in Niedersachsen einheitlich sein.

Rückblick 2004

Der sog. Casemix-Index ist eine wichtige Kennzahl im DRG-System (= Diagnosis related groups). Seine Höhe ist abhängig von der Fallzahl und der Zusammensetzung des Patientenkollektivs. Er wird rechnerisch ermittelt aus der Summe der Relativgewichte dividiert durch die Fallzahl. Im Klinikum wurden im Jahr 2004 ca. 53 000 Patienten vollstationär behandelt. Der Casemix-Index lag bei knapp 1,2 und zeigt damit, dass im Klinikum überdurchschnittlich schwere Behandlungsfälle versorgt wurden. Zu den aufwändigsten Behandlungen gehört die Langzeitbeatmung bei Intensivpatienten, eine der günstigsten Behandlungen ist die normale Geburt eines gesunden Kindes.

Das DRG-System 2005

Während der Konvergenzphase wird das DRG-System weiterentwickelt, der Katalog der Fallpauschalen wird jährlich neu definiert und kalkuliert, die Diagnose- und Prozeduren-Kataloge werden angepaßt.

Grundätzliche Systemänderungen in 2005 sind: Es gibt jetzt 878 DRGs, davon sind 33 individuell zu vereinbaren. Außerdem gibt es 71 Zusatzentgelte, dazu zählen z. B. Implantate, Medikamente und Blutprodukte, davon haben 35 bundeseinheitliche Festpreise und 36 sind zwischen Krankenhaus und Krankenkasse individuell zu vereinbaren.

Das Casemix-Niveau soll gehalten oder gesteigert werden. Dafür müssen gleich viele Patienten bei gleichem Anteil schwerkranker Patienten wie im letztem Jahr behandelt werden. Gleichzeitig muss die Kodierung weiter verbessert werden, denn was nicht dokumentiert und kodiert ist, kann auch nicht vergütet werden. Ziel der Gesundheitsreform und Anreiz im DRG-System ist die Reduktion der stationären

Strategie 2005

Bedten durch Verkürzung der Verweildauer. Die Tendenz der vergangenen Jahre soll fortgesetzt werden. Dabei muss durch optimale Planung und Organisation bei der Behandlung für jeden Patienten die notwendige individuelle Verweildauer sichergestellt werden: so lang wie nötig und so kurz wie möglich. Gleichzeitig müssen mehr Leistungen ambulant erbracht werden, z.B. können Operationen immer dann auch ambulant durchgeführt werden, wenn dies ohne Risiko für den Patienten möglich ist.

Aufgrund der jährlichen Systemanpassungen ist eine langfristige Strategie schwierig. Gemeinsames Ziel ist es, auch unter verschlechterten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, allen Patienten eine qualitativ hochwertige medizinische Behandlung zu garantieren.

Dr. Doris Lowes

Aktuelle Informationen im Intranet unter: <http://snake.skbs.de/themen.shtml>

Ambulantes Operieren

Dr. Thomas Bartkiewicz

Der Gesetzgeber hat mit der gesetzlichen Einführung des ambulanten Operierens nach § 115 b des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) verstärkt auf die Verlagerung von operativen Eingriffen in den Ambulanzbereich gesetzt. Mittlerweile gibt es einen verbindlichen Katalog, der die ambulanten Indikationen abbildet.

Das Städtische Klinikum hat im Jahr 2004 1043 dieser ambulanten Operationseingriffe durchgeführt, das entspricht insgesamt ungefähr 5 % aller am Klinikum durchgeführten Operationen. Die Klinik mit den meisten Eingriffen ist die Abteilung für Plastische- und Handchirurgie, gefolgt von der Unfallchirurgie, der Augenklinik, der Kinderchirurgie und der HNO-Klinik. Diese Abteilungen machen 90 % der ambulanten Operationen aus.

Das ambulante Operieren findet durch diesen hohen Stellenwert Berücksichtigung im Zwei-Standorte-Konzept. Im ersten Bauabschnitt werden an beiden Standorten ambulante Operationszentren eröffnet, die in ihrer räumlichen Anordnung von Aufwachbetten an die Operationseinheiten und ansprechende Aufnahmebereiche, den modernen Anforderungen an solche Zentren entsprechen. Die Abläufe für Mitarbeiter und Patienten werden somit optimiert und ansprechender gestaltet. Die Salzdhahmer Str. wird hierfür zusätzlich vier ambulante Operationssäle vorsehen. In der Celler Str. ist die Aufwachstation und der Empfangsbereich für Patienten dem neuen Operationstrakt angegliedert.

Da die Umsetzung jedoch noch eine Weile auf sich warten lässt, ist es entscheidend, das ambulante Operieren auch jetzt schon durch optimalst mögliche Abläufe zu organisieren. Hierfür wurden allein für das Jahr 2005 weitere Betten als ambulante Operationsbetten in den Fachabteilungen ausgewiesen.

	Betten für ambulante Operationen
Standort 1	9
Unfallchirurgie inkl. Plast./Handchirurgie	6
HNO	3
Standort 2	15
Kinderchirurgie	8
Allgemeine Chirurgie	3
Med. Klinik I	4
Standort 3	3
Frauenklinik	3

Für den Standort 1 wurde für das ambulante Operieren der Ablaufprozess überarbeitet. Dieser macht es möglich, die Vorbereitung des Patienten zwischen Aufnahme, Operateur und Anästhesist zeitnah zu organisieren. Neben der Organisation der Abläufe ist es notwendig, auch strukturelle Gegebenheiten vor Ort zu verändern, z. B. Verbands- und Aufnahmezimmer zu schaffen und Aufnahmebereiche neu zu strukturieren. Dies wird im Einzelnen ebenso umgesetzt.

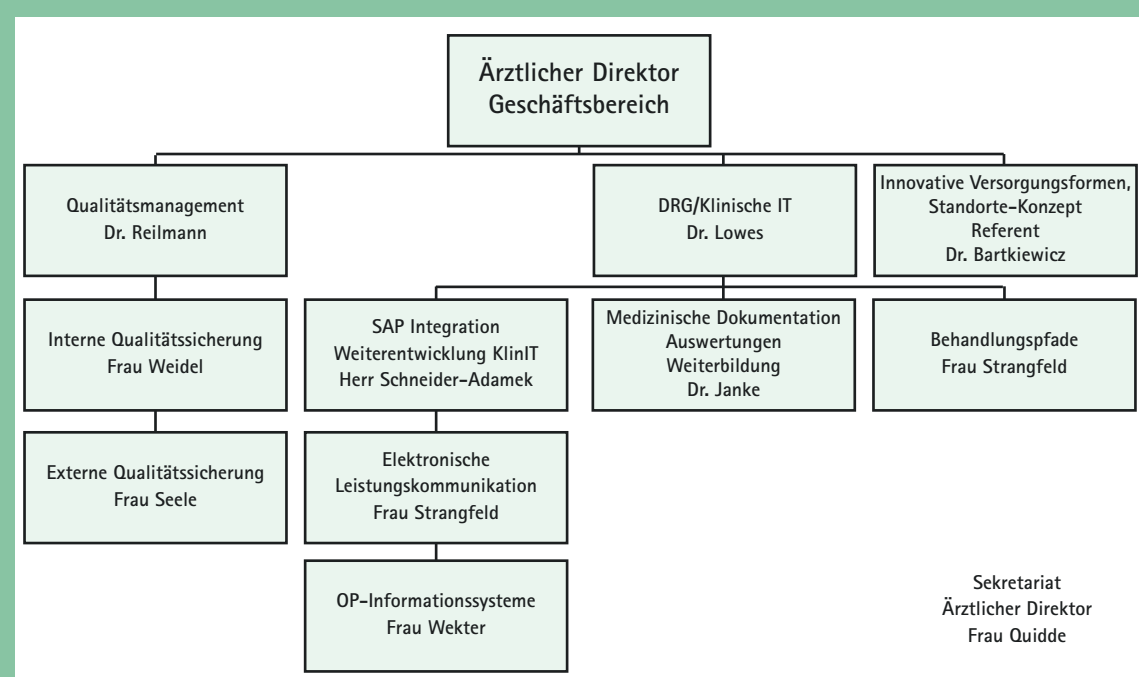


In der Augenheilkunde werden bereits seit vielen Jahren ambulante Operationen durchgeführt. Ein typischer Eingriff ist die Kataraktoperation. Auf dem Bild wird eine Voruntersuchung demonstriert.

Foto: Krämer

Weitere Informationen zum Thema finden Sie im Intranet auf den Seiten des Ärztlichen Direktoriums. Für Rückfragen steht Ihnen Dr. Thomas Bartkiewicz unter – 1615 zur Verfügung.

Neuheiten im Ärztlichen Direktorat



Im Ärztlichen Direktorat sind wichtige Aufgaben wie DRG, Qualitätsmanagement und medizinische Dokumentation angesiedelt.

Mit der Neuorganisation wurden die Zuständigkeiten der elf Mitarbeiter neu geordnet und

klar festgelegt sowie Vertreterregelungen vereinbart. Auch die Teilnahme an Arbeitsgruppen und Kommissionen wurde gebündelt und damit effizienter gestaltet.

Wer mehr wissen möchte, kann sich auf den – ebenfalls neuen – Intranet Seiten des Ärztlichen Di-

rektorats informieren. Die übergeordneten Themen wie DRG und Arbeitszeitmodell sind weiterhin an ihrem „alten“ Platz, d.h. in der Rubrik „Themen“ zu finden.

http://snake.skbs.de/aed/sp_auto_1096.shtml

Zertifizierung der Pathologie

Qualität ist gefragt – Zertifizierung soll diese sicherstellen. Vor Jahren ein Thema in der Industrie, jetzt auch im Klinikum Braunschweig.



Die externe Gutachterin Dr. Heike Kahla-Witzsch, Dr. Matthias Sperling vom Institut für Pathologie und Dr. Lotte Reilmann vom Qualitätsmanagement freuen sich über die erfolgreiche Zertifizierung.

Was bedeutet Zertifizierung (latein: certe facere = sichermachen)? Was soll sichergestellt werden? Handlungsabläufe und Vorgänge. Das Handeln wird also geordnet oder auch gemanagt (latein: manu agere = an der Hand führen). Eine Zertifizierung ist also die Sicherstellung einer bestimmten Qualität von Handlungsabläufen, man spricht hier auch vom Qualitätsmanagement. Diese Sicherstellung erfolgt nach bestimmten Normen (DIN ISO 9001 z. B.), die aus der Industrie übernommen wurden. Es geht hier also um die Frage des WAS?, WANN?, WIE? der Handlungsabläufe und weniger um die Frage, warum etwas gemacht wird (Handlungsinhalte).

Nach der Apotheke, dem Institut für Arbeitsmedizin, der Abteilung für Haus- und Betriebstechnik und dem Labor des Standortes 1 wurde nun im Institut für Pathologie das Qualitätsmanagement durch eine externe Firma zertifiziert.

Im Laufe der letzten zwei Jahre untersuchten die Mitarbeiter des Institutes alle Arbeitsschritte in den Bereichen Histologie, Cytologie, Obduktion und Molekularpathologie, insbesondere unter der Frage, wer macht was, wann und wie. Z. B. wer hat diese Gewebeprobe ausgepackt, identifiziert, nummeriert, geschnitten, gefärbt, mikroskopiert und archiviert. Alle Arbeitsschritte müssen rückverfolgbar und für jeden durchsichtig sein. Fragen wie „Wer lenkt die Arbeitsschritte“, „wer bildet sich fort“, „wie werden Fehler erfaßt und abgestellt“ und viele andere müssen zu beantworten sein. Die entsprechenden Maßnahmen müssen dokumentiert und alle Ablaufprozesse (z. B. Färbeprotokolle) in einem Handbuch zugänglich und aktualisiert sein. Als wesentlicher Maßstab gilt die Fehlerhäufigkeit und die Kundenzufriedenheit (einsendende Ärzte), die durch Fragebögen analysiert werden.

Die Kosten für die Zertifizierung konnten durch einen hohen persönlichen Einsatz der Mitarbeiter des Institutes im niedrigen vierstelligen Bereich gehalten werden, während bei kompletter Fremdvergabe ein hoher fünfstelliger Betrag üblich ist. Kostenpflichtig ist eine Prüfung der Unterlagen und der Mitarbeiter durch Gespräche und tagesablaufbegleitende Kontrollen vor Ort durch eine externe qualifizierte Begutachtungsfirma. Diese erfolgte am 18. und 19. November 2004 durch Frau Dr. Kahla-Witzsch, Universitätsklinik Frankfurt, im Auftrag der Firma DQS

Am 11.02.2005 wurde dem Institut für Pathologie das Zertifikat überreicht. Jährliche externe Begutachtungen sollen sicherstellen, dass die tägliche Arbeit die Anforderungen des Qualitätsmanagementsystems auch weiterhin beachtet.

Die Zertifizierung des Institutes für Pathologie ist auch eine wesentliche Voraussetzung für die angestrebte Zertifizierung des Brustzentrums am Standort Celler Straße.

Prof. Dr. Konrad Donhuijsen

Mehr dazu im Intranet:

http://snake.skbs.de/pathologie/sp_auto_211.shtml

Wahlleistungen im Klinikum

Studien über Patientenzufriedenheit und Einflussfaktoren bei der Wahl eines Krankenhauses zeigen, dass die sogenannten nicht-medizinischen „Serviceleistungen“ einen zunehmend hohen Einfluss auf die Krankenhauswahl und Bewertung eines stationären Aufenthaltes haben.

Diese werden in der Regel als „Wahlleistung Unterkunft“ neben der eigentlichen Heilbehandlung (sog. allgemeine Krankenhausleistungen) gesondert in Rechnung gestellt. Des Weiteren bieten die Einnahmen aus Wahlleistungen Steigerungspotenziale, die organisationsstarke Krankenhäuser gezielt ausschöpfen sollten und müssen.

Mit Wirkung zum 1. August 2002 haben sich der Verband der privaten Krankenversicherungen und die DKG auf eine gemeinsame Empfehlung zur „Wahlleistung Unterkunft“ verständigt. Im Ergebnis führte diese Änderung der bisherigen Abrechnung für viele Krankenhäuser zu hohen Erlöseinbußen. Laut der gemeinsamen Empfehlung setzt sich das Entgelt für die „Wahlleistung Unterkunft“ aus den beiden Komponenten Basispreis und dem Zuschlag für die Komfortelemente (Ausstattungsmerkmale, Serviceleistungen) zusammen.

Um einerseits die Zufriedenheit unserer Patienten mit dem derzeitigen Wahlleistungsangebot zu messen, andererseits aber auch Ideen zur Optimierung des Angebotspektrums zu sammeln, führte die Abteilung für Unternehmensentwicklung unter Federführung von Bianca Müller eine Befragung der Patienten durch.

Durchführung der Befragung

Befragt wurden alle Patienten, die die „Wahlleistung Unterkunft“

in Anspruch genommen hatten und sich innerhalb eines festgelegten Befragungszeitraums von drei Wochen stationär im Klinikum aufhielten. Ausgenommen wurden lediglich Kinder und Jugendliche, Intensivpatienten, Kurzlieger sowie geistig verwirrte Patienten etc.

Entsprechend dem Ziel der Untersuchung enthielt der Fragebogen keine Fragen zur pflegerischen und medizinischen Betreuung, sondern ausschließlich zur Qualität der Information durch das Krankenhaus, zu Sauberkeit/Ausstattung, Serviceleistungen, Essen / Zusatzverpflegung und persönliche Daten.

Erste Ergebnisse

Rücklaufquote: Von den 300 verteilten Fragebögen haben tatsächlich 194 Patienten ihren Fragebogen abgegeben. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 64,7% und ist als sehr hoch anzusehen.

Womit waren die Patienten besonders zufrieden?

Positiv wurde von den Patienten die Sauberkeit der Zimmer, die erbrachten Serviceleistungen sowie die Qualität des Essens in Bezug auf Angebotsvielfalt, Menge, Geschmack und das Procedere der Bestellung beurteilt.

Was war den Patienten besonders wichtig?

Am Wichtigsten war den Patienten ein Zimmer mit eigener Du-

sche und WC, eine hohe Qualität des Essens und das Vorhandensein von Komfortbetten (elektrisch verstellbare Krankenbetten). Soweit noch nicht flächendeckend erfüllt, können wir hier den Patienten in jedem Fall langfristig eine Lösung anbieten. Als eine sogenannte „Kernstärke“ des Klinikums hat sich das Essen herausgestellt, d.h. ein Merkmal mit hoher Wichtigkeit bei hoher Zufriedenheit. Die Verbesserungsvorschläge der Patienten bezogen sich hauptsächlich auf die Ausstattung der Zimmer allgemein sowie in Bezug auf die technischen Möglichkeiten.

Natürlich gab es auch Kritik, die selbstverständlich ernst genommen wird. Wir bitten um Verständnis, dass hier nur erste Ergebnisse und Tendenzen aufgezeigt werden können, da wir uns mitten in der Auswertungsphase befinden.

Ausblick

Der ständige Druck der PKV auf die Erlöse aus der „Wahlleistung Unterkunft“ wird sich weiter erhöhen. Der Dienstleistungsgedanke wird damit wichtiger denn je. Guter Service muss als gelebte Patientenorientierung verstanden werden, entsprechend dem Leitbild des Klinikums: Patienten sollen im Mittelpunkt stehen. Der Erfolg der durchgeführten Befragung bestätigt uns, diese Umfrage in regelmäßigen Abständen zu wiederholen.

Jens Backsmeier, Bianca Müller
Unternehmensentwicklung

Medizin und Ethik

Arbeitskreis Medizinethik verabschiedet Gründungsmitglied Prof. Dr. Klaus Gahl. Seine Position im Vorstand des Gremiums übernimmt der Chefarzt der Medizinischen Klinik IV Dr. Hubertus Meyer zu Schwabedissen. Außer ihm sind Tobias Capelle und Ulrike Krupp im Vorstand tätig.

Der Arbeitskreis, der seit 2003 besteht, ist mit jeweils vier Mitgliedern aus Pflege, Ärzteschaft, Seelsorge und einer Richterin besetzt. Sie bieten Hilfe und Beratung in medizin-ethischen Konfliktfällen an, organisieren Weiterbildungen zu ethischen



Die Mitglieder des Arbeitskreises Medizinethik. Es fehlen Ulrike Krupp und Astrid Berger-Kapp.

Fragestellungen und erarbeiten Empfehlungen. Im ersten Jahr seines Bestehens hat der Arbeitskreis sechs gut besuchte Fortbildungen veranstaltet. „Therapieverzicht und -abbruch“, „Künstliche Ernährung über PEG-Sonde“ oder „Konfliktfall Patien-

tenverfügung“ lauteten u.a. die Titel. Die nächste Veranstaltung „Rechtfertigt der Notfall alle Mittel?“ findet am 25. April von 14:45 – 16:15 Uhr im Institut für Weiterbildung statt.

Kontakt:

Tobias Capelle Tel. 1290

Psychisch krank – was dann?

10 – 12% der Braunschweiger Bevölkerung sind nach Angaben des sozialpsychiatrischen Dienstes mit psychischen Problemen in Behandlung. Das sind ca. 26 400 Menschen, gleich verteilt auf Männer und Frauen. Dieser großen Zahl zum Trotz sind psychisch kranke Menschen oft ausgegrenzt und stehen am Rande der Gesellschaft. Vom Psychiatrieaufenthalt bis zur Wiedereingliederung in das „normale“ Leben ist es ein weiter Weg. Eine Station auf diesem Weg ist für rund 180 Patienten pro Jahr die Tag- und Nachtambulanz in der Celler Straße.

Der Tag in der Klinik beginnt mit Frühsport. Jeder macht mit, so gut er kann. Die Gruppe ist bunt gemischt, Männer und Frauen in unterschiedlichem Alter. Manche haben Gleichgewichtsprobleme und wirken in ihren Bewegungen unsicher. „Das kann an Medikamenten liegen, aber auch daran, dass psychisch kranke Menschen eine andere Körperwahrnehmung haben“, erklärt Ergotherapeut Guiseppa Scervino, der die Gruppe anleitet. „Sport hilft, ihr Körpergefühl zu verbessern.“

Im gleichen Raum, eine Stunde später: Die Psychologin Regina Bukarz hat in einer Ecke einen Stuhlkreis für das „Training sozialer Kompetenzen“ aufgestellt. In Rollenspielen werden alltägliche Situationen geübt, z.B. einen Passanten nach dem Weg zu fragen. In weiteren Sitzungen werden schwierigere Situationen, wie Gespräche mit den Eltern nachgespielt. Da kann es schon vorkommen, dass ein Teilnehmer die Gruppe verlässt, weil der Druck zu groß für ihn wird. „Ich habe bei allen ihre Geschichte im Hinterkopf“, sagt Bukarz, „bei manchen ist es ein Erfolg, wenn sie überhaupt etwas sagen, an andere kann ich höhere Anforderungen stellen.“

Welche Patienten werden aufgenommen?

In der Tag- und Nachtambulanz sind Menschen mit unterschiedlichsten psychiatrischen Diagnosen wie Depressionen, Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen. Ihnen allen gemeinsam ist, dass der akute Schub bereits abgeklungen ist. Im geschützten Rahmen der Klinik entwickeln Ärzte, Ergotherapeuten, Psychologen Sozialarbeiter und Pflegeperso-

nal gemeinsam mit dem Patienten ein individuelles Behandlungskonzept. Dieses besteht zu Anfang aus eher stützenden medizinisch-psychiatrischen Therapieangeboten und entwickelt sich weiter zu aktivierenden Maßnahmen. Je nach Befinden können die Patienten gleitend von der vollstationären über die teilstationäre bis hin zur ambulanten Nachbetreuung wechseln. Manche gehen tagsüber stundenweise einer Arbeit außerhalb der Klinik nach. Wieder andere schlafen zu Hause und nehmen gezielt ein spezielles Therapieangebot wahr.

Die Schaltzentrale für vieles ist das Stationszimmer im ersten Stock. Hier ist rund um die Uhr ein Mitarbeiter aus der Pflege zu erreichen, hier rufen Patienten, auch ehemalige, selbst nachts an, wenn sie in eine Krise geraten. Hier wird der Alltag organisiert. „Wecken, Medikamente herrichten, nachsehen, ob alle Patienten ihre Gruppen besuchen, und abends fragen wie der Tag war – ein bisschen Familienersatz gehört auch dazu“, sagt Stationsleiterin Brigitte Wäschinski, die seit 30 Jahren in psychiatrischen Kliniken arbeitet und sich nichts anderes mehr vorstellen kann. Klar ist jedoch auch: Der Dienst in der Klinik ist kein Spa-



Reaktions- und Teamübung in der Bewegungsgruppe



Die Mitarbeiter der Tag- und Nachtambulanz im Café Alexius

ziergang. Manchmal geht es wirklich um Leben und Tod, z.B. wenn Patienten versuchen, sich selbst zu verletzen. Doch durch das gute Team und die enge Zusammenarbeit sind auch belastende Situationen auszuhalten.

Alles ist wichtig

„Bei uns ist alles gleich wichtig“, betont die Ärztin Siegrid Vollbrecht, die seit 25 Jahren in der Psychiatrie tätig ist. „Wir können noch so viele therapeutische Einzelgespräche führen, aber wenn ein Patient z.B. hohe Schulden hat, muss dieses Problem parallel bearbeitet werden, sonst nützt das alles nichts.“ Die Schuldenproblematik und andere Aufgaben wie die Eingliederung am Arbeitsplatz, Hilfe bei der Suche nach einem Praktikum und die Sicherung der ambulanten Nachsorge übernehmen die Sozialarbeiterinnen Gisela Sinning und Heike Peters.

Die Tag- und Nachtambulanz

- betreut ca. 180 Patienten im Jahr
- hat 20 teilstationäre Betten
- arbeitet nach einem sozialpsychiatrisch-rehabilitativen Konzept
- nimmt Menschen mit unterschiedlichsten psychiatrischen Diagnosen auf, z.B. Depressionen, Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen.
- nimmt keine Patienten mit vorwiegender Suchtproblematik oder schweren körperlichen, hirnorganischen Behinderungen auf
- arbeitet eng mit anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen in Braunschweig zusammen wie z.B. der Weg, Ambet...
- betreut Patienten von 16-70 Jahren
- nimmt einen Großteil der Patienten nach Abschluss der Akutbehandlung aus der Psychiatrie in der Salzdahlumer Straße auf
- besteht seit 1975, damals allerdings noch in der Gliesmaroder Straße, seit 2002 in neuen Räumlichkeiten in der Celler Straße 86

Zwischen zwei Wochen und vier Monaten verbringen die Patienten in der Klinik. Für die Zeit nach der Entlassung knüpfen die Mitarbeiter Kontakte für eine Nachbetreuung. Dies kann Hilfe im häuslichen Bereich sein, eine betreute Wohnform oder Therapieangebote in der Institutsambulanz. Zur Klinik gehört außerdem der Tagestreffpunkt Café Alexius und ein Second Hand Laden. Beide Einrichtungen werden gemeinsam mit dem Verein „der Weg“ betrieben.

Wie viele Menschen geheilt entlassen werden? „Das erste, was alle hier lernen ist, dass jeder seine eigene Vorstellung von „gesund sein“ entwickeln muss“,

stellt Psychologin Regina Bukarz klar, „Psychische Erkrankungen kann man nicht vollständig loswerden. Ziel ist es, dass jeder lernt mit ihnen umzugehen und mit ihnen zu leben.“



Die Terrasse des Cafés vom Garten der Klinik aus gesehen.

Patiententransport neu organisiert

400 bis 600 mal rücken die Mitarbeiter des Patiententransports am Standort 2 jeden Tag aus, um Patienten, die nicht alleine gehen können oder dürfen, zu Untersuchungen und Behandlungen und wieder zurück zu bringen.

Seit Februar 2005 werden diese Transportdienste nicht mehr telefonisch, sondern über eine Software organisiert.

„Früher war unser Telefon ständig besetzt“, erzählt Thorsten Beiderbeck, gelernter Krankenpfleger

mit Umschulung zum Wirtschaftsinformatiker, der das Projekt eingeführt hat. „Wir waren für die Stationen schlecht erreichbar, aber auch unsere eigenen Leute kamen nicht durch, um ihre neuen Aufträge abzufragen.“ Weil die Mitarbeiter auf den Sta-

tionen die Transporte jetzt frühzeitig über das System bestellen, kann alles besser geplant werden. Stressspitzen und Leerlaufzeiten entfallen. Vorher mussten allerdings 70 000 Wegezeiten in das System eingespeist werden, damit die Software weiß, wie viel Zeit

für den jeweiligen Transport nötig ist. Die 30 Mitarbeiter im Patiententransport verteilen außerdem 3 mal am Tag die Hauspost, Röntgenbilder, Proben und anderes Material.

Mehr dazu im Intranet.

Neuorganisation der Notfallaufnahme

Am 1.4. hat die neu organisierte Aufnahmestation am Standort 2 ihre Arbeit begonnen. Seitdem hat sie die Bezeichnung Station auch wirklich „verdient“, denn nun hat sie zusätzlich zum Pflegepersonal mit Dr. Gunter Jordan einen leitenden Arzt, Assistenzärzte und neu gestaltete größere Räumlichkeiten.

Ab dann befindet sich am Standort 2 die zentrale Aufnahmestation für alle Notfälle des Klinikums. Ausnahme sind die unfallchirurgische Notfallaufnahme und Aufnahme konzepte, die auch bisher außerhalb der Stadtaufnahme geregelt wurden (siehe Titelseite).

Insgesamt 6 Ärzte und der leitende Arzt arbeiten in einem Dreischichtbetrieb fest in der neuen Aufnahme. Durch die ständige Arztpräsenz wird der gesamte Aufnahmeprozess zielgerichteter und schneller. Wartezeiten für Patienten sollen möglichst vermieden werden, es

wird sogar darüber nachgedacht, eine maximale Wartezeit festzulegen. Möglichst schnell findet eine erste Symptomuntersuchung statt und der Patient wird informiert, was jetzt weiterhin mit ihm geschieht. Muss er überhaupt stationär behandelt werden? Wenn ja, in welcher Klinik soll er behandelt werden? Solche Fragen klärt und entscheidet der diensthabende Arzt in der Aufnahmestation eigenverantwortlich.

Kürzere Verweildauer

Durch diesen straff organisierten Ablauf ergeben sich weitere

Veränderungen. Zum Einen bekommen niedergelassene Ärzte Patienten, die nicht im Krankenhaus bleiben müssen, früher wieder in ihre Praxen zurück. Zum Anderen werden Anschlussuntersuchungen wie Labor – und Röntgendiagnostik schneller als früher benötigt. Die entsprechenden Bereiche reagieren darauf mit erweiterten Diensten. Dies wird eine Verweildauerverkürzung mit sich bringen, die in einigen Fällen durchaus bei 2 Tagen liegen kann.

Gerechnet wird außerdem mit einer Entlastung der nachfolgenden Kliniken, weil die Ba-



Die Pflegekräfte Petra Schaar, Iris Klose, Stephanie Petz, Petra Feder und Stationsleiterin Ariane Dobras (v.l.) während der Einweihung der Aufnahmestation in einem der neuen Untersuchungsräume.

sisdiagnostik bereits in der Aufnahmestation stattfindet. Ein wichtiger Aspekt ist dabei auch, dass jeder Arzt weiß, welche Untersuchungen bereits erfolgt sind und so unter Umständen Doppeluntersuchungen vermieden werden.

Die Idee der Neuorganisation der Notfallaufnahme gab es bereits seit Ende 2002. Dass sie jetzt umgesetzt wird, ist kein Zufall, denn sie hängt eng mit dem neuen Arbeitszeitmodell in den Medizinischen Kliniken zusammen (siehe Text unten). Die Medizinischen Kliniken Med. I bis III und die

Chirurgie geben dafür Arztstellen an die Notfallaufnahme ab.

Im Vorfeld investierte das Klinikum 116 000 Euro in Umbau- und Erweiterungsmaßnahmen und 130 000 Euro in medizintechnische Ausstattung. Entstanden ist jetzt u.a. ein neuer Wartezimmer, ein Aufenthaltsraum und drei neue Untersuchungsräume.

Zukunftsmusik für das Klinikum ist eine zentrale Aufnahmestation für alle Notfälle, die für den zweiten Bauabschnitt des Zwei-Standorte-Konzepts jedoch bereits geplant ist.



Dr. Gunter Jordan übernimmt ab 1.4. die neu geschaffene Position des leitenden Arztes in der Aufnahmestation am Standort 2.

Jordan wurde am 22.1.1947 in Braunschweig geboren. Sein Medizinstudium absolvierte er in Hannover. Von Oktober 1974 bis Oktober 1975 war er Medizinalassistent im Agnes-Karll Krankenhaus in Hannover, wo er nach

seiner Approbation bis 1982 in der Medizinischen Klinik tätig war.

Von 1982-1987 arbeitete Dr. Jordan im Klinikum der Stadt Wolfsburg in der Abteilung für Kardiologie und Nephrologie. Seit 1987 ist er im Klinikum Braunschweig in der Celler Straße in der Medizinischen Klinik III tätig. Dr. Jordan ist Facharzt für Innere Medizin.

Neues Arbeitszeitmodell

Vor dem Hintergrund der Novellierung des Arbeitszeitgesetzes (siehe Kasten) rief Prof. Dr. Horst Peter Kierdorf eine Projektgruppe ins Leben, die Alternativen zum Bereitschaftsdienst bisheriger Prägung erarbeitet. Aus dieser Gruppe wurde ein Arbeitskreis unter Leitung von Dr. Reinhard Wanning eingesetzt, der ein neues Arbeitszeitmodell für die Medizinischen Kliniken am Standort 2 entwickelt hat. Dieses Modell ist zum 1.4.2005 in Kraft getreten.

Herzstück des Konzepts ist ein klinikübergreifender Nachtdienst der Medizinischen Kliniken I, II und V. Dafür müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein: Der nachtdienstleistende Arzt darf weder in die Notfallaufnahme noch in die medizinische Intensivstation abgerufen werden. Die ärztliche Besetzung der Intensivstation ist deswegen von der Neuregelung nicht betroffen und die schon länger geplante Umstrukturierung der Aufnahmestation hat dadurch neuen Antrieb bekommen und wird jetzt gleichzeitig realisiert (siehe Text oben und Titelseite).

Klinikübergreifender Nachtdienst

Die Kernarbeitszeit von 07:30 bis 16:00 bleibt unverändert. An sie schließt sich ein Spätdienst von 12:00 – 20:30 an, der Nachtdienst dauert von 20:00 – 8:00

Uhr. Damit ein Arzt nachts die Patienten der drei beteiligten Kliniken versorgen kann, wurden die anfallenden Tätigkeiten in Form einer Positivliste genau beschrieben. Der Nachtdienst wird nach einem festgelegten Schlüssel von Assistenzärzten abwechselnd übernommen. Er ist in 14-Tage-Blöcke eingeteilt und dauert maximal 4 Tage am Stück.

Auch die Wochenenddienste sind neu geregelt, indem jede Klinik einen morgendlichen Visiten-dienst einrichtet, auf den ein klinikübergreifender Spätdienst folgt. Die Besetzung erfolgt auf freiwilliger Basis und wird in Form von Überstunden vergütet. Durch die Umstrukturierung der Aufnahmestation und der zusätzlichen Besetzung eines Spätdienstes in jeder Klinik wurden insgesamt 3,5 zusätzliche Arztstellen geschaffen.

Kontroverse Diskussion

Die betroffenen Assistenzärzte diskutierten das Konzept intensiv und teilweise auch kontrovers u.a. deswegen, weil der Wegfall des bisherigen Bereitschaftsdienstes mit einer Einkommensminderung verbunden ist. Diese kann aber durch freiwillige Dienste am Wochenende teilweise kompensiert werden.

Auf der anderen Seite stehen das Ende der langen Bereitschaftsdienste, eine deutlich höhere Kontinuität in der Patientenversorgung und der Freizeitgewinn. Während früher je nach Klinik 2 bis 5 Nachtdienste pro Arzt und Monat üblich waren, sind es in Zukunft durchschnittlich nur noch 1,2 Nachtdienste.

Aktuelle Informationen dazu im Intranet unter Arbeit und Soziales/Arbeitszeitmodell.

Hintergrund: EugH-Urteil

Im September 2003 hat der Europäische Gerichtshof entschieden, dass Bereitschaftsdienste in Krankenhäusern als Arbeitszeit gelten.

Darauf hat der Gesetzgeber reagiert und das deutsche Arbeitszeitgesetz zum 1.1.2004 entsprechend novelliert. Eingräumt wurde allerdings eine Umsetzungsfrist bis 2006. Die Folge: Da Bereitschaftsdienst Arbeitszeit ist und die wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich 48 Stunden bzw. die tägliche Arbeitszeit 10 Stunden nicht überschreiten darf, müssen alle Krankenhäuser spätestens zum 1.1.2006 den Bereitschaftsdienst neu gestalten.

Allerdings wird die derzeit geltende Richtlinie, die lediglich zwischen Arbeits- und Ruhezeit unterscheidet, schon wieder überarbeitet. Hierzu liegt ein Änderungsvorschlag der EU Ar-

beitszeitrichtlinie vor. Dieser geht u.a. dahin, die Bereitschaftsdienste in eine aktive und eine inaktive Phase zu unterteilen. Nur der aktive Teil soll Arbeitszeit im Sinne der EU-Richtlinie sein. Eine solche Umsetzung der EU-Richtlinie (und die noch erforderliche entsprechende Änderung des deutschen Arbeitszeitgesetzes) würde im Grunde auch wieder 16-20stündige Bereitschaftsdienste zulassen.

Allerdings muss jetzt die Tarifeinigung im Rahmen des neuen TVöD genau analysiert werden. Der TV wird hierzu neues Recht schaffen, so dass die Änderung der EU-Richtlinie und des AZG nicht mehr abgewartet werden muss bzw. nachrangig ist. Genaueres kann man aber erst sagen, wenn die tariflichen Vorschriften im Detail vorliegen und die Ausführungsvorschriften hierzu ergangen sind.

Mein Saal – Dein Saal?

Seit nahezu zwei Jahren nutzen die Kliniken am Standort 2 ihre 11 OP-Säle interdisziplinär. Eine Steigerung der Fallzahlen der einzelnen chirurgischen Disziplinen, der Wegfall der Chirurgie am Standort 3 sowie der allgegenwärtige Kostendruck erforderten eine Umorientierung in der OP-Koordination. Dabei konnte die Zahl der Operationen zwischen den Jahren 2002 und 2004 um fast 30% gesteigert werden, wobei die Zahl der Anästhesie- und OP-Pflegekräfte um nur knapp 5% erhöht wurde. Diese erfolgreiche Entwicklung soll an den anderen Standorten des Klinikums fortgesetzt werden.

Die Koordination der rund 12 400 Eingriffe, die pro Jahr am Standort 2 durchgeführt werden, funktioniert nur durch eine ausgefeilte Logistik und Kooperation aller Beteiligten.

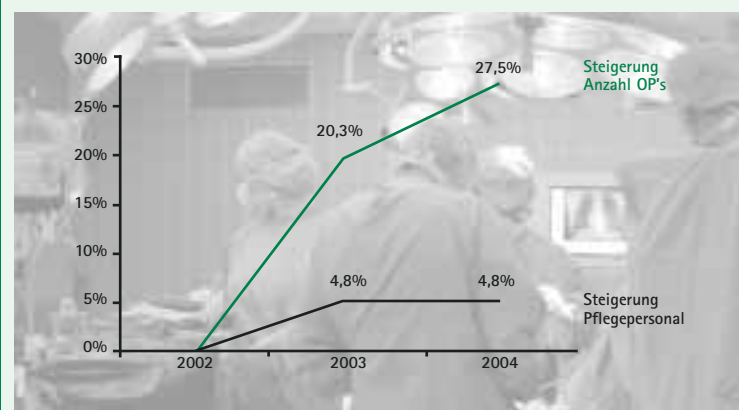
Keine Leerlaufzeiten im OP

Im Mittelpunkt der Neuorganisation steht ein Koordinationsteam, das die OP-Kapazitäten zentral organisiert. An dieses Team melden die Kliniken freie Kapazitäten, die dann nach Bedarf an andere Bereiche weiter vermittelt werden. Notfälle werden in das laufende Programm integriert. Diese Aufgabe haben am Standort 2 die OP-Pflegeleitung Ramona Richter und Dr. Matthias Goedeke übernommen, in enger Verzahnung mit den Oberärzten der beteiligten chirurgischen Abteilungen.

Parallel dazu wurden die Betriebszeiten einiger Säle erweitert sowie zusätzliche Spätdienste bei Chirurgen und Anästhesisten eingeführt, so dass die Säle länger genutzt werden können. Flexibler Personaleinsatz und flexible Raumplanung sind die Erfolgskriterien mit deren Hilfe die einzelnen chirurgischen Disziplinen das deutlich angestiegene OP-Aufkommen bewältigen und zusätzlich noch die vorhandenen Saalkapazitäten besser auslasten können.

Ein weiterer positiver Effekt ist die hohe Planungssicherheit, denn jeweils am Freitag der Vor-

OP-Entwicklung am Standort 2



Durch die Strukturveränderung ist die Zahl der Operationen am Standort 2 um fast 30% gestiegen. Quelle: OP-Koordinationsteam

woche stellt das Team den OP-Plan der kommenden Woche zusammen. Davon profitieren die Patienten, die möglichst kurz auf ihre OP warten sollen. Auch die Mitarbeiter haben Vorteile, denn durch die verbesserte Ablauforganisation finden mehr Eingriffe in der Kernarbeitszeit statt und der Ruf- und Bereitschaftsdienst wird entlastet. Außerdem kann schon während der Wochenplanung frühzeitig Rücksicht auf außergewöhnliche Eingriffe genommen werden.

Die anderen Standorte ziehen nach

Ende Januar hat in der Holwedestraße das Koordinationsteam – Heike Weiss, Dr. Frank Müller-Hillebrand und die beteiligten Oberärzte der chirurgischen Disziplinen – seine Arbeit aufge-

nommen und befindet sich noch in einer „Testphase“. In der Celler Straße sind die Koordinatoren Ute Schillak und Dr. Dirk Wellmann seit September 2004 im Einsatz.

Ziel ist es auch hier, die OP-Ressourcen optimal zu nutzen, aber sowohl am Standort 3 als auch am Standort 1 liegen die OP-Säle räumlich voneinander entfernt und befinden sich teilweise sogar in anderen Gebäuden. Deswegen besteht hier die Aufgabe darin, den Personaleinsatz zu optimieren. Sowohl OP- als auch Anästhesiepflegepersonal und Anästhesieärzte werden zwischen den Kliniken „ausgeliehen“. Für ein Resümee ist es noch zu früh, jedoch zeigt sich auch hier, dass der eingeschlagene Weg der richtige zu sein scheint.

Versionswechsel vollzogen

Im Jahr 2000 wurde das OP-Informationssystem im Klinikum eingeführt. Bis zum Herbst 2001 waren alle operativen Disziplinen angeschlossen. Wesentliche Funktionen neben der OP-Dokumentation mit Kurzberichten, integrierter OP-Bericht- und Arztbriefschreibung sind die externe Qualitätssicherung, die KV-Abrechnung, die BG- und Privatliquidation.

Mit dem Versionswechsel Ende 2004 wurden grundlegende Strukturen der Software modernisiert, um die Stabilität des Systems zu erhöhen. Gleichzeitig wurde mit Erweiterung der

Schnittstellenfunktion zum SAP ein wesentlicher Meilenstein für die Integration der Systeme erreicht: Doppelerfassung administrativer Daten im SAP- und im OP-Informationssystem entfallen: In gap it! angelegte Fälle werden sofort im SAP angelegt, die Fallnummer wird an gap it! übermittelt. Im SAP wurden die Ambulanz-Strukturen erweitert, damit für primär in gap it! erfaßte ambulante Fälle in SAP z.B. Röntgen- und Laboruntersuchungen elektronisch angefordert werden können. Laborbefunde können in SAP nun auch für ambulante Patienten aufgerufen werden. Aus dem gap it!

werden Daten ambulanter Operationen über die erweiterte Schnittstelle nach SAP übertragen. Damit wird die Abrechnung ambulanter Operationen (§ 115b SGB V) in SAP unterstützt.

Die Neuerungen gegenüber der Vorversion betreffen somit das Fall- und Bewegungsmanagement. Mit dem Versionswechsel und der deutlich verbesserten Integration in das SAP-System wurden Doppelerfassungen reduziert und wesentliche Voraussetzungen für die funktionelle Weiterentwicklung beider Systeme geschaffen.

Dr. Doris Lowes

Stoffwechselzentrum im Aufbau

Prof. Dr. Hans Georg Koch, seit Juli 2004 neuer Chefarzt in der Klinik für Kinder – und Jugendmedizin, führt die Behandlung von Stoffwechselerkrankungen als neuen medizinischen Schwerpunkt in Braunschweig ein. Dazu gehört auch die Phenylketonurie (PKU), eine angeborene Eiweißstoffwechselstörung. Die Behandlung und Beratung von Patienten dieser seltenen Erkrankung läuft jetzt an.

Jeder Mensch nimmt durch seine Ernährung Eiweiße auf, die bei der Verdauung in Aminosäuren zerlegt werden. Eine dieser Aminosäuren ist Phenylalanin (Phe), von dem der Mensch nur sehr wenig benötigt. Normalerweise wandelt der Körper überflüssiges Phe um und kann es dann anders nutzen. Dieser Prozess funktioniert bei PKU-Patienten nicht ausreichend, so dass die Konzentration von Phe im Blut zu hoch wird und wie ein Gift auf Gehirn und Nerven wirkt. Wenn die PKU nicht behandelt wird, entwickelt sich bei den betroffenen Patienten eine schwere geistige Behinderung.

Doch zum Glück wird in Deutschland bei allen Neugeborenen in den ersten Lebenstagen ein Screening auf zur Zeit 12 verschiedene Stoffwechselerkrankungen unter anderem auch auf Phenylketonurie durchgeführt. Hierdurch wird eine frühzeitige Behandlung ermöglicht, bevor bleibende Schädigungen des Gehirns auftreten können.

Die einzig mögliche Therapie ist eine sehr aufwendige lebenslange Diät. „Der Kern der Diät besteht darin, den Phe-Gehalt im Blut auf ein unschädliches Niveau zu senken“, erläutert Silvia Peul, Diätassistentin in der Kinderklinik.

Diese Diät besteht aus drei Bausteinen: aus herkömmlichen eiweißarmen Nahrungsmitteln, aus eiweißarmen Spezialnahrungsmitteln, die beispielsweise aus eiweißarmem Mehl hergestellt werden, und einer „Phe-freien“ Aminosäuremischung. Die Auswahl an natürlichen Lebensmitteln beschränkt sich auf genau berechnete Mengen an Obst, Gemüse, Zucker, Fett und Stärke. Alle anderen Nahrungsmittel wie Mehl, Brot, Gebäck, Teigwaren usw. können nur als besagte Spezialnahrung eingenommen werden und sind entsprechend teuer. „Die Zusatzkosten für ein 10jähriges Kind mit PKU sind pro Monat um 50 Euro höher als normal“, rechnet Peul vor. Alle Nahrungsmittel müssen genauestens ausgewogen werden, denn es genügt nicht, wenn die Konzentration des Phe einigermaßen „hin-haut“, sondern sie muss genau stimmen. Die Beratung und Schulung der Patienten und Angehörigen spielen deswegen eine wesentliche Rolle.

Die PKU tritt sehr selten auf, nur etwa eines von zehntausend Neugeborenen ist betroffen. In Deutschland werden jährlich ca. 70 – 100 Patienten neu diagnostiziert und dann lebenslang behandelt. Insgesamt gibt es deutschlandweit nur wenige Behandlungszentren für angeborene Stoffwechselerkrankungen.

Neben der PKU können jetzt auch alle anderen seltenen Stoffwechselerkrankungen, die im Neugeborenen-Screening erfasst werden, in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Braunschweig behandelt werden. (Sc)



Zwei Experten für die Stoffwechselstörung PKU: Diätassistentin Silvia Peul und der Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Prof. Dr. Hans Georg Koch.

„Ich dachte, das wird ein Selbstläufer“

Ein Interview mit Dr. Bernd Gröttrup

Klinikum aktuell: Dr. Gröttrup, können Sie sich noch an Ihre erste Sitzung im Klinikumsausschuss am 24.9.1997 erinnern?

B. Gröttrup: Der Ausschuss tagte damals im Weiterbildungszentrum in der Naumburgstraße, eine Einrichtung, die ich zuvor noch nicht kennen gelernt hatte. Ich staunte über diese qualifizierte Bildungsstätte. Vorsitzender war Professor Dr. Weinreich, der – wie ich wusste – die Anliegen des Klinikums über die Parteilinien hinweg engagiert und sachkundig vertrat. Auch die anderen Mitglieder waren sachbezogen und engagiert bei der Arbeit, so dass ich dachte: Das wird ein Selbstläufer.

Klinikum aktuell: 1997 wurden im Klinikum 49 947 Patienten stationär behandelt, im Jahr 2003 waren es 53 412. Gleichzeitig sank die Verweildauer von 10,1 Tagen auf 8,9 Tage im Jahr 2003. Die Erlöse, die aus ambulanten Leistungen erzielt wurden, sind 2003 im Vergleich zu 1997 2,5 mal so hoch. Also: Mehr Patienten, die weniger lange im Krankenhaus sind. Dies alles vor dem Hintergrund der neuen Krankenhausfinanzierung nach DRGs. Wie bewerten Sie diese Entwicklungen?

B. Gröttrup: Ein Selbstläufer war das Klinikum dann ganz und gar nicht. Wenn wir heute – auch anhand der von Ihnen aufgeführten Daten – feststellen können, dass das Klinikum eine Erfolgsstory erlebt hat und weiter erlebt, dann sind es die vielen zum Teil komplizierten Entscheidungen, die diese Entwicklung ermöglicht haben. Das Klinikum ist das unbestrittene regionale Zentrum für Hochleistungsmedizin, es liegt im Fahrwasser der gesundheitspolitischen Zielsetzungen und – nicht zuletzt – es ist wirtschaftlich so erfolgreich, dass es einen wesentlichen Beitrag für die notwendigen Investitionen leisten kann. Es gibt nur



Pflegedirektor Ulrich Heller, Dr. Bernd Gröttrup und Geschäftsführer Helmut Schüttig während der privaten Abschiedsfeier (v.l.).

wenige Häuser, die eine solche Erfolgsbilanz vorzeigen können.

Gesundheitsreform im Kern richtig

Im Kern sind die Ansätze der Gesundheitsreform richtig und an der Zeit. Das Klinikum hat keinen Anlass, angesichts der Einführung der Fallpauschalen in Hektik zu verfallen. Es sollte die eingeschlagenen Wege konsequent weiter gehen. Zentrenbildung, Patientenpfade, Integration weiterer ambulanter Akzente, Medizinische Versorgungszentren sind die richtigen Wegmarken. Das Klinikum hat die vom Gesetzgeber angestrebten Ziele schon zuvor realisiert. Wenn der Grundgedanke auch richtig ist, ist die Gefahr einer Übertreibung und Überbürokratisierung nicht von der Hand zu weisen. Wir sind ein Bollwerk gegen verfrühte und mangelhaft abgestimmte Entlassungen, gegen Rationalisierungsmedizin und gegen eine ausschließliche Orientierung an der Rendite. Das Klinikum hat den Auftrag, in erster Linie eine hochwertige ärztliche und pflegerische Versorgung zu garantieren, und solange es daran festhält, werden die Braunschweigerinnen und Braunschweiger dem Klinikum vertrauen.

Klinikum aktuell: Bleiben wir noch einen Moment bei der Gesundheitspolitik. Die Rahmenbedingungen sind schwierig –

Stichworte sind z.B. die geringen Budgetsteigerungen bei steigenden Personalkosten – und auch die Hochleistungsmedizin kostet viel Geld. Wie kann das Klinikum trotzdem den medizinischen Fortschritt als Haus der Maximalversorgung weiter gewährleisten?

B. Gröttrup: Das Klinikum hat seinen Auftrag trotz der genannten Probleme in den letzten 10 Jahren gemeistert. Es hat sich leistungsmäßig überaus positiv entwickelt, ohne dass es – und das ist keine Selbstverständlichkeit – auch nur in einem der letzten 10 Jahre rote Zahlen geschrieben hat. Die Auswirkungen der Fallpauschalen sind noch nicht voll zu überblicken. Das DRG-System versteht sich ja auch als ein lernendes Regelwerk. Das sollte uns Mut machen. Ich bin sicher, dass ein so hervorragend aufgestelltes Klinikum auch die Konvergenzphase meistern wird. Wenn tatsächlich ernsthafte Probleme entstehen sollten, muss massiv gemeinsam mit den anderen Maximalversorgern die Lernfähigkeit des Systems eingefordert werden. Wenn das Klinikum auf Grund der DRG-Einführung einen Husten bekommen sollte, haben andere schon eine dicke Lungenentzündung. Dann droht Schaden für das deutsche Gesundheitswesen. Denn dann ist nicht nur in Braunschweig, sondern überall in der medizinischen Versorgung Land unter.

GmbH-Gründung war die richtige Entscheidung

Klinikum aktuell: In Ihre Amtszeit fielen zahlreiche wichtige Entscheidungen. Dazu gehört die Umwandlung des Klinikums von einem Regiebetrieb der Stadt in eine gemeinnützige Gesellschaft im Jahr 2003. Wie hat sich aus Ihrer Sicht das Verhältnis zwischen der Stadt Braunschweig und dem Klinikum verändert? Wie hat sich Ihre Rolle im früheren Klinikumsausschuss zu Ihrer Position als Vorsitzender des Aufsichtsrates gewandelt?

B. Gröttrup: Von der Unabwiesbarkeit des Rechtsformwechsels habe ich mich auf einem Forum zu dieser Frage Ende 2001 überzeugt. Damals ist mir klar geworden, dass der Regiebetrieb trotz seiner guten Ergebnisse keine Zukunft mehr hat. Rückblickend zeigt sich, dass die Umwandlung des Klinikums in eine gemeinnützige Gesellschaft, die wir in rekordverdächtig kurzer Zeit realisiert haben, eine absolut richtige Entscheidung war. Die Stadt Braunschweig ist in die strategischen Entwicklungen des Klinikums nach wie vor intensiv eingebunden, hält sich jetzt aber im operativen Bereich weitgehend zurück. Der Rollenwechsel vom Dezernenten zum Vorsitzenden des Aufsichtsrates realisiert diesen Wandel, das heißt volle Konzentration auf die strategischen Entscheidungen und die Kontrolle des Unternehmens und die Einbindung in die Zielsetzungen der Gesamtstadt, das Zurückfahren der Beteiligung im operativen Bereich, z. B. bei der Bewältigung von Außenständen oder dergleichen.

Klinikum aktuell: Eine weitere wesentliche Zukunftsentwicklung ist das Zwei-Standorte-Konzept, für das im ersten Bauabschnitt rund 60 Millionen Euro investiert werden. Sind Sie stolz darauf, ein solches Projekt mit auf den Weg gebracht zu haben?

B. Gröttrup: Dass das Klinikum seinen Antrag in Hannover im Februar abgegeben hat, ist der Teamarbeit zwischen vielen Beteiligten zu verdanken. Professor Weinreich und Professor Mau hatten die Grundlinien für diese Entwicklung entworfen und zur Diskussion gestellt. Schritt für Schritt sind die Konkretisierungen dieses komplexen Unternehmens erarbeitet und mit dem Zuschussgeber abgestimmt worden. Das Projekt wird politisch bestens begleitet. Dass wir nun vor der konkreten Realisierung stehen, ist ein absolut positives Ergebnis, mit dem sich das ganze Klinikum identifizieren kann.

Das Team ist alles

Klinikum aktuell: Blicken wir ein Stück weiter zurück: Die Kliniken haben sich entwickelt. Z.B. wurden Fachrichtungen wie Hämatologie, internistische Onkologie und Senologie neu eingerichtet. Viele wichtige Positionen wurden neu besetzt: Pflegedirektor Ulrich Heller trat sein Amt an, ebenso Geschäftsführer Helmut Schüttig. 18 neue Chefärzte bzw. leitende Ärzte wurden berufen. Die „Ära Mau“ ging zu Ende und Prof. Dr. Horst Peter Kierdorf folgte ihm als Ärztlicher Direktor. Gibt es etwas, an das Sie sich besonders erinnern?

B. Gröttrup: Diese Auflistung von Entscheidungen, die man unbedingt erweitern muss, zeigt, dass das Klinikum dem medizinischen Fortschritt verschrieben ist. Das Klinikum erfüllt die Aufgaben eines Maximalversorgers wie kaum ein anderes Haus. Dies hat sein Fundament sowohl in den leitenden Personen wie in der Breite der Mitarbeiterschaft. Dass das Klinikum so viel an Engagement, Initiative und Leistungswillen auf der Grundlage einer tief verunsicherten Gesundheitspolitik bündelt, kann uns alle mit großem Stolz erfüllen. Nichts von der Verunsicherung ist hier zu spüren, die durch andere Häuser kriecht. Man kann da nicht eine Person nennen, man kann auch nicht nur die leitenden Personen nennen, weil es gerade das Team ist, das dieses Klinikum trägt. Fakt ist allerdings, dass wir die personelle Erneuerung gut bewältigt haben und die jüngeren und die älteren Kollegen gut zusammen passen.

Klinikum aktuell: Was werden Sie persönlich als nächstes tun?

B. Gröttrup: Schreiben, Segeln und so viel für die Gesundheit tun, dass ich den nächsten Besuch als Patient des Klinikums möglichst weit hinausschieben kann.

Klinikum aktuell: Vielen Dank für das Gespräch.

Zur Person

Ende Februar 2005 ist Dr. Bernd Gröttrup nach 24 Jahren als Sozialdezernent aus dem Dienst der Stadt Braunschweig ausgeschieden.

Bernd Gröttrup wurde am 8. September 1941 in Wittmund geboren. Er studierte Jura in Freiburg und war mehr als 8 Jahre Sozialreferent des Deutschen Städtetages.

Zu seinem Zuständigkeitsbereich bei der Stadt Braunschweig gehörten die Fachbereiche Feuerwehr, Kinder, Jugend und Familie, Soziales und Gesundheit und das Sozialreferat. Im Jahr 1997 übernahm er zusätzlich die Zuständigkeit als Dezernent für das Städtische Klinikum. Ab 2003 war er Aufsichtsratsvorsitzender des Klinikums.

IT-Sicherheit – ein Thema, das alle angeht

Eine Kette ist nur so gut wie ihr schwächstes Glied. Deswegen ist es wichtig, sich regelmäßig die ganze Kette anzusehen. Genau dies hat die Firma PriceWaterhouseCoopers im übertragenen Sinne getan: Sie führte in der Zeit vom 24.11.2003 – 15.08.2004 im Auftrag der Geschäftsführung eine externe Sicherheitsanalyse im IT-Bereich des Klinikums durch.

Dies war die erste ganzheitliche Betrachtung des IT-Sicherheitsystems, denn bisher sind immer nur Teilbereiche untersucht worden. Erwartungsgemäß kamen dabei Mängel zu Tage, von denen die größten durch Sofortmaßnahmen bereits behoben wurden. Für die Beseitigung der übrigen Defizite wurden entsprechende Projekte eingeleitet.

Die nun bekannten Missstände lassen sich unter folgende vier Überschriften gliedern:

- Organisation der Datenverarbeitung
- IT-Infrastruktur
- Bauliche Sicherheit
- Sicherheitsadministration/ Applikationssicherheit

Organisation der Datenverarbeitung

Ein wesentlicher organisatorischer Kritikpunkt ist die stark verteilte Verantwortlichkeit. Weil das Kliniknetz dezentral gewachsen ist, gibt es neben den Systemen der EDV-Abteilung weitere Subsysteme z.B. die klinische IT, Radiologie, Labore u.a. Insgesamt sind 19 nicht durch die IT-Abteilung betreute, dezentrale Systeme bekannt, wo die Verantwortlichen alles Wesentliche von der Benutzerpflege bis zur Datensicherung selbst organisierten. Darauf hat die Geschäftsführung bereits reagiert und die IT-Abteilung als übergeordnete zentrale Verantwortungsinstanz festgelegt.

Auch das Fehlen einer ausformulierten Sicherheitsrichtlinie, in der das Sicherheitsbedürfnis des Klinikums festgelegt ist, kritisierten die Gutachter. Diese Richtlinie muss für jeden verständlich und allen Mitarbeitern des Klinikums zugänglich sein. Eine solche Richtlinie, die auch von Geschäftsführung und Betriebsrat unterzeichnet wird, ist in Arbeit.

IT-Infrastruktur

Im Bereich Infrastruktur wurden externe Netzwerkverbindungen, Systemverfügbarkeit, Datensicherung und Virenschutz untersucht. Ganz gravierend ist es, an den zentralen Sicherheitseinrichtungen vorbei, eigene, private Zugänge ins Internet zu betreiben. Hierzu heißt es in der als Entwurf vorliegenden Betriebsvereinbarung zur „Nutzung von Email und Internet“: „Ausdrücklich verboten ist die Herstellung einer Verbindung mit einem Rechner des Klinikumsnetzes über eine andere als die vom Klinikum vorgegebene Verbindung“. Die Gutachter stellten außerdem fest, dass einige Bereiche ihre Daten nicht ordnungsgemäß sichern und z.B. Speicherbänder zu selten wechseln. Damit besteht die Gefahr, dass wichtige, vermeintlich gespeicherte Daten verloren gehen. Auch für diesen Fall wird in Betriebsvereinbarungen festgelegt, wie Daten in Zukunft gesichert



Auch auf den Stationen ist die EDV-Technologie nicht mehr wegzudenken, wie hier Pfleger Frank Nitschke auf K4 beweist.

Eingeleitete Projekte

- Übertragung der Verantwortung für IT-Sicherheit auf die Leitung der IT-Abteilung
- Hausübergreifende Sicherheitsleitlinie / Betriebsvereinbarungen
- Zentralisierung der Fernwartungszugänge für Firmen
- Schaffung eines eigenen Netzes für medizintechnische Geräte
- Zusammenfassung und Aufstellung von Servern im sicheren Serverraum (Konsolidierung)
- Zentralisierung der Datensicherung
- Klinikumswieites Berechtigungskonzept

werden sollen. Wo es möglich ist, bietet die IT-Abteilung eine zentrale Sicherung an.

Der Virenschutz greift im Klinikum nicht überall. Deswegen müssen Bereiche, in denen der Virenschutz nicht möglich ist, vom Klinikumsnetz getrennt werden. Dies trifft z.B. in der Medizintechnik zu, denn die Hersteller medizintechnischer Geräte erlauben es im allgemeinen nicht, Fremdprogramme auf ihren Systemen zu installieren. Damit dadurch keine Lücken entstehen, wird an allen drei Standorten ein eigenes Medizintechniknetz realisiert, das über besondere Sicherheitsvorkehrungen (Firewall) mit dem Hausnetz verbunden sein wird.

Auch Fernwartungszugänge müssen so betrieben werden, dass sie kein Risiko darstellen. Insgesamt sind derzeit 22 Fernwartungsverbindungen bekannt, von denen nur 7 über die zentralen Einwahlstellen betrieben werden. In Zukunft sollen dafür nur noch zentrale Zugänge benutzt werden, die dann auch Dauer und Zeitpunkt des externen Zugriffs automatisch protokollieren.

Höchste Sicherheit im Serverraum: Zugangsschutz durch Schließanlage mit Protokollierung der Eingänge, unterbrechungsfreie Stromversorgung, Kabelführung im doppelten Boden und Brandschutz durch Sauerstoffreduzierung auf 15%.



Investitionen

Hochleistungsrechner sind das verborgene Rückgrat des klinischen Betriebs und der betriebswirtschaftlichen Führung. Ihre Hauptaufgabe ist die reibungslose Unterstützung der Arbeitsprozesse. Neben der medizinischen und pflegerischen Dokumentation, der Unterstützung der Abrechnungsprozesse für eine rasche und zeitnahe Rechnungsstellung, geht es dabei auch um eine Organisations- und Prozessunterstützung der unmittelbaren Patientenversorgung (z.B. automatische Terminvergabe für eine Röntgenuntersuchung) einschließlich der mittelbaren Leistungen wie Labore, Pathologie, Apotheke etc.

Das Klinikum hat in den vergangenen Jahren eine Modernisierung der IT-Versorgung eingeleitet. Im Frühjahr 2003 wurde die komplette SAP-Serverlandschaft für 1,2 Mio. Euro ausgetauscht und zwei moderne zentrale Speichersysteme (SAN) angeschafft. Diese Systeme sind im ehemaligen Bunker auf dem Gelände der Holwedestraße unter hohen Sicherheitsvorkehrungen untergebracht.

Im Jahr 2004 investierte das Klinikum 1,97 Mio. Euro in die IT-Versorgung. Die größten Posten von insgesamt 1,4 Millionen sind: IT-Service, Instandhaltung, Performance und Unterstützung der Arbeitsprozesse. Zu „Unterstützung der Arbeitsprozesse“ gehört z.B. die Neueinführung von Softwareprodukten wie z.B. SAP-Anpassung für den Fallpauschalenkatalog 2005 und das DRG Berichtswesen, das neue servergestützte Mailsystem GroupWise und die Erneuerung von Server und Software für den Kommissionierautomaten in der Apotheke. Bei der „Performance“ geht es um alles, was Rechner- und Speicherkapazitäten betrifft und um Arbeitsmittel. Dies sind der Austausch und Neubeschaffung von Servern, die Erweiterung des Speichernetzwerkes und auch der Austausch von PCs, Notebooks und Druckern. Zum „IT-Service“ zählen z.B. Fernbetreuung und Hotline mit ihren 10 000 Calls in 2004. Die Instandhaltung von 1200 PCs, 800 Druckern und 40 Servern ist ebenfalls sehr aufwendig. 320 000 Euro wurden im Bereich Netzwerkdesign und -service sowie Netzwerkerweiterungen investiert, den die Haus- und Betriebstechnik betreut. Dazu gehören 57 Datennetzschränke, 130 Switches, 3650 Ports und infrastrukturelle Erweiterungen. Die restliche Summe verteilt sich auf Konsolidierung sowie Sicherheit und Verfügbarkeit.

Betriebsrat und Kurzmeldungen

Arbeitszeitmodell der Inneren Kliniken I, II und V

Mit dem Abschluss des neuen Tarifwerkes ÖD wurde tarifvertraglich anerkannt, dass Bereitschaftsdienst (BD) zur Arbeitszeit (AZ) zählt.

Zur Ausgestaltung zukünftiger BD wird es noch weitere Gespräche geben. Fest steht, dass es die bisherige Struktur, mit 16 Stunden BD der Stufe D nach einem 8-Std.-Tag in Vollarbeit nicht mehr geben wird. Zukünftig sind in BD der Stufe A, B 16 Std. inkl. 8 Std. AZ und in den BD -Stufen C, D bis 13 Std. inkl. 8 Std. AZ möglich.

Unter Beachtung des Arbeitszeitgesetzes, des Arbeitsschutzes und

der Arbeitsorganisation werden sich durch Betriebsvereinbarungen tägl. / wöchentl. Arbeitszeitverlängerungen ermöglichen lassen. Arbeitszeitkorridore bis zu 45 Std./Woche oder Rahmenarbeitszeiten von 12 Std. zwischen 6.00 – 20.00 Uhr – z.B. Gleitzeitregelung – können vereinbart werden, jedoch nicht für Schicht- und Wechselschichtarbeit.

Die Detailausgestaltung soll in nächster Zukunft in einem gesonderten Tarifvertrag erfolgen.

Das neue AZ-Modell der Inneren Kliniken I, II und V wurde gemeinsam von Assistenz- und

Oberärzten entwickelt und berücksichtigt bereits die Eckpunkte, die zur AZ und BD vereinbart wurden. Zudem wurde der Pflegedienst, die Arbeitsmedizin und der Betriebsrat mit einbezogen.

Durch die Einführung eines Schichtplanes mit Früh-, Spät-, und Nachtdienst wurde bewusst auf den Einsatz von BD verzichtet.

Die Entwicklung eines neuen AZ-Modells nimmt viel Zeit in Anspruch und setzt ein hohes Maß an Kompromiss- und Kommunikationsbereitschaft bei allen Beteiligten voraus.



Dr. Sabine Schmandt und Dr. Manfred Bähr, die beiden Betriebsratsmitglieder aus dem ärztlichen Dienst, haben die Erstellung des neuen Arbeitszeitmodells in der Inneren Medizin mitbegleitet.

Betriebsvereinbarung

Die Betriebsvereinbarung-Fernbetreuung ist abgeschlossen. Hier nur kurz einige Eckpunkte:

I. Zweck: Die Betreuung der IT-Anwender kann über Ferndiagnose, Remotezugriff und Fernsteuerung, Fernverwaltung („Fernbetreuung“) von einem Arbeitsplatz auf andere Rechner und IT-Komponenten einfach zugegriffen werden.

II. Geltungsbereich: gilt für alle Mitarbeiter, die Fernbetreuung im Klinikum ausführen.

III. Verfahrensregelungen:

1. unabdingbare Voraussetzungen
2. Berechtigungen
3. Ablauf der Fernbetreuung
4. Protokollierung der Fernbetreuung
5. Grenzen der Fernbetreuung

Die vollständige Ausgabe wird demnächst im Intranet auf unseren Seiten als PDF – Datei zum ausdrucken zu finden sein.

Neugestaltung des Tarifsrechts

Wichtige Regelungen sind u.a.

- Der neue TV ÖD löst zum 1.10.05 den alten BAT und BMT-G ab
- Es gibt keine Unterschiede zwischen Arbeitern und Angestellten
- Zusammenführung der Lohn/Vergütungstabellen von 4 in 1 Tabelle, mit 15 Entgeltgruppen und jeweils 5-6 Entwicklungsstufen
- Einmalzahlungen und eine Jahressonderzahlung konnten vereinbart werden
- Erhalt der Fristverträge und der Unkündbarkeit

- Im Rahmen der Überleitung bleibt mindestens das bisherige Einkommen gesichert
- Der gewohnte Urlaubsanspruch bleibt bestehen
- Für die Zukunft werden BerufseinsteigerInnen finanziell besser gestellt
- Die Bestandteile des „persönlichen Entgelt“ besteht bei den ArbeiterInnen aus dem Monatstabellenlohn, bei den Angestellten setzt es sich aus der Grundvergütung, dem Ortszuschlag und der allgemeinen Zulage zusammen
- Die KR-Tabellenwerte werden in die EG-Tabelle eingepasst

- Laufzeit bis 31.12.07
 - Leistungsbezahlungen können nur durch Betriebsvereinbarungen geregelt werden
- Dies ist nur eine Kurzinformation zum Tarifabschluss vom 9.02.05. Zurzeit laufen noch bis Juni weitere Redaktionsgespräche. In Teilversammlungen werden wir gemeinsam mit der Personalabteilung zur Erläuterung von Sonderregelungen, Eingruppierungsmerkmalen informieren. Die Umsetzungsphase des Tarif ÖD wird insbesondere für die MitarbeiterInnen der Personalabteilung einen erhöhten Arbeitsaufwand bedeuten.

„Zweistromland“

Lust auf eine Woche Abenteuer? 75 Kinder von MitarbeiterInnen des Klinikums können in diesen Sommerferien, eine Woche im FIBS – Camp „Zweistromland“ verbringen.

Das FIBS-Feriencamp in Gliesmarode bietet allen Kindern von 6 bis 12 Jahren abwechslungsreiche und naturnahe Ferien direkt vor Ort. Das finanzielle

Sponsoring des Klinikums beträgt 20 Euro pro Platz. Dadurch ermäßigt sich das Betreuungsentgelt wie folgt:

Braunschweiger Kinder 12,00 €
Auswärtige Kinder 40,00 €

Das Anmeldeverfahren und weitere Informationen erhalten Sie über Aushänge und eine Rundmail.

Betriebsversammlung

27. April 2005, 14.30 Uhr
Stadthalle/Congress Saal

Themen sind:

- Neuer Tarif,
- Töchter-Konzernstruktur
- 1 € Job's

Teilnahme ist Arbeitszeit

Job-Ticket

Seit dem 01. Januar 2005 unterstützt das Klinikum die Firmenkarte (Job-Ticket). Mitarbeiter, die eine Firmenkarte besitzen, fahren in der Preisklasse 1 für monatlich 25,50 € mit Bus und Bahn quer durch Braunschweig.

Anträge auf Erwerb einer Firmenkarte können jederzeit bei der

Verwaltungsabteilung A1, Tel. 1244 oder im Betriebsratsbüro, Tel. 1235,

abgefordert werden.

Personalverkauf

Die Apotheke eröffnet ab April eine weitere „Filiale“ am Standort 2. Geöffnet ist jeden Mittwoch von 10:00 bis 15:30 Uhr. Der Einkauf wird über die Personalnummer gebucht und die Summe vom Gehalt abgezogen. Pro Einkaufswert erhebt das Klinikum eine Bearbeitungspauschale von 30%.

Intranet:

http://snake.skbs.de/personaleinkauf/sp_auto_137.shtml

Es geht weiter

Juni 2004 operierte ein Team des Klinikums 19 schwerkranke Kinder in Äthiopien. Dr. Kifle Tondo hat sich bei einem Besuch im März dieses Jahres davon überzeugt, dass es den Patienten gut geht. Ostern 2006 planen die Klinikumsmitarbeiter einen neuen Hilfseinsatz. Das Foto wurde im letzten Jahr aufgenommen und zeigt eines der operierten Kinder mit Braunschweiger Löwen im Arm.



Leserbefragung

„Klinikum aktuell“ hat gute Noten und Anregungen bekommen. Allerdings ein Wermutstropfen bleibt, denn der Rücklauf der Antworten war relativ niedrig. Da die Antworten aber alle ähnlich sind, können trotzdem Tendenzen herausgelesen werden. Danke an alle, die geantwortet haben!

Ergebnisse im Intranet im Bereich Klinikum aktuell.

Vorsorge

Das Thema Krebsvorsorge stand im Mittelpunkt des Gesundheitsforums am 10.3 in der Stadthalle.

Unter den Vortragenden waren u.a. PD Dr. Max Reinshagen und Prof. Dr. Peter Hammerer, die über die Vorsorgemöglichkeiten und Heilungschancen bei Darm- und Prostatakrebs informierten.

Weiterbildung

April

Textverarbeitung mit Word [Einführung]
04. + 05.04.

Datenbankanwendung mit ACCESS [Einführung]
11. + 12.04.

Datenbankanwendung mit ACCESS [Aufbau]
14.04.

Kommunikation mit dementen Bewohnern (Validation)
14.04.

Klinischer Arbeitsplatz: Leistungskommunikation für Anforderer
18.04. (1h)

Rechtfertigt der Notfall alle Mittel?
25.04. (1,5 h) Arbeitskreis Medizinethik

Umgang mit dem eigenen Körper (Stressbewältigung)
25.04.

Tabellenkalkulation mit EXCEL [Einführung]
25. + 26.04.

SAP/R3 Leistungsauswertung für Funktionsbereiche
28.04. (1h)

Moderation von Teambesprechungen
28.+29.04.

Mai

Novell GroupWise (Mailbox, Kalender, Dokumente)
04.05.

Allgemeine Überblicksschulung für SAP Neueinsteiger
09.05. (1h)

Fall-/Bewegungsmanagement im OP-IS
10.05. (1h)

Konfliktmanagement
10.05.

Textverarbeitung mit Word [Aufbau]
11. + 12.05.

Strategien bei Pflegeverweigerung (Alzheimer-Demenz)
19.05.

Work-life-Balance
23.05.

Teams sicher leiten – coachen – führen
30. + 31.05.

Juni

Interaktive Kodierung von Diagnosen und Prozeduren
06.06.(1h)

Novell GroupWise (Mailbox, Kalender, Dokumente)
07.06.

Basale Stimulation
07.06.

Umgang mit den Intranet-Seiten des UIZ
08.06.(1h)

Beschäftigung/Dementer
16.06.05

EXCEL: professionell einsetzen [Aufbau]
14. + 15.06.

Stressbewältigung
21.06.

Weitere Informationen bekommen Sie im Institut für Weiterbildung bei **Frau Reinecke Tel. 595 2832 oder Frau Igel 595 2833**

Termine

Der Verein der Freunde und Förderer des Städtischen Klinikums informiert

- am **13. April** zum Thema Refluxkrankheiten – „Sodbrennen“ in der Medizinischen Klinik I. Treffpunkt: Kasino Salzdhahmer Straße
- am **11. Mai** im Institut für Immunologie und Mikrobiologie über Fette, Blutfette, Ernährung. Treffpunkt: Vortragsaal der Pathologie, Celler Straße

Konzerte für Patienten
Musik soll zu Menschen kommen, die aufgrund ihrer Lebensumstände nicht in Konzertsäle gehen können. Eine von Yehudi Menuhin gegründete Organisation organisiert kostenfreie Konzerte im Klinikum:

- **9. Mai**, Standort 2, Andachtsraum von 15:30 – 16:30
- **11. Mai**, Standort 1 K 5 von 14:30 – 15:00, im Wartebereich der Unfallchirurgie (1. Stock) von 15:30 – 16:30
- **12. Mai**, Standort 3, Andachtsraum von 14:30 – 15:30
- **12. Mai**, Standort 4 von 16:30 – 17:30

Personalnachrichten

25 jähriges Dienstjubiläum:

Weiss, Heike S 1 am 1.4
Ebers, Susanne S 1 am 1.4
Bunge, Marion S 2 am 1.4.
Radecke, Ina S 2 am 1.4
Drexelius, Andrea S 2 am 1.4
Neumann, Etti S 3 am 1.4
Hillmann, Rthomas S 3 am 11.4
Elbnick, Hartmut GF am 7.5.
Wiegand, Birgit S 2 am 10.6.
Zdenek, Zdenek S 3 am 30.6

40 jähriges Dienstjubiläum:

Rowold, Christine S 1 am 1.4
Kasischke, Peter S 3 am 1.4

Quelle: Personalabteilung

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

Redaktionsgruppe:
Silvia Albrecht, Dr. Thomas Bartkiewicz, Stefan Dombrowski, Dr. Heinz Jänig, Dr. Dietmar Loitz, Roswitha Niebuhr, Petra Thürauf und ein Mitglied des Betriebsrats. Die Seite des Betriebsrats ist redaktionell selbständig.

Herstellung:
Köhler & Lippmann Medienhaus
Hinter dem Turme 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 Juli 2005 ist der 01. Juni 2005.

Auflage:
2500, vier Ausgaben pro Jahr

Sportlich, sportlich!

Egal ob Tennis oder Staffellauf – unsere Mitarbeiter sind nicht nur im Klinikum, sondern auch bei externen Sportveranstaltungen gefragt.



Jürgen Becker, Goran Ivanisevic und Dr. Rötger Oppermann während des Tennisturniers „Grand Champions“ vom 18–21.11.2004 (v.l.).

Dass sich Braunschweig in den letzten 12 Jahren einen Namen als Tennisstadt gemacht hat, kann man ruhigen Gewissens behaupten. Neben dem ATP Challenger Turnier, das bereits 11 Mal stattfand, wurden auch andere Tennisveranstaltungen, wie z.B. das Grand Champion Turnier im November 2004 hier ausgetragen. Der Krankengymnast und Physiotherapeut Jürgen Becker und Dr. Rötger Oppermann, Facharzt in der Unfallchirurgischen Klinik, versorgten dabei berühmte Tennisstars wie Boris Becker, Henri Leconte, John Mc. Enroe und Mats Wilander.

Begeisterung für Tennis und die Bekanntschaft zu Spielern aus der ganzen Welt sind die Antriebskräfte für Opperbeck seit sechs und für Becker bereits seit zehn Jahren. Während der Tennisveranstaltungen sind sie mehrere Tage im Einsatz, Jürgen Becker z.B. jeden Tag von 9:00 – 23:00 Uhr. Denn für ihn geht es vor dem Spiel bereits los mit Stretching, Lockerung und Massagen. Während der Spiele sind Schmerzbehandlungen an Knie, Lendenwirbelsäule, Schulter und Sprunggelenk am häufigsten. Im Unterschied zu Beckers Klinikalltag in der Geriatrie kann er die Sportler mit viel Kraft behandeln. Opperbeck reizt es, bei solchen Veranstaltungen seine Kenntnisse der Chirotherapie und Sportmedizin anzuwenden und zu vertiefen.

Auch Markus Nöh, Physiotherapeut im Ambulanten Rehabilitationszentrum, und Dr. Thomas Schmelzle aus der Unfallchirurgischen Klinik betreuten Sportler, allerdings eher lokale Berühmtheiten, aber dafür im Dienst einer höheren Sache, nämlich der Braunschweiger Bewerbung zur Kulturhauptstadt 2010. Um die Bewerbung in Berlin zu präsentieren, organisierte die Stadt Braunschweig einen Staffellauf von Braunschweig nach Berlin. 12 Läufer bewältigten die 260 km bei Nacht und eisiger Kälte, denn der Lauf begann am 18. Januar mittags und endete am 19. Januar. Falls sich einer der Sportler verletzen sollte, was zum Glück nicht geschah, begleitet Nöh und Schmelzle die Staffelläufer in einem Begleitfahrzeug. „Zweimal war eine physiotherapeutische Behandlung nötig. Ich war trotzdem die ganze Nacht wach“, erzählt Nöh, „die beteiligten Läufer sind aber alle so trainiert, dass sie die rund 22 km pro Person auch bei Minusgraden relativ leicht bewältigen können“.

Leider hat die Jury in ihrer Entscheidung am 10.3. dennoch nicht für Braunschweig, sondern für Görlitz und Essen votiert.



Markus Nöh kurz vor dem Start des Staffellaufs auf dem Burgplatz.

Serie: Ehrenamt im Klinikum



Die drei Leitungen der Büchereien Margrit Schuster, Elke Simon und Dorothea Bahr (v.l.).

Seit es Krankenhäuser gibt, sind dort ehrenamtliche Helfer tätig. Sie sind jeden Tag viele Stunden für Patienten da und tragen auf vielfältige Art und Weise zu ihrer Genesung bei. „Klinikum aktuell“ stellt ehrenamtliches Engagement vor. Im zweiten Teil der Serie die Patientenbüchereien.

„Lesen macht Spaß. Lesen lenkt ab, Lesen kann neue Welten öffnen, Lesen tröstet. Und nicht zuletzt: Lesen kann auch helfen, schneller wieder gesund zu werden.“ Die Damen aus der Patientenbücherei können Besuchern ihre Bücher schon schmackhaft machen. An allen vier Standorten stellen rund 50 Mitarbeiterinnen diesen Service zur Verfügung und fahren mit dem Bücherwagen sogar bis ans Krankenbett.

Und wer glaubt, im Krankenhaus stünden nur Gesundheitslexika oder alte Schinken zur Ausleihe, der irrt sich gewaltig. In der Celler Straße präsentiert Dorothea Bahr sachkundig die unterschiedlichsten Werke von Harry Potter bis zu Thomas Mann. In der Bücherei in der Salzdahlumer Straße erinnert sich Elke Simon gern an eine Begebenheit, als ein Patient zu ihr sagte: „Das, was ich lese, haben Sie nicht“. Auf ihre Gegenfrage was er denn lese, nannte er Gedichte von Mascha Kaléko. Und zu seiner großen Überraschung waren selbst diese Gedichte vorrätig. Dass die Palette so breit gefächert ist, liegt am Fachwissen der Mitarbeiterinnen. Sie besuchen regelmäßig literarische Fortbildungen, manche haben sogar eine Ausbildung zur Bibliotheksassistentin hinter

sich. Die Aus- und Fortbildung organisiert der deutsche Verband evangelischer Büchereien.

Was lesen die Patienten gerne?

Für Margrit Schuster, Leiterin der Bücherei Holwedestraße, ist die Sache klar: „Durch die Kinderklinik leihen wir am häufigsten Kinderbücher aus“. In den anderen Standorten zeigen sich, wie erwartet, die unterschiedlichen Lesavorlieben von Männern und Frauen: Während die Damen eher zu Krimis und auch mal zum (Liebes)Roman greifen, sind bei den Herren Sachbücher gefragt. „Gut gehen z.B. Gartenbücher, Bildbände und auch medizinische Ratgeber“, berichtet Elke Simon. Am Standort 3 hingegen waren 2004 Fantasy Bücher am häufigsten gefragt. In der Geriatrie lesen die Patienten eher ältere Werke. Oft sind dort gar nicht in erster Linie die Bücher, sondern das Gespräch das Entscheidende. Insgesamt wurden im Jahr 2004 rund 24 500 Medien ausgeliehen.

Träger der Büchereien ist der „Verein zur Förderung von Sozialstationen“, der in jedem Jahr ein Budget zur Anschaffung von neuen Büchern zur Verfügung stellt. Auch das Klinikum steuert einen Betrag bei, um zerlesene

oder verschmutzte Bücher zu ersetzen. Trotzdem müssen alle sehr haushalten mit ihren Mitteln. Damit die Bücher länger halten, sind sie in sorgfältiger Handarbeit in abwaschbare Folie eingeschlagen.

Da die Büchereien an jedem Standort getrennt voneinander betrieben werden, sind die Öffnungszeiten unterschiedlich. In der Regel ist an drei Tagen in der Woche geöffnet, die Ausleihe ist kostenlos. Die älteste Bücherei, in der Celler Straße, feiert in diesem Jahr 25jähriges Jubiläum. Die Büchereien in der Salzdahlumer und der Holwedestraße bestehen seit 1983 und 1986. Margrit Schuster und Elke Simon sind von Anfang dabei und haben „ihre“ Bücherei aufgebaut. Dorothea Bahr in der Celler Straße ist seit 1999 „im Dienst“. Von den weiteren rund 50 ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen sind viele ebenfalls seit Jahrzehnten engagiert. Grund dafür ist die Freude am Umgang mit Menschen und die Liebe zu Büchern. Denn sie sind allesamt selbst begeisterte Leserinnen. Aus dem Stand kann jede mindestens drei Bücher empfehlen und eine lange Liste von Büchern aufzählen, die bereits als neues „Lesefutter“ zu Hause auf dem Nachttisch liegen.

Spenden für Ekzona Memeti

Ekzona Memeti hat bereits die sechste Operation hinter sich, weitere werden folgen. Das neunjährige Mädchen aus Presevo/Republik Jugoslawien ist Ende Januar nach Deutschland eingereist und wird seitdem in der Unfallchirurgie des Klinikums behandelt.

Ekzona leidet an einer Osteomyelitis (Knochenentzündung) der rechten Ferse. Weil ihre Familie selbst über keine Mittel für eine Operation im Ausland verfügt, hat der Onkel des Mädchens die Initiative ergriffen. In einer gemeinsamen Aktion bemühen sich das Büro für Migrationsfragen der Stadt Braunschweig, die Flüchtlingshilfe Braunschweig und der albanische Kulturverein

um eine kostenfreie stationäre Behandlung in Braunschweig. Durch die schwere Entzündung haben sich die ursprünglich geschätzten Behandlungskosten erhöht und liegen jetzt vermutlich zwischen 30 000 und 50 000 Euro, deswegen werden weitere Spenden dringend benötigt. Der aktuelle Spendenstand beläuft sich auf 16 696 Euro. Davon hat das Klinikum 5 000 Euro zur Verfügung gestellt.

Wenn Sie helfen möchten: **Konto der Flüchtlingshilfe: 0455 25 33 04 bei der Postbank Hannover (BLZ: 250 100 30) Stichwort: Ekzona Memeti.** Bei Angabe von Name und Adresse werden Spendenbescheinigungen erstellt.



Oberarzt Dr. Andreas Klonz, Onkel Cazim Zumberi, Mutter Ramize und die Patientin Ekzona.

Neue Mitarbeiterin

Birgit Walther hat am 1.4.05 ihre Tätigkeit als stellvertretende Pflegedirektorin im Klinikum Braunschweig aufgenommen.



Die neue stellvertretende Pflegedirektorin Birgit Walther

Die 48jährige ist gelernte Krankenschwester mit zweijähriger Vollzeitfortbildung zur Pflegedienstleitung. Birgit Walther war von Beginn ihrer Ausbildung im Jahr 1974 bis 1991 an der Medizinischen Hochschule Hannover tätig. Danach war sie von 1991 bis 2002 stellvertretende Pflegedirektorin am Allgemeinen Krankenhaus Celle und seit 2003 Klinikpflegeleitung der Augenklinik und Urologischen Klinik des Klinikums Bremen-Mitte gGmbH. Sie blickt damit auf eine langjährige Berufserfahrung in Großkliniken zurück und ist bereits seit 1982 in leitenden Funktionen tätig.

Mitarbeiterportrait



Name: Marlis Immenroth
Familie/Kinder: verheiratet, 2 Söhne
Haustiere: Katze „Tiger“
Sternzeichen: Wassermann
Beruf: Kinderkrankenschwester
Geburtsort: Altenbrak im Harz
Für die „Zugereisten“: Was gefällt Ihnen an Braunschweig? Die vielfältigen Parks und Grünanlagen
Was würden Sie verbessern wollen?

Noch besseres Radwegnetz, bessere Infrastruktur in den Stadt- und Randgebieten
Helden/Vorbilder: meine Eltern
Lieblingsbücher: Krimis, Kochbücher
Fernsehen: Was sehen Sie gerne? Krimis, politische Talkshows
Hobbies/ Sport: Wandern, Radfahren, Kegeln, Theaterbesuche
Lieblingsgericht: Nudeln mit verschiedenen Beilagen
Welche Eigenschaften eines

Menschen schätzen Sie besonders? Ehrlichkeit, andere und sich selbst akzeptieren
Welche stören Sie besonders? Hinterhältigkeit, Unaufrichtigkeit
Wo waren Sie zuletzt im Urlaub? Südtirol
Wo würden Sie gerne einmal hinreisen? Weltreise
Gibt es ein weltpolitisches Ereignis, das Sie selbst mitbekommen haben und das Sie so bewegt hat, dass Sie sich im-

mer wieder daran erinnern? Die Teilung Deutschlands und meine damit in Zusammenhang stehende Flucht 1956 aus der DDR
Marlis Immenroth arbeitete von 1963–1971 im Klinikum und wieder seit 1986. Seit 1997 ist sie Stationsleitung auf der K 6 der Kinderklinik. Sie feierte in diesem Jahr ihren 60. Geburtstag.