



Neurologie: Erster Bauabschnitt im Juli beendet

Bericht auf S. 2

### Arbeitszeit

Risiken und Chancen von neuen Arbeitszeitmodellen im Klinikum

Lesen Sie auf S. 8

### Neue Versorgungsformen

Erste integrierte Verträge des Klinikums unter Dach und Fach

Mehr dazu auf S. 5

### Konvergenz

Welche Maßnahmen das Klinikum ergreifen wird, erfahren Sie

auf S. 3

Krankenhaus-Zeitung

Juli 2005  
Ausgabe Nr. 7

## Neue Diagnostik und Therapie des Dünndarms

Neuartige Technik ermöglicht erstmals eine vollständige nicht-invasive Spiegelung des Dünndarms. Zur Inspektion und gleichzeitigen Therapie des gesamten Dünndarms war bisher eine Operation nötig.

Die ersten Einsätze der neuen Doppel-Ballon-Enteroskopie (DBE) wurden in Deutschland im letzten Jahr durchgeführt; seit Frühjahr dieses Jahres steht das neue Gerät auch bei Priv. Doz. Dr. Max Reinshagen in der Medizinischen Klinik I zur Verfügung.

Das Neue an diesem Verfahren sind zwei Ballons mit deren Hilfe der stark gewundene und bis zu sechs Meter lange Dünndarm quasi aufgefädelt wird und sich das Endoskop im Dünndarm wie eine Raupe vorwärts bewegt. Verwendet wird dazu ein Videoskop mit Arbeitskanal, das in

einem schlauchartigen Übertubus steckt und entweder über den Mund oder durch den After bis in den Dünndarm geschoben wird.

Die Möglichkeiten gehen sogar über die Diagnostik hinaus und reichen in den operativen Bereich hinein. Entdeckt der Arzt beispielsweise während des Endoskopierens eine Gewebeveränderung, kann er über den Arbeitskanal zusätzlich Instrumente einführen und aktiv werden.

Das Verfahren ist jedoch personal- und zeitintensiv, denn pro

Vorschubmanöver können maximal 40cm Dünndarm „aufgefädelt“ werden. Eine vollständige Untersuchung dauert zwei Stunden und wird in der Regel von zwei Ärzten durchgeführt. Der Patient schläft während des Eingriffs und wird durch eine Pflegekraft betreut. Geeignet ist das Verfahren für Patienten mit Blutungen, deren Ursache mit herkömmlichen Methoden nicht geklärt werden kann.

„Wir freuen uns, dass wir diesen Patienten jetzt eine Operation zur Diagnostik ersparen können“, so Dr. Max Reinshagen, „und dass wir gleichzeitig einen weiteren Schritt näher an ein überregionales gastroenterologisches Hochleistungszentrum herangekommen sind.“



Stationsleitung Marita Jaitner und Chefarzt Dr. Max Reinshagen präsentieren die neue Technik der Doppel-Ballon-Enteroskopie.

## Pflegekongress Urologie

Am 16. Juni fand der dritte Urologische Pflegekongress mit rund 100 Teilnehmern aus deutschsprachigen Ländern zum ersten Mal in Braunschweig statt. Die Pflegegruppe der Schweizer Stiftung Prostatakrebsforschung veranstaltet den Pflegekongress seit 2003.

Thema des Kongresses sind die besonderen Probleme des alternen Mannes, speziell die Prostataerkrankungen und die oft damit einhergehende erektile Dysfunktion. „Prostatakrebs ist die häufigste Krebsart des Mannes“, so Prof. Dr. Peter Hammerer, Chefarzt der Urologischen Klinik. In Braunschweig gibt es jährlich rund 300 Neuerkrankungen. Ziel des Kongresses ist es, die Qualität

der Patientenversorgung unter Einbezug der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zu verbessern. Neben Referenten aus Braunschweig und Aarau kamen die Vortragenden von der Medizinischen Hochschule Hannover, den Universitätskliniken in Essen und Heidelberg sowie der Euro-Med Clinic in Fürth. Am Vorabend der Veranstaltung wurden die Schweizer Kollegen mit einer Floßfahrt über die Oker in Braunschweig begrüßt. „Wir hätten nicht gedacht, dass es in Braunschweig so grün ist“, lobt der Präsident der Pflegegruppe Thomas Lautenschlager. Nicht nur deswegen steht fest, dass der Kongress in Zukunft abwechselnd in Aarau in der Schweiz und Braunschweig stattfinden wird. (Sc)

## Erstes Betriebsfest

Am 22. September 2005 findet das erste gemeinsame Betriebsfest für alle Mitarbeiter des Klinikums statt.

Geboten wird eine Varietévorstellung mit buntem Abendprogramm von Akrobatik bis Jonglage. Veranstaltungsort ist das



Jedes Jahr zum Sommerende heißt es „Vorhang auf“ für Kultur im Zelt.

rote Kulturzelt, eine Attraktion die inzwischen auch über Braunschweig hinaus bekannt ist.

Die Klinikumsmitarbeiter werden eine Vorstellung sehen, die auch im normalen Veranstaltungsprogramm des Festivals angeboten wird. Nur mit dem Unterschied,

dass der Eintritt frei ist und dass sie garantiert nette Kollegen treffen. Einlass ist ab 18:00 Uhr, das Abendprogramm beginnt um 20:00 Uhr und dauert ca. 2 Stunden.

Wie auch im letzten Jahr steht das Zelt im Bürgerpark. Auf dem Gelände sind Restaurants und Sitzgelegenheiten; für Getränke und Verpflegung muss jedoch jeder selbst aufkommen.

Die Betriebsleitung freut sich, dass die Mitarbeiter zu einem Fest eingeladen werden können. Damit verbunden ist der Dank an alle Beschäftigten für gute Leistungen in schwierigen Zeiten. **Karten im IfW (Tel.2832).**

### Lesen Sie in dieser Ausgabe

#### Aus der Geschäftsleitung S. 2-3

Bauprojekte, Neue Strukturen im Labor, Bluttransport neu organisiert, MVZ geplant, Maßnahmen Konvergenzphase

#### Projekte S. 4

Personalentwicklung, Patientenbefragung, Änderungen in der Entgeltzahlung

#### Aktuelles aus Medizin, Therapie und Pflege S. 5-8

Integrierte Verträge abgeschlossen, Einführungsstand Primary Nursing, Behandlungspfade, Physiotherapie, Sicherheitsthema: Handhygiene, Arbeitszeitmodelle: Risiken und Chancen, Pränatalzentrum geplant



#### Schwerpunkthema S. 9

Der Weg eines Arzneimittels – ein Produktionstag in der Apotheke

#### Der Betriebsrat informiert S. 10

Betriebsversammlung, Rehasentrum, Tarif ÖD-Bereitschaftsdienst, Nacht der Arbeit

#### Service/Menschen S. 11

Weiterbildung, Dienstjubiläen, Termine, Ausbildung

#### Panorama S. 12

Serie: Ehrenamt im Klinikum: Seelsorge, Verabschiedung Prof. Dr. Grospietsch, Spendenübergabe BKK Running Tour, Kurzportrait: Dr. Goetz und Prof. Dr. Oehme

## Bauprojekte 2005

Dass im Klinikum viel gebaut und modernisiert wird, ist bekannt. Wie viele Baumaßnahmen tatsächlich gerade laufen, zeigt die unten stehende Auflistung. Klinikum aktuell wird von dieser Ausgabe an immer ein aktuelles Bauprojekt vorstellen. Dieses Mal die Neurologie.

Zwei-Standorte-Konzept	Förderantrag	gestellt
S2 Aufnahmestation		Fertiggestellt
S2 Neurologie	Umbau u. Sanierung	In Bau
S2 Zentral-OP	Optimierung der Ver- und Entsorgung	In Bau
S2 MED 2.1	Erweiterung der IMC-Einheit auf 12 Betten	In Planung
S2 MED IPS	Sanierung	In Planung
S3 Stationen MED III und MKGI, IKO und Anästhesie		Fertiggestellt
S3 OP-Abteilung	Aufwachraum	In Planung
S3 Station MKG II	Zusammenlegung mit der Station MKG I	In Planung
S3 Radioonkologie u. Strahlentherapie	Afterloading	In Planung

## Umbau/Sanierung der Neurologischen Klinik



Der erste Bauabschnitt in der Neurologie wird Ende Juli 2005 abgeschlossen.

Das Gesamtprojekt „Neubau der Psychiatrie und Umbau der Neurologie“ umfasst ein Investitionsvolumen von rund 18,8 Mio. €.

Der Neubau der Psychiatrischen Abteilung wurde im Jahr 2002 fertiggestellt. Das ehemalige Psychiatriegebäude wird seit 2003 für die Neurologische Klinik umgebaut und saniert. Der erste Bauabschnitt wird im Juli 2005 fertiggestellt. Die Sanierung soll 2006 vollständig abgeschlossen sein.

Dann werden sich alle drei neurologischen Pflegestationen mitsamt Therapieräumen, der Stroke Unit und dem Schlaflabor in diesem Gebäude befinden. Dazu kommen sechs neurochirurgische Betten, um die interdisziplinäre Zusammenarbeit durch räumliche Nähe zu unterstützen. Die Neurologie bekommt eine direkte Anbindung an den Funktionstrakt, wodurch die Erreichbarkeit der dort befindlichen diagnostischen Dienste, der Intensivpflege und der physikalischen Therapie für die neurologischen Patienten wesentlich verbessert wird.

Im Erdgeschoss sind zwei Pflegestationen mit je 24 Betten (27 aufstellbaren Betten) vorgesehen. Im Obergeschoss befindet sich eine Pflegestation mit 32 Betten (34 aufstellbaren Betten). 6 Betten davon sind der Stroke-Unit zugeordnet. Der Therapiebereich ist im Dachgeschoss geplant. Am Haupteingang wurde eine neue Treppe mit Treppenhaus gebaut, die neben ihrer Fluchtwegfunktion auch eine deutlich bessere Erschließung des Gebäudes und eine optimale Orientierung für Besucher und Patienten ermöglicht. Unterstützt wird dieser Effekt durch die Betonung der Eingangssituation mit einem Glasbau. Zur Integration des neuen Treppenhauses wurde der Mittelflügel im Bereich der alten Dachterrasse (1. Obergeschoss) erweitert. Die Flächen über den Flachbauten werden zu Dachterrassen ausgebaut. Die Station im Obergeschoss erhält so einen zusätzlichen Außenraum als wertvolle Ergänzung.

## Neue Strukturen im Labor

Das Klinikum setzt die Umstrukturierung der Laborlandschaft mit zwei weiteren Maßnahmen fort. Die Fremdvergabe von Laborleistungen ist ab Juli gebündelt und der Einkauf von Geräten und Reagenzien wird europaweit ausgeschrieben. Beide Veränderungen basieren auf einem externen Gutachten, das die Geschäftsleitung in Auftrag gegeben hatte.

Seltene und teure Spezialleistungen wie z.B. die Bestimmung von FSH führt das Klinikum nicht selbst durch, sondern vergibt sie an externe Dienstleister. Bisher regelten die Stationen vor Ort die Laboranforderung und Befundübermittlung mit dem entsprechenden Labor. Dabei existierte keine Transparenz über das tatsächliche Leistungsvolumen und die vertraglichen Konditionen. Seit Juli vergibt das Klinikum alle diese externen Laboranforderungen zu besseren Konditionen als bisher nur noch an einen zentralen Anbieter, nämlich an die Laborpraxis Schöngen/Stollberg aus Leverkusen. Zudem wurde der Ablauf verändert, denn der Versand läuft jetzt zentral über das Institut für Immunologie, Mikrobiologie und Krankenhaushygiene (IMIK) und nicht mehr dezentral von den Stationen aus.

### Europaweite Ausschreibung

Den Löwenanteil aller Laborleistungen führt das Klinikum natürlich selbst in seinen Laboren durch. Durch die gewachsenen Strukturen sind diese jedoch mit Geräten unterschiedlicher Hersteller ausgestattet. Die Folge ist, dass die Preise sowohl für Geräte als auch für Reagenzien mit all diesen Lieferanten getrennt verhandelt werden müssen. Jetzt soll die Zahl der Lieferanten reduziert und gleichzeitig die Geräte- und Reagenzienausstattung aller Labore vereinheitlicht werden. Das Ziel ist es, ein Maximum an



Kathrin König, Mitarbeiterin im IMIK, an einem Einleseplatz, von dem aus die externen Laboranforderungen zentral versendet werden.

hochwertiger Laboranalytik mit einer minimalen Anzahl von Diagnostika- und Gerätehersteller zu erreichen.

Eine unverbindliche Preisabfrage hat ein jährliches Einsparpotential von 650 000 - 700 000 Euro ersichtlich gemacht. Um die gesamte Diagnostik auf ein einheitliches Apparate- und Reagenzienkonzept umzustellen, ist eine europaweite Ausschreibung notwendig. Die Leistungsbeschreibung übernimmt eine interne Arbeitsgruppe. Wenn alles nach Plan läuft, wird die „klinische Chemie“ (z.B. Natrium- oder Kaliumkonzentration) als erster Bereich Anfang 2006 umgestellt.

### Weitgreifendes Gesamtkonzept

Das Gesamtkonzept zur Neuordnung der Labore geht allerdings weit darüber hinaus. Das Gutachten schlägt vor, die ursprüngliche Zahl von neun (!) Laboren zu reduzieren, Aufgaben zu zentralisieren und klare Leitungsstrukturen zu schaffen. Dazu gehört auch die räumliche Zusammenfassung der Laborstan-

dorte auf der Grundlage des Zwei-Standorte-Konzepts. Geplant ist, in einem ersten Schritt alle Labore am Standort 3 ab 2006 im Hastra-Gebäude unterzubringen. Für den notwendigen Umbau des Gebäudes muss das Klinikum 6 Mio. € bereitstellen; die Entscheidung darüber soll möglichst noch im Jahr 2005 getroffen werden.

Die strukturellen Veränderungen hingegen sind bereits eingeleitet worden: Der Betrieb des Labors in der Abteilung für Nuklearmedizin und des Labors am Standort 4 sind auf das Zentrallabor am Standort 2 übertragen worden. Sowohl das Zentrallabor am Standort 2 als auch das Labor am Standort 1 sind der Leitung des IMIK unterstellt worden. Ob auch die Bestimmung von Arzneimittelkonzentrationen, wie es der Gutachter vorschlägt, in den kommenden Jahren in das IMIK integriert wird, muss noch entschieden werden.

Die kleineren Bereiche – das Hämatologielabor und das ZEM – sind in ihrer ursprünglichen Form erhalten geblieben. (Sc)

## Budgetierung von Laborleistungen

Seit 2005 hat jede Klinik und Abteilung ein Budget für Laborleistungen. Dadurch sollen die Kosten der Labore reduziert werden. Zielvorgabe der Geschäftsführung ist es, die Laborleistungen im stationären Bereich im Vergleich zum Jahr 2004 um ca. 10% zu verringern.

Auf der Grundlage des Laborgutachtens der Firma 1K und in Zusammenarbeit mit der Labor-

kommission wurde festgestellt, wie viel jede Laborleistung kostet. Auf dieser Grundlage wurde jeder Klinik ein Budget zugeordnet, aus dem die Leistungen der folgenden Labore finanziert werden müssen: Klinisches Labor S1, Klinisches Labor S2, Klinisches Labor S3 und das Hämatologie Labor. Im Rahmen der Budgetgespräche 2005 hat die Geschäftsführung diese Vorgaben mit den Chefärzten und Leitenden Abteilungsärzten vereinbart.

### Zwischenergebnis bis April 2005 (nur stationär):

Bisher wurden Laborleistungen für ca. 800 Fälle mehr angefordert, als 2004 im gleichen Zeitraum (+3%) aber es wurden ca. 80.000 Parameter weniger bestimmt als 2004 (-10%). Pro Fall forderten die Kliniken durchschnittlich 4 Parameter weniger an als 2004 (-12%).

Quelle: Controlling

## Maßnahmenkatalog Konvergenzphase

Der Aufsichtsrat hat den Maßnahmenkatalog zur Bewältigung der Konvergenzphase zustimmend zur Kenntnis genommen und den Businessplan 2005 – 2010 beschlossen.

Durch die Konvergenzphase wird das Klinikum mit Budgeteinbußen konfrontiert – internen Berechnungen zufolge ist ein Betrag von insgesamt 9,2 Mio. € bis 2009 wahrscheinlich. Für das Jahr 2005 bedeutet dies konkret 1,4 Mio. € weniger in der Kasse. In den Jahren 2006 – 2008 sind es gut 1,8 Mio. € weniger pro Jahr und 2009 wird das Budget schließlich um 2,3 Mio. € verringert. Klarheit besteht allerdings erst nach den Verhandlungen mit den Krankenkassen vor Ort.

Doch das Klinikum steht auf wirtschaftlich solidem Fundament und kann durch eine gemeinsame Kraftanstrengung möglicherweise sogar gestärkt aus dieser schwierigen Phase hervorgehen. Gelingen kann dies durch eine konsequente Stärkung der Kernkompetenzen, nämlich der stationären und ambulanten Krankenversorgung und der in diesem Zusammenhang vorzuhaltenden Ressourcen. Was nicht zur Kernkompetenz gehört, muss sorgfältig geprüft werden. Oberstes Ziel ist und bleibt, trotz Bud-

geteinbußen die Qualität der Versorgung, die Zahl der Patienten und den Casemix mindestens auf dem aktuellen Niveau zu halten.

Dafür haben wir bereits im Jahr 2004 folgende wichtige Strukturmaßnahmen eingeleitet, die im positiven Jahresergebnis sichtbar werden:

- Kapazitätsanpassung der stationär aufgestellten Betten
- Absicherung des Wahlleistungsangebotes
- Zentralisierung von Funktionsbereichen (Labore, OP und Sterilisation)
- Outsourcing/Tochtergesellschaften/Insourcing

Doch angesichts der hohen Summe, die eingespart werden muss, müssen die genannten Maßnahmen fortgesetzt und weiter geprüft werden. Dazu gehören z.B. Reduzierung der Kosten für Instandhaltung

- Weitere Kapazitäts- und Ressourcen-Optimierung im stationären und ambulanten Bereich
- zusätzliches Angebot ambulantes Operieren



Aufsichtsratsvorsitzender Dr. Udo Kuhlmann (li.) und Geschäftsführer Helmut Schüttig bei der Aufsichtsratssitzung am 17. Juni. Dr. Udo Kuhlmann hat diese Position seit der Pensionierung von Dr. Bernd Gröttrup übergangsweise übernommen, bis ein neuer Sozialdezernent gewählt wird.

Foto: Bernd Elmenthaler

- Grundstücks- und Gebäudemanagement
- Einsparung im medizinischen Sachbedarf.
- Wirtschaftliche Konsolidierung des Reha-Zentrums.
- IT-Projekte PACS/Multimedia Archiv
- Gründung eines MVZ

Zudem trägt die weitere Umsetzung des Zwei-Standorte-Konzepts wesentlich zur erhöhten Wirtschaftlichkeit bei, vor allem, wenn der Standort 4 nach Abschluss des ersten Bauabschnitts aufgegeben werden kann. Dann entfallen dort Infrastrukturkosten für interne und externe Transpor-

te, Instandhaltung, Energie, Entsorgung usw. Auch am Standort Celler Straße werden wesentliche Teile neu gestaltet, so dass dort dann keine größeren Instandhaltungskosten mehr anfallen.

Die Umsetzung kann jedoch nur in Phasen vollzogen werden. Der Wirtschaftsplan für das Jahr 2005 ist kaufmännisch vorsichtig erstellt und hat bereits eine geschätzte Stufe der Konvergenzphase einkalkuliert. An diesem Plan muss grundsätzlich nichts verändert werden. Wie die oben genannten Themen in den Jahren 06/07 konkret realisiert werden, wird in den Budgetgesprächen zwischen Geschäftsführung und den anderen zu beteiligenden Leitungskräften im Herbst 2005 festgelegt.

Die Umsetzung der Maßnahmen erfordert die ganze Kraft und Konsequenz aller Leitungskräfte und Mitarbeiter. Das Konzept soll trotz erheblicher Sparmaßnahmen dazu beitragen, den medizinischen Fortschritt zu realisieren, die Maximalversorgung zu stärken und die Position des Klinikums in der Region Braunschweig auszubauen.

Von Helmut Schüttig

## Der Weg des Blutes

Das Thema Blut spielt im Krankenhaus naturgemäß eine wichtige Rolle. Im Klinikum ist das Institut für Klinische Transfusionsmedizin für die gesamte Blutversorgung verantwortlich. Von der Celler Straße aus beliefert es alle anderen Standorte mit dem „wertvollen Lebenssaft“. Seit März 2005 ist der Transport von Blutprodukten neu organisiert.

„Unternehmen, die Blutprodukte transportieren, müssen besondere Anforderungen erfüllen“ erklärt Dr. Henk Garritsen, Leiter des Instituts. Zum einen muss der Weg von Spendervene zu Empfänger-vene immer klar nachvollziehbar sein, d.h. der Transport jedes einzelnen Blutproduktes muss genau dokumentiert werden. Zum anderen müssen Blutprodukte konform zu den umfassenden gesetzlichen Vorgaben gelagert und transportiert werden. Dabei gelten für die unterschiedlichen Blutkomponenten verschiedene Vorgaben für die Lagerungs- und Transportbedingungen, wie z.B. die Temperatur.

Die externe Firma, die seit März die Blutprodukte innerbetrieblich transportiert, hat sich auf die



Der Leiter des Instituts für Transfusionsmedizin Dr. Henk Garritsen (li.) und die beiden Mitarbeiter der externen Firma, die seit März die Blutprodukte transportiert.

Beförderung von Blutprodukten spezialisiert. Für den Transport der sensiblen Präparate kommen Spezialcontainments mit integrierter Temperaturüberwachung und -aufzeichnung zum Einsatz, die zum Beispiel auch von der Bundeswehr verwendet werden.

Das speziell ausgebildete Personal steht seitdem vor Ort mit seinen Einsatzfahrzeugen rund um die Uhr zur Verfügung um die Patienten auch im Notfall jederzeit schnell und sicher mit Blutkonserven zu versorgen. Der professionelle Transport ist eines der

letzten Puzzlestücke im Projekt zur Verbesserung der Blutproduktlogistik. Außerdem spielen die EDV-Dokumentation und die Einführung von offiziellen Depots eine wichtige Rolle. Die Umorganisation der Blutproduktlogistik hat sich für das Klinikum auch finanziell bemerkbar gemacht, z.B. weil nicht benötigte Blutprodukte schnellstmöglich rückgeführt und damit einem anderen Patienten zur Verfügung gestellt werden können. Bereits wenige Monate nach der Umstellung sind Einsparungen vorzuweisen. (Sc)

## MVZ geplant

Das Klinikum plant im Laufe dieses Jahres ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) im Bereich der ambulanten Onkologie in der Celler Straße zu gründen. Vorrangiges Ziel, das er damit verbinde, sei die Beibehaltung der Patientenversorgung auf höchstem Niveau durch Sicherung der bisherigen Strukturen, sagte Geschäftsführer Helmut Schüttig.

Ein MVZ ist ein Zusammenschluss verschiedener Ärzte in einer räumlichen Einheit nach dem Vorbild der Polikliniken in der ehemaligen DDR. Die gesetzlichen Voraussetzungen wurden zum 1.1. 2004 geschaffen; seitdem kann jeder, der über mindestens 2 Arztsitze unterschiedlicher Fachrichtungen verfügt, ein solches Zentrum gründen.

Der Gesetzgeber verspricht sich dadurch mehr Wettbewerb und mehr Effizienz im Gesundheitswesen. Die Intention des Klinikums ist es jedoch nicht, eine Wettbewerbssituation aufzubauen, sondern das bisherige Angebot für die Patienten zu

erhalten. Ganz konkret ist damit die Versorgung der Patienten in der interdisziplinären Kurzzeitonkologie gemeint. Diese wird bisher durch Prof. Dr. Bernhard Wörmann auf der Basis einer eingeschränkten Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung geleistet.

Durch Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), darf Prof. Wörmann nun in jedem Quartal deutlich weniger Leistungen in der ambulanten Versorgung erbringen. In Kombination mit der Einschränkung seiner persönlichen Ermächtigung bedeutet dies eine Reduktion um 85%. Für die Patienten, die die ambulante Versorgung nicht zuletzt aufgrund der räumlichen und personellen Nähe zu den stationären Einrichtungen sehr schätzen, wäre dies ein Verlust.

Die Gründung des MVZ löst dieses Problem, weil an einen Arztsitz immer eine vollständige Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung gebunden ist. Die Patienten können dann weiterhin so versorgt werden wie bisher.

# Projekte

## Patientenbefragung

Befragungen zur Kundenzufriedenheit haben sich mittlerweile in fast allen Bereichen des täglichen Lebens etabliert. Auch eine wachsende Zahl von Krankenhäusern ist daran interessiert, wie die Patienten ihren Krankenhausaufenthalt bewerten.

So auch das Klinikum Braunschweig, das ab August mit kontinuierlichen Patientenbefragungen beginnt. Mit ersten Ergebnissen rechnet Tobias Capelle, der das Projekt betreut, Ende des Jahres 2005.

Das Besondere an der Befragung ist, dass sie gemeinsam mit anderen Krankenhäusern durchgeführt wird. Partner sind bisher Karlsruhe und Celle, weitere Krankenhäuser können hinzukommen.

Die Umfrage liefert damit also nicht nur Ergebnisse über das Klinikum Braunschweig, sondern auch darüber, wie man im Vergleich zu den anderen Krankenhäusern positioniert ist. Interessant ist dabei vor allem Karlsruhe, weil es von der Größenordnung her mit dem Klinikum vergleichbar ist.

Der Fragebogen hat rund 30 Fragen und ist in vier Kategorien eingeteilt: Terminplanung, Freundlichkeit, Fachkompetenz, Serviceleistungen/Räumlichkeiten sowie eine Gesamtbeurteilung. Außerdem werden die Patienten danach befragt, wie wichtig die einzelnen Kategorien jeweils für sie sind.

Jeder Patient bekommt den Fragebogen bereits am Aufnahmetag und kann ihn in einen der dafür aufgestellten Briefkästen im Haus werfen. Die Gesamtbewertung ist dann die Basis für mögliche Veränderungen, so können z.B. gezielt Fortbildungen zu bestimmten Themen angeboten sowie Prozesse und Abläufe verbessert werden.

Die Befragung wird dauerhaft fortgeführt, so dass durch die Rückmeldung der Patienten ein ständiger Verbesserungsprozess möglich ist. In regelmäßigen Abständen werden Ergebnisse veröffentlicht.



„Wie geht es Ihnen heute?“ Freundlichkeit und Fachkompetenz sind zwei wichtige Kategorien in der Patientenbefragung des Klinikums.

## Personalentwicklung

Anfang Juni hat die Betriebsleitung erstmals den neuen Leitfaden zur Personalentwicklung vorgestellt. In ihm sind alle bereits vorhandenen Aktivitäten in diesem Bereich in einem Konzept zusammengefasst und erweitert worden.

Allgemein formuliert ist Personalentwicklung alles, was Mitarbeiter befähigt, aktuelle und zukünftige Aufgaben besser und dauerhafter zu bewältigen. Vieles davon ist im Klinikum bereits vorhanden, jedoch nicht flächendeckend. Deswegen setzte die Betriebsleitung Ende 2003 eine Projektgruppe ein, die alle Bausteine gebündelt und Empfehlungen für weitere Maßnahmen ausgesprochen hat.

### Leitbild für das Klinikum und Fortbildungskommission

An erster Stelle dieser Empfehlungen steht ein Leitbild, das Werte, Führungsverständnis und Unternehmensphilosophie des Klinikums abbildet. „Wer Personalentwicklung betreiben will, muss wissen, wohin die Reise geht“, begründet Projektleiter Lutz Paschen. Wenn im Leitbild des Klinikums z.B. Teamarbeit und partnerschaftliches Verhalten am Arbeitsplatz festgelegt werden, setzt dies Maßstäbe für das tägliche Miteinander.

Steht das „Reiseziel“ dann fest, rückt, um im Bild zu bleiben, der Weg in den Vordergrund. Daher empfiehlt die Projektgruppe, als zweite Maßnahme eine Kommission zu gründen, die Module für gemeinsame berufsgruppenübergreifende Fortbildungen für Führungskräfte entwickelt. „Doch es geht keinesfalls nur um Schulungen“, unterstreicht Barbara Weidel, die ebenfalls in der Pro-



Die Projektgruppe Personalentwicklung

jektgruppe mitgearbeitet hat. „Wichtig ist uns, dass allen Mitarbeitern bewusst wird, dass auch Alltagssituationen zum Lernen genutzt werden können“. Auch der Blick über den Teller- rand des eigenen beruflichen Umfeldes und das gemeinsame Lernen gehört zur Personalentwicklung dazu.

### Personalentwicklung ist nie abgeschlossen.

Angesichts des steigenden Durchschnittsalters der Belegschaft ist Gesundheitsförderung auch im Klinikum ein großes Thema der Personalentwicklung. Schon heute sind nahezu 50% aller Mitarbeiter zwischen 35 und 45 Jahre alt. Was das für die zukünftige Altersstruktur bedeutet, kann sich jeder selbst ausrechnen. Hinzu kommt, dass heutige Arbeitnehmer vermutlich später in Rente gehen wer-

den als früher. Sie müssen sich ihre Arbeitskraft und -motivation also länger erhalten. Um herauszufinden, wie zufrieden die Mitarbeiter tatsächlich sind, wird eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Den Fragebogen haben Dr. Gesa Horst-Schaper und Barbara Weidel bereits erarbeitet und getestet. Der konkrete Befragungszeitpunkt steht noch nicht fest.

Da sich die beruflichen Anforderungen ständig verändern, ist auch Personalentwicklung nie abgeschlossen, sondern eine dauerhafte Aufgabe. Sie soll Unternehmen durch qualifiziertes Personal für die Zukunft rüsten und gleichzeitig genau diesen Mitarbeitern einen attraktiven Arbeitsplatz bieten.

Mehr dazu im Intranet unter Themen/Personalentwicklung. (Sc)

## Entgeltfortzahlung nur noch 6 Wochen

Ab 1. Oktober 2005 haben alle Arbeitnehmer des Klinikums nur noch 6 Wochen Entgeltfortzahlung, so geregelt im neuen Tarifvertrag TVöD. Für Sie hat das erhebliche Auswirkungen, die abhängig davon sind, wann Sie Ihre Beschäftigung im Klinikum aufgenommen haben.

Nach dem 30. Juni 1994 eingestellt  
Sollten Sie nach dem 30. Juni 1994 eingestellt worden sein, so tritt für Sie keine wesentliche Änderung ein und Sie brauchen

nichts veranlassen. Sie erhalten ab der 7. Woche Krankengeld von Ihrer Krankenkasse und das Klinikum zahlt Ihnen einen Zuschuss zum Krankengeld. Der Zuschuss errechnet sich aus Ihrem Nettoentgelt und dem Brutto-Krankengeld. In der Regel fällt nur in den unteren Lohngruppen ein Zuschuss an.

### Vergleichsberechnung Krankenschwester, verh. 1 Kind, Steuerklasse 4, Kirche rk

Bruttoentgelt	2.680,95 €
Schichtzulage	35,79 €
Urlaubslohnzuschlag	118,36 €

Gesamtbrutto	2.835,10 €
Abzüge Steuern	603,59 €
Abzüge Soz.Vers.	622,09 €
Netto	1.609,42 €
Brutto-Krankengeld	./ 1.640,10 €
Zuschuss v. Klinikum	- €

Vor dem 1. Juli 1994 eingestellt  
Würden Sie vor dem 1. Juli 1994 eingestellt, so beträgt Ihre Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall bisher 26 Wochen. Diese Regelung gilt nur noch bis zum 30. September 2005.

Das bedeutet, dass bei einer Krankheit die länger als 6 Wo-

chen andauert, Ihre Krankenkasse bereits ab der 7. Woche Krankengeld zahlen muss. Auch Sie erhalten ab der 7. Woche einen Krankengeld-Zuschuss; es wird jedoch das Netto-Krankengeld zur Berechnung herangezogen.

Bruttoentgelt	2.680,95 €
Schichtzulage	35,79 €
Urlaubslohnzuschlag	118,36 €
Gesamtbrutto	2.835,10 €
Abzüge Steuern	603,59 €
Abzüge Soz.Vers.	622,09 €
Netto	1.609,42 €
Netto-Krankengeld	./ 1.413,00 €
Zuschuss v. Klinikum	196,42 €

Bisher wurde der Krankengeldzuschuss bis zum Ende der 26. Woche gezahlt. Dieser Zeitraum ist um 13 Wochen verlängert worden. Damit liegt nur für diejenigen eine Besserstellung vor, die einen Zuschuss auch tatsächlich erhalten.

### Was sollten Sie tun?

Überprüfen Sie Ihren Versicherungsschutz und handeln Sie rechtzeitig.

Dirk Brons, Tel. 1529

## Integrierte Versorgung

Das Klinikum Braunschweig hat zwei Verträge zur integrierten Versorgung mit der Taunus BKK (ehemals BKK Stadt BS) abgeschlossen.

Der erste Vertrag im Rahmen der ambulanten Rehabilitation richtet sich an Patienten

- mit chronischen Rückenschmerzen
- nach endoprothetischen Eingriffen (in Analogie zur Anschlussheilbehandlung AHB)
- mit Kreuzbandersatzplastik (ambulante wohnortnahe Frührehabilitation)

Der zweite Vertrag gilt der ambulanten standardisierten Wundversorgung. Die Teilnahme der Patienten ist freiwillig.

Ziel dieser Programme ist eine unter mehreren Therapeuten koordinierte Versorgungsabstimmung.

## Ambulante Reha

Rückenschmerzen gehören zu den am meisten beklagten Beschwerden in der ärztlichen Versorgung. Die Zahl an Patienten mit langen und schweren Verläufen hat deutlich zugenommen. Aus diesem Grund hat das Ambulante Therapiezentrum mit Physio- und Sporttherapeuten, Masseuren, Psychologen und Schmerztherapeuten ein komplexes Rehakonzept in Kooperation mit der Taunus BKK erarbeitet.



Mitarbeiter des Reha-zentrums, der Betriebsführung und der Taunus BKK nach der offiziellen Unterzeichnung des Vertrages.

Ziel ist es, Rückenschmerzen mit all ihren negativen Folgen wie Krankenhausaufenthalte, Operationen und Arbeitsunfähigkeit möglichst zu vermeiden. Bei Patienten mit fortgeschrittenen Beschwerden steht die Reduzierung der Schmerzen und der Zugewinn an Lebensqualität im Vordergrund. Erreicht wird dies durch die umfassende interdisziplinäre Zusammenarbeit der Experten an einem Ort direkt mit dem Patienten. Konkret wird der Patient durch gezieltes Ausdauer- und Kräftetraining gestärkt. Gleichzeitig lernt er, sein Verhalten

zu ändern und die psychosomatischen Zusammenhänge der Schmerzbewältigung zu verstehen. Hilfreich wird auch der Austausch mit anderen Betroffenen sein, denn die Reha wird in Kleingruppen zu acht Personen durchgeführt.

Am Beginn der Behandlung steht immer eine Untersuchung durch die Leitende Ärztin des Reha-zentrums Dr. Nicola Stapenhorst. Das Ergebnis zeigt, ob der Patient unter chronischen Beschwerden oder einer beginnenden Chronifizierung leidet; je nachdem wird

er unterschiedlichen Modulen zugeordnet, die 4 Wochen intensiv bzw. 6 Monate einmal wöchentlich durchgeführt werden. Außerdem beinhaltet der Vertrag Programme für zwei weitere Zielgruppen: Patienten nach endoprothetischen Eingriffen (in Analogie der AHB; nur als ambulante Versorgung) und mit Kreuzbandersatzplastik, die jetzt auch wohnortnah im Rehazentrum in der Nimes Straße behandelt werden können.

**Ansprechpartnerin Dr. Stapenhorst Tel. 595 1788.**

## Wundheilungszentrum eröffnet

Ca. vier Mio. Patienten in Deutschland leiden unter chronischen Wunden, dies geht aus einer Studie der Universität Bremen hervor. Ständige Schmerzen, endlose Verbandswechsel und zahlreiche Behandlungsstationen sind die Folgen für die Betroffenen.

Der zweite integrierte Vertrag zwischen Klinikum und der Taunus BKK gilt deshalb der standardisierten Versorgung von Wunden in einem neuen Wundheilungszentrum, das von Dr. Burckhard Scheffer, Oberarzt in der Med. I, geleitet wird.

Nachdem der Hausarzt seinen Patienten an das Klinikum überwiesen hat, wird die Wunde über

mehrere Wochen hinweg ambulant versorgt. Dies geschieht in der ersten Woche täglich, danach in regelmäßigen Abständen. Zusätzlich zur Behandlung wird die Wunde regelmäßig fotodokumentiert. Zwischen den Terminen zur ärztlichen Wundversorgung im Klinikum versorgt speziell geschultes Pflegepersonal auch an den Wochenenden, den Patienten zu Hause. Wenn die Wunde verheilt ist, wird der Patient wieder zum Hausarzt entlassen.

Die häufigsten Formen von chronischen Wunden sind Patienten mit venösen Gefäßschädigungen (offene Beine), Dekubitus und dem diabetischen Fuß. Für sie bedeutet die Teilnahme eine optimale ärztliche Betreuung, best-

mögliche Verbandsmittel und damit die schnellste Möglichkeit, wieder gesund zu werden. Auch gesundheitspolitisch sind solche Projekte interessant, denn die Ausgaben für die Versorgung chronischer Wunden werden auf 5 Milliarden Euro jährlich geschätzt. Durch die koordinierte Zusammenarbeit errechnet die oben zitierte Studie ein Einsparpotential von 2 Mrd. Euro pro Jahr, weil z.B. Wiedereinweisungen in das Krankenhaus nicht mehr notwendig sind.

Auch das Klinikum profitiert, denn solche Patienten, die z.B. auf der Diabetes Station (Med. I.2) liegen, können dann früher entlassen werden, weil die Wunde auch ambulant in hoher Qualität weiterbe-

## Fragen an:

Dr. Wolfgang Koß, der das Programm für Patienten mit Rückenbeschwerden schmerztherapeutisch begleitet.

**Klinikum aktuell:** Was ist das Besondere an dem Programm zwischen Klinikum und Taunus BKK?

**W. Koß:** Es ist die Zusammenarbeit zwischen mehreren Fächern: in diesem Fall der Psychologie, der Krankengymnastik und Physiotherapie sowie der Schmerztherapie, um die Patienten multimodal zu behandeln.

**Klinikum aktuell:** Welche Aufgaben übernimmt speziell die Schmerztherapie dabei?

**W. Koß:** Sie führt eine Edukation durch. Sie informiert Patienten über die Arten und Entstehung des Schmerzes und darüber, inwieweit chronische Schmerzen die Lebensqualität beeinträchtigen und verändern. Sie erläutert, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um besser mit dem Schmerz zurechtzukommen und diesen zu therapieren.

**Klinikum aktuell:** Können Sie ein Beispiel nennen?

**W. Koß:** Zum Beispiel wird der Aufbau des schmerzleitenden Systems erläutert und gleichzeitig betont, wie wichtig körperliche Aktivitäten sind. Denn Medikamente stellen nur einen Teil der Schmerztherapie dar, genauso wie invasive Verfahren, d.h. Spritzen, Katheter, Pumpen.

Das Wichtige dabei ist, dass der Patient lernt, dass die Schmerz-



Dr. Wolfgang Koß ist Leitender Oberarzt der Anästhesieabteilung am Klinikum Braunschweig

therapie ein Baustein ist, um zu einer besseren Lebensqualität zu kommen und sich wieder in das soziale Leben zu integrieren.

**Klinikum aktuell:** Welche Vorteile bietet die Schmerztherapie dem Patienten?

**W. Koß:** Der Patient soll verstehen warum eine Schmerztherapie in einer bestimmten Form gemacht wird. Das eigentliche Ziel ist, dass er selbstständig und eigenständig wird. Genauso, wie ein Diabetiker am besten über seinen Diabetes Bescheid wissen muss – eigentlich besser als sein Therapeut –, sollte auch ein Schmerzpatient über seine Schmerzen mindestens genauso gut Bescheid wissen, wie sein Schmerztherapeut.



Dr. Burckhard Scheffer versorgt die Wunde seines Patienten ambulant.

handelt wird. Der Vertrag wurde mit der Taunus BKK abgeschlossen, alle anderen Betriebskrankenkassen beteiligen sich jedoch in Analogie des Vertrags; mit weiteren Partnern wird gerechnet.

Das Wundheilungszentrum befindet sich in den Räumen der

diabetischen Fußambulanz am Standort 2. **Terminvereinbarung: Tel. 595 2704. Fußambulanz: Tel. 595 2613 Fax: 595 2976**

*Studie: Prof. Dr. Heinz J. Janßen Institut für Gesundheits- und Pflegeökonomie, Universität Bremen 2003*

## Physiotherapie am Standort 2

Die Physiotherapie hat eine schöne und großzügige Abteilung im Untergeschoss in der Salzdahlumer Straße, die von der neuen Leiterin Sabine Monien seit knapp 2 Jahren geführt wird.

Eine Besonderheit neben all den vielen speziellen Behandlungsmethoden der Abteilung ist das Bewegungsbad, das im letzten Jahr aufwendig renoviert wurde.

Es besitzt jetzt eine neue Treppe sowie einen Lift und ist technisch auf dem neuesten Stand. Mit einer Wassertemperatur von angenehmen 34 Grad, einer Wassertiefe von 1,10 m bis 1,35 m ist das Bad für viele unter-

schiedliche Nutzer geeignet. Zudem ist es rundum mit einem Handlauf versehen und bietet somit Sicherheit und guten Halt.

Für die Wassertherapie stehen etliche Trainingsgeräte zur Verfügung. Darüber hinaus werden auch weitere Formen der Wassertherapie angeboten wie Stangerbad, Unterwassermassage, Vierzellenbad und medizinisches Bad.



Das Team der Physiotherapie freut sich über das renovierte Bewegungsbad.

## Behandlungspfade

Die moderne Medizin ist hochkomplex und individuell. Trotzdem gibt es Abläufe, die immer gleich sind und die bei jedem Patienten mit einem bestimmten Krankheitsbild durchgeführt werden. Solche standardisierten Abläufe können für alle beteiligten Berufsgruppen von der Pflege bis zur Verwaltung festgehalten werden; bezeichnet wird dies z.B. als „Clinical Pathway“, „Behandlungspfad“ oder auch „Patientenpfad“.

Auch wenn die Benennungen variieren, das Ziel solcher Pfade ist immer gleich, nämlich eine festgelegte Qualität in der Behandlung und mehr Transparenz für alle Beteiligten zu gewährleisten. Darüber hinaus sind sie ein geeignetes unternehmerisches Instrument, um die notwendigen prozessorientierten Veränderungen im Krankenhaus herbeizuführen; denn dass durch Standardisierung auch wirtschaftlicher gearbeitet werden kann, ist kein Geheimnis.

Im Klinikum Braunschweig erarbeitet eine Projektgruppe seit September 2004 eine Modellstruktur zur Entwicklung von klinischen Behandlungspfaden. Diese soll den einzelnen Kliniken dabei helfen, ihre Abläufe Schritt für Schritt für bestimmte Krankheitsbilder festzulegen. „Wir wollen einerseits den Erstellungsprozess für die Kliniken verkürzen

und andererseits darauf achten, dass die Vorgehensweise und Darstellung für alle einheitlich ist,“ erklärt Projektleiterin Dagmar Strangfeld. „In der Literatur wird häufig von mehreren Monaten gesprochen, um einen Pfad zu entwickeln und umzusetzen. Bei uns wird es durch unsere Vorarbeit schneller gehen.“

Im Vorfeld der Projektarbeit hat die Med. Klinik V einen Behandlungspfad für Patienten erstellt, die zur Nierenbiopsie kommen. Dieser wird bereits erfolgreich eingesetzt und gleichzeitig auch als Dokumentationsinstrument genutzt. Um die Anwendbarkeit der neu erarbeiteten Modellstruktur zu testen, wird nun ein klinischer Behandlungspfad in der HTG-Klinik entwickelt.

Weitere Informationen bei Dagmar Strangfeld, Tel. 2840 (Sc)

## Primary Nursing



Die Bezugspflegerin Yvonne Gasch beim Aufnahmegespräch mit einem Patienten in der Medizinischen Klinik IV.

Im Frühjahr 2003 hat das Klinikum auf den Stationen der Medizinischen Klinik IV das Primary Nursing probeweise eingeführt. Nach Abschluss dieser Phase hat sich die Pflegedirektion für eine flächendeckende Einführung entschieden.

### Was ist Primary Nursing?

Primary Nursing (PN) heißt in der wörtlichen Übersetzung „Primäre Pflege“ oder „Primärpflege“. Primäre Bezugspersonenpflege oder Primary Nursing ist ein Arbeitssystem, das bei der Zuweisung von Patienten zu Pflegekräften auf dem Prinzip der Fallmethode basiert. Primary Nursing ist 1968 in den USA in einem Universitätskrankenhaus in Minnesota von Marie Manthey und ihren Mitarbeiterinnen entwickelt worden.

Es ist eine Weiterentwicklung der schon seit Jahren praktizierten Bereichspflege, innerhalb derer eine Pflegeperson während einer Schicht die Verantwortung für die Pflege der Patienten innerhalb des ihr zugeordneten Bereiches übernimmt. Im Primary Nursing oder der Bezugspersonenpflege wird diese Idee aufgenommen und auf die gesamte Zeitdauer des Aufenthaltes eines Patienten im Klinikum ausgedehnt. In der Zeit der Abwesenheit der Bezugspflegerin führen die zugeordneten Pflegenden die Pflege entsprechend des Pflegeplans weiter.

### Kernelemente der Organisationsform Primary Nursing

#### Arbeitszuweisung nach der Fallmethode

Jeder Patient auf der Station hat eine feste, ihm zugeordnete Pflegekraft, die möglichst während des Krankenhausaufenthaltes nicht wechselt.

#### Direkte Kommunikation

Für den Patienten, die Angehörigen und alle an der Therapie beteiligten Berufsgruppen ist die Bezugspflegerin Ansprechpartnerin. Dadurch wird gewährlei-

stet, dass der gezielte Informationsaustausch kontinuierlich stattfindet.

#### Verantwortung

Die Bezugspflegerin übernimmt die Verantwortung für den koordinierten Ablauf der pflegerischen Versorgung. Sie trifft die Entscheidungen bezüglich der Durchführung der Pflege. In den Zeiten ihrer Abwesenheit wird die Pflege nach dem vorgegebenen Pflegeplan vollzogen. Eventuell notwendige Veränderungen werden mit der Bezugspflegerin abgesprochen.

#### Kontinuierliche Betreuung durch eine Bezugsperson

In der Organisationsform Primary Nursing wird die rund-um-die-Uhr-Verantwortung für die Pflege eines (bzw. mehrerer) Patienten einer Pflegenden übertragen. Im Rahmen der Verantwortung übernimmt die Bezugspflegerin folgende Aufgaben: Sie

- führt das Aufnahmegespräch
- plant die Pflege über ihre Schicht hinaus
- legt die Pflege (-maßnahmenplanung) fest
- übernimmt die Entlassungsplanung
- führt und koordiniert Gespräche mit Patienten und Angehörigen
- koordiniert die Aktivitäten des Patienten hinsichtlich Diagnostik und Therapie und Pflegemaßnahmen.
- führt so viele Pflegemaßnahmen wie möglich selbst durch.

#### Vorteile für die Patienten und Angehörigen

Patienten und Angehörige haben eine feste Ansprechpartnerin, die den Zustand des Erkrankten genau kennt. Durch die feste Zuständigkeit ist der gezielte Informationsaustausch auch innerhalb des Behandlungsteams gewährleistet.

#### Vorteile für die Pflegenden

Durch die Zuschreibung von Verantwortung für die gesamte

Verweildauer können Verläufe besser kontrolliert und beurteilt werden. Informationen können gezielt weitergegeben werden.

#### Umsetzung im Klinikum Braunschweig

Da mit dem neuen Organisationssystem viele Fragen auftauchen, wird die Umsetzung der Bezugspersonenpflege durch eine spezielle Fortbildung unterstützt. Zuerst findet ein Workshop für Stationsleitungen statt, der inhaltliche Fragen, wie auch Fragen zur Umsetzung klärt.

Für die Teammitglieder finden dann alle 2 Monate Fortbildungen statt, die 4 Tage dauern. Zur Umsetzung wurde das Thema Primary Nursing mit dem Thema Kommunikation, Information und Beratung gekoppelt. Da in der Bezugspersonenpflege Gespräche mit Patienten und Angehörigen sowie den Mitgliedern anderer Berufsgruppen durchgeführt und koordiniert werden sollen, sind Gesprächsführung und Beratung zentrale Themen beim Primary Nursing.

#### Derzeitiger Stand der Umsetzung:

#### Bisher arbeiten folgende Stationen mit dem System Primary Nursing:

Standort 4: Med 1, Med 2, Med 3, Med 4  
Standort 3: Gyn 2/3, Gyn 5  
Standort 2: Med 2.2, Med 1.2, Urologie 3, Med 2.4, N1Nchir. 1

13 Stationen nehmen derzeit an den Schulungen teil, um noch im Laufe dieses Jahres auf PN umzustellen.

Weiter kooperieren wir mit dem Klinikum Magdeburg und einem Krankenhaus in Itzehoe, um die Umsetzung von Primary Nursing durch gegenseitigen Informationsaustausch zu unterstützen.

Heike Stöter, Mitarbeiterin der Stelle für Pflegeentwicklung und Controlling

## Serie: Sicherheit im Klinikum

# Handdesinfektion

„Die Notwendigkeit, die Hände zu desinfizieren, wird immer bleiben“, wusste schon Ignaz Semmelweis vor über 150 Jahren. Er war der erste, der Desinfektionsmaßnahmen im klinischen Bereich einsetzte: Auf seine Veranlassung hin wurden im Jahr 1847 vor der Untersuchung gebärender Frauen Händedesinfektionen durchgeführt. Durch das nach ihm benannte „Semmelweis-Verfahren“ (Händewaschungen mit Chlorkalk) konnte die Müttersterblichkeit deutlich gesenkt werden, was ihm den Ehrentitel „Retter der Mütter“ eintrug.

Seitdem ist zwar viel Zeit vergangen, an der Aktualität von Semmelweis' Aussage hat sich jedoch nichts geändert.

Heute ist die Hygiene fest im Gesundheitswesen verankert. Die Richtlinien zur Krankenhaushygiene, die das Robert Koch Institut herausgibt, sind im Klinikum Grundlage der hygienischen Empfehlungen. Ein wesentlicher Bestandteil dieser Empfehlungen ist, die Übertragung von Krankheitserregern zu verhindern. Patienten



So nicht! Lange Fingernägel, Uhr und Schmuck sind verboten. Auch die zu langen Kittelärmel behindern die Händehygiene



Kurze Fingernägel und kein Schmuck – so sollen die Hände im Krankenhaus aussehen.

und Mitarbeiter vor Infektionen zu schützen, ist oberstes Ziel.

Da die Hände die wichtigsten Werkzeuge des Menschen sind, zugleich aber auch die häufigsten Übertragungsinstrumente von Erregern, ist die Händedesinfektion die wichtigste hygienische Maßnahme überhaupt, um die Übertragung von Krankheiten zu verhüten! Die Vorschriften zur Händehygiene richten sich nach den Arbeitsinhalten: Es gibt sensible und weniger sensible Bereiche und Tätigkeiten. Je nach Anforderung genügt entweder eine einfache Händewaschung oder es muss eine hygienische oder sogar chirurgische Händedesinfektion durchgeführt werden.

### Alles desinfiziert?

Vor Arbeitsbeginn und nach Arbeitsende reicht die einfache Händewaschung. Beim Großteil aller Betätigungen im Klinikum ist jedoch die Händedesinfektion notwendig. Vor allem wegen der geringeren Wirksamkeit ist die hygienische Händewaschung keine Alternative für die hygienische Händedesinfektion. Doch es genügt nicht, die Hände einfach mit Desinfektionsmittel zu benetzen, denn dabei werden bestimmte Handpartien, etwa der Daumen und die Fingerkuppen, nicht desinfiziert. Daher wird eine Standardeinreibemethode in sechs Schritten empfohlen; die Merkblätter dazu hängen in nahezu jedem Stationszimmer.



Erika Felder, Mitarbeiterin der Krankenhaushygiene, bei der Händedesinfektion

Die chirurgische Händedesinfektion muss vor allen operativen Eingriffen durchgeführt werden. Dabei werden Hände und Unterarme bis zum Ellenbogen zunächst ca. eine Minute lang mit einem Handwaschpräparat gewaschen und anschließend sorgfältig desinfiziert.

Für die Mitarbeiter des Klinikums (Ärzte, Pflegekräfte, Auszubildende) werden Schulungen zur Händedesinfektion vor Ort durch das Team der Krankenhaushygiene angeboten und durchgeführt. Neben Schulung und Aufklärung wird die Einhaltung der Handhygiene auch überwacht, z.B. indem die Mitarbeiter der Krankenhaushygiene bei einem Überwachungsbesuch im OP-Bereich hinter der Schleuse zur Überprüfung der Händedesinfektion bitten. Die Überprüfung erfolgt durch Händeabdruck auf eine (Nähr-)Platte, auf der nach Bebrütung über Nacht sichtbar wird, ob und wenn ja, welche Keime auf den Händen vorgefunden wurden. So erfahren alle Mitarbeiter einzeln und als Team, ob und wie weit die Vorschriften zur Händedesinfektion eingehalten werden und ob ggf. Schulungsbedarf besteht.

Bei vorhersehbarem oder wahrscheinlichem Kontakt mit infektiösem Material, z.B. bei der Pflege von inkontinenten Patienten, sowie bei allen sensiblen pflegerischen Tätigkeiten, etwa beim Umgang mit Beatmungsschläu-

chen, beim Entfernen von Verbänden usw., müssen Einmalhandschuhe getragen werden. Nach Ablegen der Schutzhandschuhe ist immer zusätzlich eine Händedesinfektion erforderlich, bei allen sensiblen pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten auch vor dem Anlegen!

### Keine Eheringe und anderes

Damit das alles möglich ist, muss schon bei der Bauplanung an die Händehygiene gedacht werden. Für jedes Patientenzimmer muss eine für die Beschäftigten leicht erreichbare Waschgelegenheit verfügbar sein. Um eine Kontamination der Armaturen mit infektiösen Erregern zu vermeiden, muss in Bereichen mit erhöhter Infektionsgefährdung der Waschplatz so eingerichtet sein, dass er ohne Handkontakt bedienbar ist, z.B. mit dem Fuß oder dem Ellenbogen, für die anderen Bereiche ist es empfehlenswert. Auch die Spender für Desinfektionsmittel und Waschlotion müssen bequem mit dem Ellenbogen bedient werden können. Der Wasserstrahl darf nicht direkt auf den Siphon gerichtet sein, weil sonst die Gefahr besteht, dass die Umgebung des Waschplatzes kontaminiert wird.

Als Voraussetzung für die Händehygiene dürfen in Arbeitsbereichen mit erhöhter Infektionsgefährdung an Händen und Unterarmen keine Schmuckstücke getragen werden. Auch Uh-

ren und Eheringe sind tabu. Wichtig sind außerdem kurze und rund geschnittene Fingernägel, da sich lange Nägel zu „Bakteriennestern“ auswachsen können. Auch kleinste Risse auf der Haut können potentielle „Verstecke“ für Erreger sein. Daher ist die Hautpflege an Händen und Unterarmen eine berufliche Pflicht, denn eine nicht gepflegte Haut lässt sich nicht sicher desinfizieren. Nach Arbeitsende und vor allen längeren Pausen sollten die Hände daher mit einem Hautpflegemittel versorgt werden.

### Patienten achten auf Hygiene

Hygiene hilft Leben retten! Das allein ist schon Grund genug für die penible Einhaltung der Vorschriften. Darüber hinaus ist Hygiene aber auch ein Wettbewerbsfaktor, der bei Patientenbefragungen regelmäßig als sehr bedeutsam eingeschätzt und zu Recht auch eingefordert wird. Wie bei vielen Sicherheitsthemen ist auch hier das Bewusstsein der Mitarbeiter das Entscheidende. Da die Qualität der eigentlich medizinischen Behandlung für den Patienten in der Regel schwer zu beurteilen ist, sucht er nach Indikatoren, die ihm das Gefühl geben, gut aufgehoben zu sein. Was wäre da besser geeignet als Hygiene, speziell die leicht zu überprüfende Händedesinfektion?

Das Team der Krankenhaushygiene

## Gripeschutz

Grippe fordert in Deutschland jedes Jahr zwischen 7.000 und 15.000 Todesopfer. Das Risiko, sich selbst zu infizieren und seine Patienten, bzw. seine Familie anzustecken, ist für medizinisches Personal besonders hoch. Deswegen bietet das Institut für Arbeitsmedizin auch in diesem Jahr für alle Mitarbeiter an allen Standorten im Oktober/November Termine zur Gripeschutzimpfung an.

## Solilauf

Auch in diesem Jahr findet wieder ein Solidaritätslauf zugun-



sten von an Brustkrebs erkrankten Frauen statt, und zwar am Sonntag, den 25. September.

Anmeldung ist ab 9:00 Uhr und um 10:30 Uhr ist Start. Die Strecken sind: 2,5 km und 5 km Walking, sowie 5km und 10 km Laufen.

Das Startgeld beträgt 5 €.

## Spender gesucht

In der Urlaubszeit stehen weniger Blutspender zur Verfügung. Des-



wegen sucht das Institut für Transfusionsmedizin zusätzliche Blutplättchenspender aus der Region Braunschweig. Wer zwischen 18 und 55 Jahre alt ist und gesund, ist als Spender herzlich willkommen. Die Blutentnahme dauert ca. 90 Minuten.

Kontakt: Tel. - 3669 oder per Mail [Blutspendedienst@klinikum-braunschweig.de](mailto:Blutspendedienst@klinikum-braunschweig.de).

## Zentrum für vorgeburtliche Diagnostik geplant



Für Dr. Irene Hainich ist der Aufbau des Pränatalzentrums ein wichtiges Anliegen.

Das Dilemma, Beruf und Familie zu vereinbaren, umgehen viele Frauen, indem sie später Kinder bekommen. Generell ist das durchschnittliche Alter der Mütter bei der Geburt ihres ersten Kindes auf 30 Jahre gestiegen. „Für ältere Schwangere ist eine umfassende Betreuung wichtig, sie sind eine Zielgruppe der pränatalen Diagnostik,“ erklärt Dr. Irene Hainich. „Aber auch Frauen mit internistischen Vorerkrankungen und solche, die schon ein behindertes Kind haben, sowie Mehrlingsgeburten gehören dazu“, ergänzt sie.

Die pränatale Diagnostik umfasst Untersuchungen vor der Geburt, durch die zu einem sehr frühen Zeitpunkt festgestellt werden kann, ob beim Fötus bestimmte Erkrankungen oder Fehlbildungen vorliegen. Dies geschieht z.B. durch spezielle sonographische oder labor-technische Untersuchungen.

Die Pränatalmedizin richtet sich in erster Linie an Risikoschwangerschaften. Ihr Ziel ist es, die Schwangere, das ungeborene Kind und das Neugeborene zu optimalen Bedingungen zu versorgen. Für die 44-jährige Irene Hainich, die seit einem halben Jahr als Oberärztin in der Frauenklinik tätig ist, ist das Pränatalzentrum ein wichtiges Anliegen; es soll gemeinsam mit dem neuen Chefarzt umgesetzt werden, der voraussichtlich im Herbst seine Tätigkeit aufnimmt.

Die Voraussetzungen hierfür sind gerade im Klinikum durch die ansässige Kinderklinik sehr gut, wo z.B. Frühgeburten sofort intensivmedizinisch betreut werden können. Auch an der Universitätsfrauenklinik in Ulm, Hainichs früherem Arbeitsplatz, war das Zentrum eng an die Kinderklinik angebunden. Hainich sieht das geplante Zentrum nicht als Konkurrenz zur Arbeit der niedergelassenen Gynäkologen, sondern als eine Ergänzung für die Betreuung von besonderen Risikogruppen.

Solche Risikoschwangeren sollen dann viel früher als sonst üblich erstmalig zur Ultraschalldiagnostik kommen, nämlich in der 12.-14. Schwangerschaftswoche. Um Fehlbildungen in einem so frühen Stadium zu erkennen, sind besonders hoch auflösende Ultraschallgeräte nötig. „Denn in der 22. Schwangerschaftswoche ist das Herz des Embryos gerade mal so groß wie ein 1-Cent Stück“, verdeutlicht Hainich, die sowohl eine Weiterbildung zur Perinatalmedizin als auch eine besondere Ultraschallqualifikation (DEGUM II) besitzt.

Darüber hinaus ist die Beratung und Betreuung der Schwangeren in intensiver, regelmäßiger Absprache mit der Kinderklinik sehr wichtig. Denn wenn sich das werdende Kind nicht normal entwickelt, kann dies die Eltern im Extremfall vor gravierende Entscheidungen stellen. Auf der anderen Seite kann es wichtig sein, die Entbindung in Absprache mit den Kinderärzten frühzeitig zu planen.

Als Mutter zweier Kinder – bei der Geburt des zweiten Kindes war sie übrigens 39 Jahre alt – ist Irene Hainich sicher nicht nur medizinisch eine gute Ansprechpartnerin für ihre Zielgruppe. (Sc)

## Arbeitszeitregelungen – Risiken und Chancen

Das Thema Arbeitszeit ist zurzeit Gegenstand vieler Diskussionen. Hintergrund ist die zum 01.01.2006 auslaufende Übergangsregelung des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG), nach der weiterhin Bereitschaftsdienst geleistet werden durfte.

Neu hinzugekommen ist der Tarifvertrag öffentlicher Dienst (TVöD, verabschiedet am 09.02.2005, in Kraft ab 01.10.2005), der im Gegensatz zum bisherigen BAT auch viele Regelungen zur Arbeitszeit enthält. Als drittes muss die derzeitige Überarbeitung der EU-Arbeitszeitrichtlinie genannt werden. Auch hier ist durch eine Vielzahl an geäußerten Meinungen mehr Verwirrung als Klarheit erzeugt worden.

### Bereitschaftsdienst = Arbeitszeit

Diese Aussage bleibt, und sie gilt für alle Berufsgruppen, die Bereitschaftsdienst leisten, also neben den Ärzten auch für bestimmte Bereiche der Pflege und des medizinisch-technischen Dienstes, um nur einige zu nennen. Die Anerkennung der Bereitschaftsdienstzeit als Arbeitszeit hat erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitsorganisation. Und dies trifft im besonderen Maße die Ärzteschaft, da bislang in dieser Berufsgruppe flächendeckend große Teile der notwendigen ärztlichen Präsenz über Bereitschaftsdienste abgedeckt werden (75 % aller Wochenstunden). Die jetzt immer wieder diskutierten zahlreichen Regelungen (EU-Arbeitszeitrichtlinie, TVöD, ArbZG) dienen etwas vereinfachend ausgedrückt ausschließlich der Bewertung des bisherigen Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit.

### Folgen

Da der Bereitschaftsdienst bislang nicht als Arbeitszeit zählte, konnte er zusätzlich bezahlt werden. Bei Integration des Bereitschaftsdienstes in die Arbeitszeit entfällt somit diese zusätzliche Bezahlung. Die tariflich abzuleistende Arbeitszeit muss aber an 24 h an 7 Tagen in der Woche abgeleistet werden. Dazu kommt, dass im Extremfall lange Arbeitszeiten von bis zu 16 Stunden möglich sind, davon aber nur ein Teil, z.B. 12 Stunden, bezahlt wird.

Die Diskussion wird noch dadurch verschärft, dass zurzeit von so genannten inaktiven Zeiten des Bereitschaftsdienstes gesprochen wird. Im Klartext: der Arbeitnehmer muss sich am Arbeitsplatz aufhalten, aber die inaktive Zeit des Bereitschaftsdienstes wird weder bezahlt noch



Dr. Reinhard Wanninger leitet gemeinsam mit Dr. Sabine Schmandt das Projekt „Reorganisation des ärztlichen und pflegerischen Dienstes“.

zählt sie als Arbeitszeit. Ein klarer und eindeutiger Rückschritt. Resultieren werden ungünstige Arbeitszeiten (spät, nachts, am Wochenende), die nicht extra vergütet werden. Hinzu kommt, dass die personelle Mindestbesetzung zur Aufrechterhaltung des Betriebes häufig erreicht oder gar unterschritten wird, so dass zu bestimmten Zeiten die Arbeitsfähigkeit nicht mehr gewährleistet ist.

### Lösungswege

Wer träumt nicht von einer geregelten Arbeitszeit, ohne Nacht- und ohne Wochenenddienst, begleitet von einer strukturierten Fort- und Weiterbildung? Unstrittig ist, dass Nachtdienst und Wochenendarbeit notwendig sind. Eine für alle Seiten akzeptable Regelung der Arbeitszeit und der Arbeitsorganisation wird aber entscheidend für die Zukunft der Krankenhäuser sein. Insbesondere der heute schon offensichtliche Mangel an qualifizierten Ärzten, die für eine qualifizierte und gute Patientenversorgung zwingend erforderlich sind, hat zur Folge, dass „gute“ Ärzte ihre Stellen in Zukunft aussuchen können und werden. Nur bei akzeptablen Arbeitszeiten zu einer angemessenen Bezahlung wird man zukünftig diese Mitarbeiter halten oder gewinnen können.

So weit, so gut: aber die DRG-Konvergenzphase mit den resultierenden Mindereinnahmen in Höhe von insgesamt ca. 9 Mio. € bis zum Jahr 2009 lassen eine Lösung nach „klassischem“ Muster nicht zu, denn jeder zusätzliche Arzt kostet zunächst Geld.

Hier sind also völlig neue Wege gefordert, denn mit der bisherigen Struktur von Krankenhäusern wird dieses nicht gelingen. An dieser Stelle ist die Phantasie eines jeden Mitarbeiters gefragt. Durch eine offene, in manchen Punkten sicherlich auch kontroverse Diskussion lassen sich zukunftssträchtige Alternativen finden, so dass das Klinikum Braunschweig als Maximalversorger für die Menschen der Region weiterhin Bestand haben wird.

Es ist mehr als verständlich, dass der Wegfall des bisherigen Bereitschaftsdienstes Ängste und Sorgen bei den Betroffenen auslöst, da die Bereitschaftsdienstvergütung einen nicht unerheblichen Teil der Gesamtvergütung darstellt. Auch hier gilt es, zusammen mit den Betroffenen die Sachlage zu klären und Auswege aufzuzeigen.

### Zwischenfazit

Eine Möglichkeit liegt in einer vernünftigen Verbindung zwischen Medizin und Ökonomie, denn nicht alles, was gut und teuer ist, ist auch das Beste für die betroffenen Patienten. Weiterhin ist unstrittig, dass erfahrenes Personal immer günstiger als unerfahrenes Personal arbeitet.

Eine Patentlösung gibt es nicht. Gemeinsam sollte es aber gelingen, diese schwierige Ausgangslage zu meistern und für alle, Patienten und Mitarbeiter, eine gute und tragfähige Lösung zu finden. Dies ist das Ziel, welches mit dem Projekt „Reorganisation des Ärztlichen/Pflegerischen Dienstes“ umgesetzt werden soll.

Dr. Reinhard Wanninger



## Der Werdegang eines Arzneimittels

Die Apotheke des Klinikums ist eine der größten Krankenhausapotheken in Deutschland. Jedes Jahr werden hier bis zu 500.000 Infusions- und Injektionslösungen, 20.000 Zytostatika und ca. 15 Tonnen flüssige und halb feste Arzneimittel (Salben, Cremes, Zäpfchen etc.) hergestellt.

Manche dieser Arzneimittel wie z.B. unsere Kindersalbe gibt es sogar nur im Klinikum Braunschweig zu kaufen. Viele bekannte Produkte stellen die Apotheker des Klinikums kostengünstiger her, als sie im Einkauf erhältlich sind. In der Summe spart das Klinikum durch die Eigenherstellungen der Apotheke weit über eine Million Euro. Eines davon ist das Antibiotikum Ciprofloxacin, bekannt unter dem Namen Ciprobay, das jetzt als Infusionslösung in der Apotheke hergestellt wird.

Klinikum aktuell war an einem Produktionstag vor Ort und stellt die einzelnen Herstellungsschritte vor.



1 So sieht das Anfangsprodukt aus. Der Wirkstoff Ciprofloxacin wird in 1 Kg Behältnissen in die Apotheke geliefert. Als erstes findet eine Eingangskontrolle statt.



2 Weil die Herstellung von Infusionslösungen sehr strengen Qualitätsmerkmalen unterliegt, werden sie gesondert von anderen Arzneimitteln in einem Reinraum hergestellt. Apotheker Markus Dzierza beim Einschleusen.



3 Blick in den Sterilraum. Hier findet die Herstellung statt.



4 PTA Rainer Arnemann wiegt die 3 Komponenten ab, aus denen Ciprofloxacin besteht: 332 g. Wirkstoff, 900,0 g Kochsalzlösung und 99,4 kg Wasser.



5 In der Sterilabteilung wird doppelt destilliertes Wasser (lat.: Aqua ad injectabilia) verwendet, welches selbst hergestellt und täglich geprüft wird. Für technische Hilfe dankt die Apotheke den Mitarbeitern aus der Werkstatt/dem TSZ.



6 Apothekenarbeiterin Hanna Henig bereitet den Kessel vor.



7 Alle Komponenten werden in den Kessel eingefüllt und dort dann mindestens 15 Minuten lang gerührt. Damit ist die Infusionslösung im Grunde schon fertig.



8 Jetzt werden Filter vorbereitet, denn die Lösung wird vor dem Abfüllen zweimal gefiltert (1 Vorfilter und 1 Sterilfilter).



9 Vor der Abfüllung bringt Rainer Arnemann eine Probe zur Qualitätskontrolle ins Labor (In-Process Kontrolle IPK)



10 PTA Rayka Bogdanova führt im Prüflabor Untersuchungen (IPK) durch, um zu testen, ob alles stimmt. Erst wenn sie ihr „Okay“ gibt, geht die Produktion weiter.



11 Derweil gehen im Reinraum die Vorbereitungen für das Abfüllen weiter. Hier werden die Verschlussstopfen nochmals gespült.



12 Unter einer Vorrichtung, die partikelarme und verwirbelungsfreie Luft garantiert, wird die Lösung abgefüllt und sofort mit einem Stopfen verschlossen, 500 Flaschen/Stunde.



13 Durch die Öffnung vorne laufen die frisch abgefüllten Flaschen direkt zur Bördelmaschine.



14 Die Bördelmaschine verschließt die Flaschen. Der Stopfen kann jetzt nicht mehr herausfallen.



15 Apothekenarbeiterin Erika Manthey überprüft die Arbeit der Bördelmaschine und stellt die fertigen Flaschen auf den Transportwagen.



16 Jetzt kommt alles zur Sterilisation in den Autoklav, wo es auf 121,5 ° C für 15 Min erhitzt wird. Mit Aufheizen und Kühlen dauert das eine Stunde.



17 Durch solche Temperaturfühler wird die Temperatur während der Sterilisation überwacht.



18 Erika Manthey bei der Sichtkontrolle der sterilisierten Flaschen.



19 Etikettierung und Verpackung.



20 Die Charge Ciprofloxacin ist fertig. Sie wird jetzt nochmals durch das Qualitätslabor geprüft (Endkontrolle).



21 Abteilungsleiter der Sterilabteilung Markus Dzierza unterzeichnet das Herstellungsprotokoll

### Neugierig geworden?

Die Mitarbeiter der Apotheke sind gerne bereit, interessierte Kollegen nach Anmeldung durch die Apotheke zu führen. **Bei Interesse Tel. Nr. 3342**

Übrigens: Eine gekaufte Flasche Ciprobay kostet etwa 29 €, eine selbst hergestellte Flasche rund 2,20 €.

Mehr dazu im Intranet unter <http://Snake.skbs.de> ->Kliniken Institute->Apotheke->Sterilabteilung

# Betriebsrat und Kurzmeldungen

## Betriebsvereinbarung

Die Betriebsvereinbarung „Dienstbesprechung“ ist fertiggestellt, sie kann über das Intranet eingesehen und bei Bedarf ausgedruckt werden.

## Betriebsversammlung (BV)

Am 27.4.2005 fand in der Stadthalle die BV für das Klinikum statt. Nach der Begrüßung aller Anwesenden, wurde der Geschäftsbericht des Betriebsrates (BR) vorgetragen, dieser verweist auf die Leistungsverdichtung bei knappen Personalressourcen, kürzerer Patientenverweildauer und die hochwertige Arbeit der Kolleginnen und Kollegen.

Um diesen Sicherheit geben zu können, müssen die Arbeitsbedingungen im Personalüberleitungsvertrag und im Tarifvertrag abgesichert bleiben. Bei der Eingliederung der KollegInnen aus dem HWD (Hauswirtschaftsdienst) in die Klinikdienste GmbH ist dieser Schritt schon vorbildlich durchgeführt wurden.

Hier konnten durch die gute Zusammenarbeit mit dem BR, alle KollegInnen zu gleichen Konditionen weiterhin im Klinikum beschäftigt bleiben. Um das Klinikum sicher durch die Konvergenzphase zu bringen, ist es wichtig, dass die Geschäftsführung zusammen mit dem Betriebsrat über vorgesehene Einsparungen berät und dass alle KollegInnen sich aktiv beteiligen, damit gemeinsame Lösungswege gefunden werden können.

Grußworte wurden noch von Helmut Küchler (Konzernbetriebsrats-/ personalratsvorsitzenden) und Herrn OB Dr. Hoffmann gehalten.

Die Gewerkschaft VER.DI wurde von Axel Reichinger vertreten, der einen kurzen Einblick in das neue Tarifrecht gab. In diesem Zusammenhang wurde auf ausführliche Einzelveranstaltungen hingewiesen, die gemeinsam mit der Personalabteilung durchgeführt werden. Auch die Geschäftsführung stellte ihren Geschäftsbericht

vor. Herr Schüttig zeigte die Probleme der Konvergenzphase (Überbrückungsphase) auf und verweist auf 10 Mio., die bis zum Jahr 2009 eingespart werden müssen, es wird eine Überprüfung geben, welche Sparmaßnahmen getroffen werden können.

Durch Senkung der Sachkosten – z.B. Stationszusammenlegungen /- schließungen, OP-Koordination in den Standorten und Steri-Zentralisation, aber auch durch Personalkostensenkungen sollen jedes Jahr 2 Mio. eingespart werden. Ein weiteres Vorhaben ist, das EAP in eine Reha-GmbH umzuwandeln. Unbefristet beschäftigte KollegInnen verbleiben im Klinikum.

Bei neu einzustellenden KollegInnen wurde der Tarifaufstieg angekündigt oder an eine Absenkung des BAT gedacht. Wie diese Vertragsgestaltung aussehen soll, war zu diesem Zeitpunkt noch nicht bekannt. Der BR setzt sich bei Ausgründungen für eine tarifliche Absicherung ein.

In diesem Zusammenhang wird die Geschäftsführung darauf hingewiesen, die zugesagte Anwendung des Tarif ÖD zu überprüfen. Ein weiterer Teil des Geschäftsberichtes war die Vorstellung der Tochtergesellschaften Klinikdienste GmbH und der Textilservice – GmbH.

## Nacht der Arbeit

Am 29.04.2005 fand zum ersten Mal die DGB-Aktion „Nacht der Arbeit“ statt. Viele Betriebe in Braunschweig nutzten diese Gelegenheiten, um einen Einblick in ihre Arbeitsabläufe zu geben.



Das Team der Küche in der Salzdahlumer Straße erwartet die Besucher.

In den Bereichen S2-Küche/S3-Apothek und im Institut für klinische Transfusionsmedizin gab es mehrere Führungen, die durch kleine Kostproben oder selbsthergestellte „Fishermen friends“ abgerundet wurden. Alle Bereiche erfreuten sich einer großen Besucherresonanz. Es ergaben sich kritische aber auch interessante Gespräche.

Im Bereich der Küche wurden die verschiedenen Berufsfelder, die Vielfältigkeit der Menüauswahl, sowie verschiedene Diäten vorgestellt. In der Apotheke nahm ein ehemaliger Architekt an der

Führung teil. Zu allen Informationen durch die KollegInnen, konnte er noch einige Anekdoten aus vergangenen Zeiten erzählen. In der Transfusionsmedizin wurden die verschiedenen Laborbereiche mit ihren speziellen Geräten vorgestellt. Dabei zeigte sich, dass die KollegInnen nicht nur medizinisch geschult, sondern sich auch mit den technisch hochwertigen Computer auskennen müssen.

Für alle war es an diesem Abend eine gute Gelegenheit, ihre Berufe und deren Arbeitsbedingungen darzustellen.

## Tarif ÖD

Im Rahmen der Verhandlungen zum neuen Tarifrecht ÖD wurde eine Einigung mit den Arbeitgebern bezüglich der erforderlichen Neuregelung zu Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft erzielt.

Möglichkeit der Verlängerung unter Einschluss von bis zu 8 Stunden Vollarbeit inkl. 0,75 h Pause mit Bereitschaftsdienst

- auf bis zu 13 Std. in den Stufen C + D (Arbeitsleistung 26% - 49%)
- auf bis zu 16 Std. in den Stufen A + B (Arbeitsleistung bis -25%)

Der Ausgleichszeitraum entsprechend des TvöD beträgt bis zu 1 Jahr. Für Teilzeitbeschäftigte, die mindestens ein Kind unter 18 Jahren oder einen pflegebedürftigen Angehörigen betreuen oder pflegen, verringern sich die Höchstgrenzen der wöchentlichen Arbeitszeit entsprechend der Verringerung der regelmäßigen Arbeitszeit.

Weitere Öffnungen können nur aufgrund einer Betriebsvereinbarung getroffen werden.

## Situation EAP

Wie schon in der BV vom 27.04.05 von Herrn Schüttig angesprochen, wird das EAP zum nächstmöglichen Zeitpunkt in eine Reha-GmbH umgewandelt.

Am 31.05.05 wurden Gespräche mit Herrn Heller und den KollegInnen unter Beteiligung des BR geführt. Um die GmbH wirtschaftlich zum Erfolg zu führen, sind folgende Maßnahmen geplant: die unbefristet beschäftigten KollegInnen bleiben im Arbeitsverhältnis zum BAT/Tarif ÖD bestehen, d. h. kein finanzieller Verlust und Erhalt aller bisherigen Arbeitsbedingungen.

Bei einer Weiterbeschäftigung von bisher befristeten Beschäftigten oder bei Neueinstellungen wird der BAT/Tarif ÖD zu herabgesenkten Konditionen angewendet.

Die KollegInnen erhalten 10% weniger Grundvergütung, sowie kein Urlaubs- und Weihnachtsgeld. Die VBL bleibt erhalten, der jetzige Arbeitnehmeranteil wird aber höher.

Im Vorfeld ist es dem BR gelungen, dass diese Absenkungen in einer Betriebsvereinbarung festgeschrieben wird und für 2 Jahre zu befristen ist.

Danach erfolgt eine erneute Überprüfung der Erlössituation, um ggf. wieder alles oder Teile der Zuwendungen zu gewährleisten.

## Berlin

Am 17.6. fand der traditionelle Ausflug der Freunde und Förderer des Klinikums statt. Dieses Mal ging es nach Berlin, wo die 50 Teilnehmer u.a. auch die niedersächsische Bundestagsabgeordnete Dr. Carola Reimann trafen.

Auf dem Foto überreicht ihr der Vorsitzende des Fördervereins



Dieter Flohr gerade ein Dankeschön-Präsent.

## Neu im Netz

Im Internet gibt es mit der Babygalerie seit einigen Monaten ein neues Angebot. Alle frisch gebackenen Eltern können ihren Nachwuchs fotografieren lassen. Das Bild wird dann sowohl in der Braunschweiger Zeitung als auch im Internetauftritt des Klinikums veröffentlicht. Die Nutzerstatistik zeigt, dass dieses Angebot gut ankommt.

## Genehmigt

Gemeinsam mit der Stadt Braunschweig wird das Klinikum der Deutschen Bahn AG das Grundstück „Am Werksteig“ abkaufen.

Das Gelände liegt zwischen Celler- und Ernst Amme Straße und wird für die Fortführung des Zwei Standorte Konzepts benötigt, da die Erweiterung des

neuen Zentral-OP und die Frauenklinik teilweise dort geplant sind. Von dem insgesamt 19 699 qm großen Grundstück erwirbt das Klinikum 10 770 qm.

Der Rest wird Eigentum der Stadt. Das Klinikum finanziert den Kauf aus Rücklagen, der Aufsichtsrat hat dieser Entscheidung bereits zugestimmt.

## Weiterbildung

### August

Mitarbeitergespräche führen  
29.08 + 30.08

### September

English  
Grundkurs  
15.09 – 1.12

Stressbewältigung  
23.09

Mediation – eine andere Art  
der Konfliktbewältigung  
26.09

Mit Werten führen  
– ein Workshop für die Praxis –  
30.09

### Oktober

Kommunikation mit dementen  
Bewohnern  
05.10

Infusions- und  
Injektionsmanagement 06.10

Mit den richtigen „Farben“ si-  
cher auftreten  
10.10

Leanmanagement  
11.10

Klüngeln –  
gezielte Umwege einschlagen  
(wir kennen und wir helfen  
uns)  
31.10

Weitere Informationen bekom-  
men Sie im Institut für Weiterbil-  
dung bei:

**Frau Reinecke Tel. 595 2832  
oder Frau Igel 595 2833**

## Fortbildungen zu ethischen Fragestellungen

Zweimal im Jahr bietet der **Medizin-ethische Arbeitskreis (MEAK)** eine **klinikerinterne Fortbildung zu ethischen Fragestellungen** an.

In der Regel werden anhand von Fallbeispielen mögliche ethische Konfliktfelder herausgearbeitet, um sie anschließend mit den Teilnehmern zu diskutieren. Ein Fachvortrag eines externen Dozenten rundet die Veranstaltung ab.

Am 25. 4. referierte Prof. Dr. Mohr aus Bremen zu dem The-

ma „Optimale Versorgung versus Wahrung des Patientenwillens“. Rund 40 Teilnehmer nutzten dabei die Gelegenheit sehr offen praxisnahe Problemstellungen zu diskutieren.

Die Veranstaltung wurde erstmals auch von der Ärztekammer Niedersachsen mit zwei Fortbildungspunkten anerkannt.

**MEAK im Intranet unter <http://snake.skbs.de<Arbeit und Soziales>Med.-ethischer Arbeitskreis>**

## Personalnachrichten

**25 jähriges Dienstjubiläum:**  
Halmich, Claudia S 2 am 1.7.  
Schellin, Silke S 1 am 8.7.  
Scholz, Gisa S 3 am 27.7.  
Gielsok, Christina S 2 am 1.8.  
Grape, Frank GF am 8.8.  
Wetterling, Birgit S 3 am 1.9.  
Fritschka, R. S 3 am 1.9.  
Fuhrmann, Anna S 2 am 15.9.  
Rust, Bärbel S 2 am 22.9.  
Kavemann, D. S 2 am 1.10  
Semler, Angelika S 2 am 1.10  
Hellfeier, Kathrin S 2 am 1.10.  
Meyer, Anke S 3 am 1.10.  
Raguse, Ursula S 3 am 1.10.  
Wiethake, Elke S 2 am 1.10.  
Rittaler, Bernd S 2 am 1.10.  
Borowski, Kathrin S 1 am 1.10.  
Sage, Beatrix S 2 am 1.10.  
Kannenberg, K. S 2 am 7.10.

Quelle: Personalabteilung

## Termine

**Der Verein der Freunde und Förderer des Klinikums informiert**

- am 6. Juli über das Thema Radiojodtherapie bei Schilddrüsenerkrankung, Treff: 17 Uhr Kasino im Klinikum Salzdhah-lumer Straße.
- am 13. August über neue Diagnose- und Therapieverfahren bei Gelenkerkrankungen, Treff:

17 Uhr Wartebereich, Unfallchirurgie, 1. Etage, Holwedestraße.

- am 14. September über die Zertifizierung des Brustzentrums, Treff: 17:00 Uhr Vortragssaal der Pathologie, Celler Straße.
- am 12. Oktober darüber, wie Kinder und Jugendliche vom Krankenhaus aus den Kontakt

zu ihrer Schule halten können  
Treff: 17:00 Uhr Café Okerterrasse, Klinikgelände Holwedestraße.

**Diabetes Kongress** für niedergelassene Ärzte am 14.9. Information bei Dr. Burckhard Scheffer Tel. 595 2613

**Solilauf** am 25. Sept. Anm. ab 9:00 Uhr. Start: 10.30 Uhr

## 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 November 2005 ist der 01. Oktober 2005.

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

## Aus- und Weiterbildung



20 Teilnehmer haben erfolgreich die berufspädagogische Zusatzqualifikation zum Praxisanleiter absolviert. Der Lehrgang umfasst 200 Stunden und hat das primäre Ziel die Teilnehmenden zu befähigen, in der praktischen Ausbildung gezielt, geplant und individuell anzuleiten. Im Kurs waren 15 Teilnehmer aus dem Klinikum und 5 externe Teilnehmer.



23 Teilnehmer haben erfolgreich den Weiterbildungslehrgang zur „Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege“ (FLP) absolviert. Die Weiterbildung dauert 18 Monate und umfasst 720 Stunden Unterricht und 20 Wochen Praktikum, davon mind. 5 Wochen in einer externen Einrichtung. Die Teilnehmer werden auf Leitungsaufgaben und die damit verbundenen Anforderungen vorbereitet und erwerben z.B. Organisationsfähigkeiten, kommunikative Fähigkeiten und betriebswirtschaftliche Grundlagen.



Marina Behrens (2. v.r.) und Susanne Niemann (2. v.l.) haben die Ausbildung zur Kauffrau im Gesundheitswesen erfolgreich beendet. Sie sind die ersten Auszubildenden des Klinikums in diesem Beruf, den es deutschlandweit erst seit dem Jahr 2001 gibt. Ausbilder ist Geschäftsführer Helmut Schüttig, die Ausbildungsbeauftragte ist Roswitha Niebuhr. Die beiden Kauffrauen werden im Klinikum befristet weiterbeschäftigt.



Die ehrenamtlichen Seelsorger und Pastor Christian Anton (ganz hinten). Hintere Reihe v.l.n.r.: Gabi Dämmgen, Luise Vahldieck, Monika Stake-Leiser. Vordere Reihe v.l.n.r.: Joachim Stoll, Inge Schindler, Paul Oremek und Marlies Havekost. Es fehlen: Irtraud Schneider und Hanna Trümer.

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 Menschen vor, die sich ehrenamtlich engagieren. Im dritten Teil der Serie die ehrenamtlichen Seelsorger.

„Wir sagen im Stationszimmer Bescheid, dass wir da sind und gehen dann in die Zimmer und sprechen mit den Patienten“, so bescheiden beschreibt einer der neun ehrenamtlichen Seelsorger des Klinikums seine Tätigkeit. „Ich bin da, ich habe Zeit für Dich“, mit dieser Botschaft betreten sie jedes Zimmer und oft, sehr oft sogar, kommen sie mit den Menschen ins Gespräch. Manchmal werden sie allerdings auch abgewiesen. Manchmal entsteht gerade aus der Ablehnung ein Gespräch. Am Anfang steht z.B. die Aussage: „Mit der Kirche habe ich nichts am Hut!“ Doch dann stellt sich heraus, dass sich viele Menschen mit den Themen der Kirche beschäftigen, die letztendlich Sinnfragen sind. Die Seelsorger verstehen sich als eine Art „Mittler für Sinnfragen“. „Wir geben keine Ratschläge, sondern wollen Schmerz und Leid mit aushalten und dem Patienten das Gefühl geben, dass er angenommen wird“, sagen sie. Das speziell Seelsorgerische an ihrer Tätigkeit ist für sie die Zuwendung, das Zeit haben und das offen sein. Auf Wunsch führen die Seelsorger auch Gespräche über den Glauben, beten gemeinsam mit dem Patienten oder lesen aus der Bibel vor.

### Ausbildung mit Auswahlverfahren

Damit sie all dies leisten können, durchlaufen die Ehrenamtlichen eine 1,5 – 2 jährige Ausbildung, die von der Landeskirche Braunschweig finanziert und von Krankenhausseelsorger Pastor Christian Anton koordiniert wird. In dieser Zeit werden sie auf die Themen vorbereitet, die ihnen im Krankenhaus begegnen: Krankheit, Hoffnung, Enttäuschung, Sterben, Wut und Heilung. Die Ausbildung ist ökumenisch ausgerichtet; sie hat eine spirituelle Grundlage, umfasst aber auch therapeutische Anteile wie z.B. Gesprächsführung und Kommunikation. Abgeschlossen wird sie mit einem Zertifikat zum ehrenamtlichen Seelsorger. Vorher muss jedoch jeder Teilnehmer ein Auswahlverfahren bestehen; denn nur wer selbst psychisch stabil ist, darf als Seelsorger arbeiten.

Die Entscheidung für die ehrenamtliche Seelsorge ist also etwas, was man sich gut überlegt. Vielleicht ist das der Grund für die Kontinuität. Die sieben Frauen und zwei Männer blicken alle auf ein acht- bis fünfzehnjähriges Engagement zurück. Drei von

ihnen arbeiten in der Celler Straße und jeweils zwei an den anderen Standorten. Sie sind dort einer Klinik zugeordnet, wo sie jede Woche einen halben Tag verbringen und Patienten besuchen. Einmal im Monat trifft sich die Gruppe mit Pastor Anton zur Supervision.

### Gründe?

Die Gründe für ihr Engagement sind meist biographischer Natur. Oft ist eine persönliche Leidenserfahrung der Auslöser. Wer selbst Krisen überwindet, ist anscheinend eher geneigt, für andere da zu sein, als die, die immer oben schwimmen. Dabei legen die Ehrenamtlichen Wert darauf, dass es sich bei ihrem Dienst um ein Geben und Nehmen handelt. „Nach einem Tag im Krankenhaus mit guten und wichtigen Gesprächen gehe ich anders nach Hause als sonst“, ist die einhellige Meinung.

Auch dass man sich durch die Ausbildung verändert, bestätigen alle. Man lernt, mit gesellschaftlich verdrängten Themen wie Trauer und Tod besser umzugehen, kann besser zuhören und sich besser in andere Menschen hineinversetzen. (Sc)

## Prof. Dr. Grospietsch verabschiedet

Prof. Dr. Gerhard Grospietsch, seit 1987 Chefarzt der Frauenklinik am Standort Celler Straße, hat am 30.06.05 seine Tätigkeit am Klinikum Braunschweig beendet.

Seit 1987 war Prof. Dr. Gerhard Grospietsch Chefarzt an der Frauenklinik und Hebammen-Lehranstalt am Klinikum Braunschweig. Hier lagen seine Schwerpunkte in der Geburtshilfe im Bereich der Frühgeburten sowie des Bluthochdrucks und der Pharmakotherapie in der Schwangerschaft. Gynäkologisch beschäftigte er sich besonders mit Operationen bösartiger Tumore.



Prof. Dr. Gerhard Grospietsch hat seine Tätigkeit im Klinikum am 30.06. beendet.

1995 bis 1997 war er Präsident der Deutschen Hebammenlehrer. 1995 bis 1998 war er Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. In seiner Funktion als Präsident der Norddeutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe von 1997 bis 1998 richtete er 1998 die 114. Tagung der Gesellschaft in Braunschweig aus.

Grospietsch ist Mitglied zahlreicher nationaler und internationaler Fachgesellschaften und hat über 300 Fachartikel und Buchbeiträge veröffentlicht.

Mit dem vom Aufsichtsrat ausgewählten neuen Chefarzt der Frauenklinik laufen derzeit die Verhandlungen. Voraussichtlich wird der Nachfolger die Klinik ab 1. Oktober übernehmen.

In der Übergangszeit wird die Klinik von Dr. Rainer Barthel geleitet.



Die Deutsche BKK-Running-Tour Niedersachsen 2005 wird in diesem Jahr zugunsten der Kinderkrebstation des Klinikums Braunschweig veranstaltet. Die Meldegebühr pro Team von 20 € wird komplett gespendet. Neben anderen Sponsoren unterstützen die BKK und das Sportgeschäft Augath die Veranstaltung. Aus den Händen von Peter Augath (r.) und Michael Fahlbusch, Leiter der BKK-Filiale Braunschweig, nahm Ltd. Abteilungsarzt Dr. Wolfgang Eberl (Mitte) eine Spende von 1000 € entgegen.



Der frühere leitende Oberarzt der Neurochirurgie am Klinikum Braunschweig, **Dr. Christoph Goetz**, ist seit 1. Juni 2005 Chefarzt der Neurochirurgie an der Endo-Klinik Hamburg. Der 44 jährige war seit 1996 in Braunschweig als Oberarzt tätig. In Hamburg leitet Goetz eine selbständige Abteilung mit 28 neurochirurgischen Betten und rund 900 Eingriffen pro Jahr.



**Prof. Dr. Wilhelm Johannes Oehme** feiert am 3. September seinen 90. Geburtstag.

Oehme war von 1965 bis 1981 Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, die zu seiner Zeit 260 Betten hatte. Unter seiner Leitung wurde in der Klinik ein Infektionshaus gebaut und eine Intensivstation eingerichtet. Als einer der ersten Kinderärzte

richtete er in Braunschweig eine Sprechstunde für Kinder mit bösartigen Erkrankungen vor allem Leukämien ein.

Wer mehr wissen möchte kann dies in Oehmes Autobiographie „Fünf Epochen und ein Medizinerleben“ von 1999 nachlesen, in der er auch seine Zeit in Braunschweig beschrieben hat.