

01/03

nah dran

KUNDEN-MAGAZIN DER BBD-AESCULAP GMBH - INFORMATION FÜR CHIRURGEN, OP-TEAM, VERWALTUNG & EINKAUF



Globale Nutzung von
Krankenhauskapazitäten –
Ergebnisse eines deutsch-
britischen Pilotprojekts

BBD-AESCULAP®
Ein Unternehmen der **BIBRAUN**-Gruppe

inhalt

IMPRESSUM

nahdran

Kunden-Magazin der
BBD - Aesculap GmbH –
Information für Chirurgen,
OP-Team, Verwaltung & Einkauf

Erscheinungsweise:
nahdran erscheint
3 x p.a. in einer Auflage
von 13.600 Exemplaren –
12.600 Exemplare Direktversand

Herausgeber:
BBD - Aesculap GmbH
Postfach 31
78501 Tuttlingen
Tel.: (0 74 61) 91 15-5
Fax: (0 74 61) 91 15-692
www.bbbraun.de

Redaktion:
Barbara Wiehn
Fotografie:
(soweit nicht ausgezeichnet)
BBD-Archiv,
Photodesign Gocke, Bötzingen
Titelbild:
– Motiv: Westküstenklinikum, Heide
– Fotografie:
Photodesign Gocke, Bötzingen

Layout/Textredaktion:
BusinessWerbung, Kassel

Produktion:
Strube OHG, Felsberg

SERVICE & LESERBRIEFE

per Post:
Redaktion nahdran
Postfach 31
78501 Tuttlingen

per Fax (kostenfrei):
Fax: (08 00) 222 37 82

per e-mail:
nahdran@gmx.de

ANZEIGEN

Anja Jasper
Tel.: (05 61) 9 58 98-11

HINWEISE

Die in dieser Ausgabe
veröffentlichten Beiträge sind
urheberrechtlich geschützt
und liegen jeweils in der
Verantwortung des betreffenden
Autors. Alle Rechte sind
vorbehalten.

Kein Teil dieser Ausgabe darf ohne
schriftliche Genehmigung des
Herausgebers in irgendeiner Form
reproduziert werden.

Nachdruck – auch auszugsweise –
nur mit Genehmigung des
Herausgebers gestattet.

Alle Angaben erfolgen nach bestem
Wissen, jedoch ohne Gewähr. Eine
Haftung wird nicht übernommen.

ARBEITSZEITMODELL

AB SEITE 6



Abschied vom Bereitschaftsdienst?

Ein Beitrag von
Dr. Peter Knappich
und Dr. Chr. Himmler



AMBULANTES OPERIEREN IM KRANKENHAUS AB SEITE 22

Aufbau eines Ambulanten OP-Zentrums

Die Redaktion im Gespräch
mit Rudolf Mintrop



KOMMENTAR

AB SEITE 26

Ökonomisierung der Patientenbetreuung

Eine kritische Stellungnahme
von Dr. Friedrich Klee



AESCULAP-AKADEMIE

Veranstaltungskalender Seite 5

DIE SAKROPEXIE NACH HYSTEREKTOMIE

Premilene® Mesh in der Gynäkologie
Ein Anwenderbericht von Prof. Dr. Peter Faber Seite 10

REPORTAGE

Globale Nutzung von Krankenhauskapazitäten
Ergebnisse eines deutsch-britischen Pilotprojekts Seite 14

BARCODE-SCANNING

Ablaufoptimierung mit Sedico®
Ein Beitrag von Rainer Ruppel Seite 18

PRODUKTINFORMATION

Safil® – Neu im BBD-Nahtprogramm Seite 30

PORTRÄT

Die DKMS –
Deutsche Knochenmarkspenderdatei Seite 32

RUBRIKEN

Impressum Seite 2

Editorial Seite 4

Leserbriefe Seite 13

Kurz notiert Seite 13

Mediainformation Seite 25

Termine Seite 34

Leserforum Seite 35

Abo-Service Seite 36



**Institut für Notfallmedizin
des LBK Hamburg**

05.–06.04. 2003 Refresher-Kurs „Leitender Notarzt“
08.–11.05. 2003 Kurs „Leitender Notarzt“
19.–22.06. 2003 Kurs „Ärztl. Leiter Rettungsdienst“
20.–21.09. 2003 Refresher-Kurs „Ärztl. Leiter
Rettungsdienst“
14.–15.11. 2003 Workshop „KH-Vorbereitung auf
Großschadensereignisse“

Weitere Informationen
und Anmeldung:
Institut für
Notfallmedizin IfN
Billbrookdeich 27
22113 Hamburg
Kontakt:
Anette Kerrinnis
Tel.: 040-42851-3905
Fax: 040-42851-3909
E-Mail: ifn01@foni.net

Versorgungsqualität im Perspektivenwechsel



Barbara Wiehn,
Group-Marketing-Manager
Nahtmaterial

Unser Gesundheitswesen befindet sich in einer Phase des grundlegenden Wandels – das bedeutet für alle Beteiligten, alte Strukturen neu zu bewerten und angemessene Konzepte der Umgestaltung möglichst kostenneutral umzusetzen. Auch die BBD hat eine Neupositionierung vorgenommen, die bewährte Qualität mit neuen Kompetenzen verbindet: Nach der Auflösung des Joint-Venture mit Tyco-Healthcare sind wir seit Beginn des Jahres eine 100%ige Tochter der B. Braun Unternehmensgruppe in starker Anlehnung an die Aesculap AG & Co. KG. Aus der BBD – B. Braun-Dexon ist so die BBD-Aesculap GmbH entstanden – ein Zusammenwachsen, das auch in der engen Kooperation mit der Aesculap-Akademie und übergreifenden Entwicklungsleistungen in Produktion und Forschung an Transparenz gewinnt. Nicht zuletzt durch den gemeinsamen Standort in Tuttlingen werden so Synergieeffekte freigesetzt, die weitere Qualitäts- und Kostenoptimierungen im Produkt- und Logistikbereich ermöglichen – u.a. ein komplett abgerundetes Nahtmaterial-Programm und optimal aufeinander abgestimmte Kombinationsprodukte. Mit der Entwicklung von Gesamtkonzepten aus einer Hand und einer verbesserten Logistikstruktur verfolgen wir in erster Linie ein Ziel: den drastischen Veränderungen innerhalb unseres Gesundheitssystems *im Sinne der Anwender und Endverbraucher* gerecht zu werden.

Das erscheint angesichts der aktuellen Tendenzen in der Tat notwendiger denn je: Nullrunde im Gesundheitssystem, Diskussionen über die Notwendigkeit "echter" Reformen und nicht zuletzt die immer massiver formulierte Forde-

rung nach Kostenreduzierung in nahezu allen Bereichen des Gesundheitssystems. Die Sicherung bzw. Steigerung der Qualität in Versorgung und Management wird seitens der Politiker trotz einschneidender Sparmaßnahmen als selbstverständlich vorausgesetzt. Zertifizierungsmodelle sollen die Qualität von Einrichtungen und Institutionen im Gesundheitswesen transparenter machen, ärztlich-pflegerisches Handeln – so das Wunschdenken – wird zur allgemein messbaren Größe, eindeutig zu klassifizieren anhand universalisierbarer Standardvorgaben.

Um es klar zu sagen: Transparenz, Kostenbewusstsein und eine optimale Versorgungsqualität sind elementare Faktoren im Gesundheitssektor, die uns allen am Herzen liegen. Das Bedürfnis nach Qualitätsprüfung und -darlegung teilen die im Gesundheitswesen Beschäftigten mit den verunsicherten Patienten, die angesichts der zunehmenden Unübersichtlichkeit nach möglichst verlässlichen Kriterien für die "richtige" medizinische Versorgung suchen. Allerdings scheint bislang nur eines transparent zu werden: dass hier Qualitätsansprüche miteinander kollidieren, die sich nicht ohne weiteres auf einen gemeinsamen Nenner bringen lassen. Der Qualitätsbegriff ist interpretierbar und wird unterschiedlich definiert – je nachdem, aus welcher Perspektive die Betrachtung erfolgt.

Dass Pluralität durchaus Konstruktivität bedeuten kann, führen uns die Autoren der vorliegenden Ausgabe überzeugend vor Augen – für die kompetenten Beiträge an dieser Stelle meinen herzlichen Dank.

Sie alle haben den Aspekt "Qualität" aus ihrem spezifischen Blickwinkel heraus thematisiert und zum Teil kritisch hinterfragt. So berichtet Rudolf Mintrop über den erfolgreichen Aufbau eines Ambulanten OP-Zentrums – als Balanceakt zwischen gesetzlichem Anspruch, kostenneutraler Umsetzung und maximaler Versorgungsqualität. Auch Dr. Peter Knappich und Dr. Christian Himmler thematisieren in ihrem Beitrag Qualitäts- und Kostenüberlegungen. Mit der Entwicklung eines preisgekrönten Arbeitszeit-Modells hinterfragen die beiden Chirurgen klassische Organisationsstrukturen ebenso konsequent wie die Notwendigkeit ärztlich-pflegerischer Bereitschaftsdienste und stellen im Ergebnis humanere Arbeitsbedingungen für die Chirurgie in Aussicht. Dass bei einer ausschließlich kostenorientierten Sichtweise die Humanität in der Patientenbetreuung gefährlich schnell aus dem Blickfeld geraten kann, ist ein weiterer Aspekt der aktuellen Debatte, zu dem Dr. Friedrich Klee kritisch Stellung nimmt.

Trotz aller Probleme: Unser Artikel zum Thema "Globale Nutzung von Krankenhauskapazitäten" lässt erahnen, welche bislang nur spärlich genutzten Möglichkeiten in unserem Gesundheitssystem stecken – das im europäischen Vergleich (noch) zu den Leistungsfähigsten gehört.

In diesem Sinne freue ich mich auf ein spannendes Jahr 2003 gemeinsam mit Ihnen und wünsche gute Unterhaltung mit der neuen *nahdram!*

Ihre Barbara Wiehn



Mit Kompetenz die Zukunft erobern

Februar 2003

- 14. - 15. SFA-ACT-Workshop
- 17. - 20. Basiskurs Laparoskopische Chirurgie
- 21. - 22. SFA-Teamtrainings zur Vorderen Kreuzbandrekonstruktion
- 21. - 22. SFA-Arthroskopie-Basiskurs für das Kniegelenk

März 2003

- 10. - 11. Fortgeschrittenenkurs Laparoskopische Colo-Rectal-Chirurgie
- 21. - 22. Hüftprothesenseminar für OP-Personal
- 26. - 28. Trainingskurs Laparoskopische Hernien- und Magenchirurgie
- 22. SFA-Arthroskopie-Basiskurs für das Schultergelenk
- 27. - 28. Hüftendoprothetik für Ärzte

März/April 2003

- 31. - 01. Erfolgsstrategien im Prozessmanagement

April 2003

- 11. - 12. SFA-Knorpelworkshop

Unsere Veranstaltungen tragen das Qualitätssiegel von Fachverbänden und international anerkannten Institutionen.

Fordern Sie noch heute unsere aktuellen Programme an.



Innovative Entwicklungen in der Medizintechnik, anspruchsvolle neue Behandlungsmethoden, zunehmende Anforderungen an Klinik- und Qualitätsmanagement und nicht zuletzt die Freude am Wissen haben einen riesigen Fortbildungsbedarf herbeigeführt.

Weltweit gilt die Aesculap Akademie als bedeutendes Forum für medizinisches Training und Weiterbildung. Das Programmangebot umfasst ein weites Spektrum vom praktischen Workshop über Managementseminare bis hin zu internationalen Symposien.

*AESCULAP AKADEMIE GMBH
Am Aesculap-Platz
78532 Tuttlingen
Tel.: (0 74 61) 95-20 01
Fax: (0 74 61) 95-20 50
per E-Mail unter
info@aesculap-akademie.de
Mehr über uns im Internet:
www.aesculap-akademie.de*



Abschied vom Bereitschaftsdienst?

Ein innovatives Arbeitszeitmodell für die Chirurgie stellt klassische Organisationsstrukturen in Frage

Ein Bericht von Dr. Christian Himmler und Dr. Peter Knappich

Foto: Peter Knappich



Zur den Autoren:

Dr. Christian Himmler und Dr. Peter Knappich bieten unter dem Namen AGAPRO Beratungen sowie Workshops zur DRG-Thematik an und führen Mitarbeiterschulungen in interessierten Einrichtungen durch.

Aktuelle Seminartermine und weiterführende Informationen zum Beratungs- und Leistungsangebot des Chirurgen-Teams erhalten Sie auch im Internet unter www.agapro.de

Christian Himmler und Peter Knappich, Oberärzte der chirurgischen Abteilung am Agatharied-Krankenhaus in Hausham, unseren Lesern bekannt durch ihren Beitrag „Mit Teamwork in die Zukunft – erfolgreich durch das DRG-Labyrinth“ (*nahdran*, Ausg. 01/02), haben in Zusammenarbeit mit W. Vorndran, dem Geschäftsführer der Einrichtung, erneut ihre Innovationsstärke unter Beweis gestellt: Für die Entwicklung eines kostenneutralen Arbeitszeitmodells innerhalb der chirurgischen Abteilung nach den Vorgaben des EuGH-Urteils wurde ihnen der erste Preis bei den Biersdorfer Krankenhausgesprächen verliehen.

Das auf drei Säulen basierende Modell bricht radikal mit klassischen Arbeitszeitstrukturen und stellt den mittelfristigen Wegfall des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Aussicht.

Laut des EuGH-Urteils vom 3. Oktober 2000, das auf Grund einer Klage spanischer Ärzte gefällt wurde, hat im Krankenhaus erbrachter Bereitschaftsdienst (BD) als Arbeitszeit zu gelten. Dies betrifft alle Mitarbeiter, ganz gleich in welcher Tätigkeit sie den BD erbringen. Nachdem die Wochenarbeitszeit in Deutschland 47 Stunden beträgt, dürfte ein Arbeitnehmer also nicht mehr als 8,5 Stunden pro Woche zusätzlich BD ableiten. Ein Mehrfaches dieser Stundenanzahl ist hingegen Realität.

Die teilweise sehr emotional und hart geführte Diskussion über das EuGH-Urteil zeigt, welche Brisanz in diesem Thema liegt. Dabei geht es häufig nicht mehr nur um das Urteil selbst, sondern um die Arbeitszeitregelung des Dienstes im Krankenhaus an sich, mit den allseits bekannten Problemen wie (nicht) angeordneten, (nicht) bezahlten Überstunden, Freizeitausgleich, Bereitschaftsdienst mit und ohne Freizeitausgleich, Tätigkeit im Bereitschaftsdienst, Festlegung der Bereitschaftsdienstgruppe, Rufbereitschaften usw. Wir haben nun versucht, ein Arbeitszeit-Modell zu entwickeln, welches den ärztlichen Dienst im Krankenhaus auf eine solide, gerechte und nachvollziehbare Basis stellt.

Hauptziele dieses Modells waren:

- Kostenneutralität
- Umsetzung der europäischen Arbeitszeitrichtlinien

Gleichzeitig sollten folgende Forderungen erfüllt werden:

- Anpassung des Dienstplans an Arbeitsablauf und -aufwand
- Berücksichtigung der Schnittstellen zu anderen Abteilungen im Dienstplan
- exakte Definition der Tätigkeit (Arbeitsplatzbeschreibung)
- Einbeziehung der veränderten Organisationsabläufe, die durch die DRGs entstehen
- Anpassungsmöglichkeit an bestimmte Mitarbeiterwünsche (Teilzeit, Nachtdienst, Alleinerziehende etc.)
- keine Überstunden, bzw. zeitnaher Ausgleich (ggf. Arbeitszeitkonto)
- Berücksichtigung unterschiedlicher Wünsche der Mitarbeiter hinsichtlich Verdienst oder Freizeit

Wie sind wir vorgegangen?

Personalbedarfsanalyse

Als notwendige Basisdaten ermittelten wir den Bedarf an Ärzten für die Abteilung. Diesen haben wir abschließend auch mit ähnlichen Krankenhäusern verglichen. Als Grundlage können die Richtwerte des kommunalen Prüfungsverbandes herangezogen werden. Zusätzlich benötigt man eine genaue Dokumentation wesentlicher Tätigkeiten. Unter Einsatz von gesundem Menschenverstand und Sachkenntnis über die eigenen Arbeitsabläufe kommt man mit Sicherheit zu vernünftigen Zahlen betreffend des Bedarfs an ärztlichen Mitarbeitern. Ergänzt wurde unser Projekt durch eine Mitarbeiterbefragung. Sie war an den realen Arbeitsabläufen orientiert und basierte auf ganz konkreten Fragenstellungen, z. B.: „Wie viele Ärzte sind für den reinen Stationsdienst (Visiten, organisatorische Vorbereitung der OP, Anforderung von Diagnostik, Arztbriefe, Kodierung und Gruppen) notwendig?“ Die Antworten ergaben übereinstimmende Werte.

Analyse der Arbeitsabläufe und der Schnittstellen

Der nächste Schritt ist die möglichst EDV-gestützte Analyse der eigenen Arbeitsabläufe und der Schnitt-

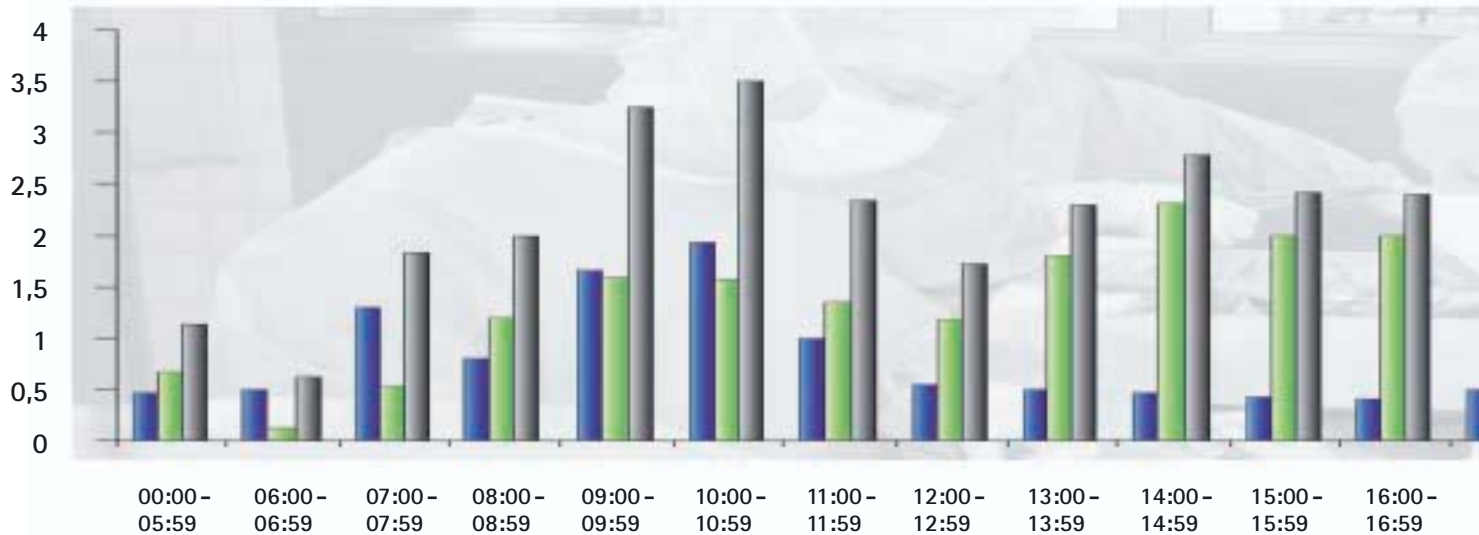
stellen. Wir konnten z.B. feststellen, dass Überstunden allein darauf zurückzuführen sind, dass die zugeteilten OP-Kapazitäten nicht dem tatsächlichen Bedarf entsprechen. Dadurch werden im Anschluss an das normale OP-Programm ständig elektive Eingriffe bis spät in die Nacht durchgeführt. Des Weiteren ist eine Nachmittags- bzw. Röntgenbesprechung 30 Mi-

nuten vor Dienstschluss angesetzt, obwohl die Besprechung regelmäßig länger dauert und das Besprochene danach noch umgesetzt werden muss. Unter Umständen ist es auch notwendig, sich mit Papier und Stoppuhr vor Ort zu begeben, um Durchschnittswerte zu ermitteln.

Analyse des Patientenflusses

Da bei uns alle Patienten, ob stationär oder ambulant, in der zentralen Aufnahme registriert werden, haben wir die Aufnahmezeiten zur Analyse des Patientenflusses verwendet. Darüber hinaus liegt uns der Zeitpunkt der Aufnahme in der Röntgenabteilung und der Durchführung der Röntgenaufnahme vor. Im OP und auch bei anderen Leis- ▶





Fortsetzung des Berichts von Dr. Christian Himmler und Dr. Peter Knappich

tungserbringern werden relevante Zeiten im Krankenhausinformationssystem (KIS) dokumentiert. Die grafische Aufbereitung visualisiert dann den Patientenfluss und die

erforderlichen Anpassungsleistungen (Abb.1). Das Beispiel zeigt überzeugend, dass der Arbeitsanfall nicht dem kollektiv verordneten 7.15 bis 15.26 Zeiträumen

entspricht, sondern sich von 7.00 bis 21.00 verteilt und erst dann langsam abfällt. Der bei uns übliche Wechsel vom Tagdienst zum Bereitschaftsdienst findet um 15.30 statt

und liegt somit genau im 2. Peak des Arbeitsanfalls. Eine Situation, die täglich zu Unruhe und (geplanten) Überstunden führen muss.

Generierung eines individuellen Arbeitszeitmodells

Zur Steigerung der Effizienz basiert unser Modell auf drei Säulen. Ein BD ist nicht mehr, bzw. in der Übergangsphase nur an Wochenenden, geplant.

Säule 1: Spezialisierung, Funktionalisierung

Der Assistenzarzt wird nicht mehr einer Station, als kleinster organisatorischer Einheit einer medizinischen Abteilung, sondern einem Funktionsbereich zugeordnet. Je nach Arbeitsaufwand können mehrere Bereiche zu einer Einheit zusammengelegt, oder für einen Bereich mehrere Ärzte eingeteilt werden. Dienste können fest besetzt oder in zu definierenden Zeitintervallen durchlaufen werden.

Säule 2: Arbeitsplatzbeschreibung

Dies ist im Krankenhaus völliges Neuland, entsprechend sind Phantasie und innovatives Denken gefragt. So finden sich selbst für einen „Nachtdienst 2“, von 00.00 bis 08.00, reichlich Tätigkeiten. Der Nachtdienst ist zu ca. 1/3 der Zeit mit Notfällen ausgefüllt. Dazwischen ist Zeit für DRG-Kodierungen, AHB-Anträge, Schreiben von Plänen für die Intermediate-Care-Einheit, Arztbriefe etc. Eine Frühvisite kann Probleme bereits vor Beginn des Tagesprogramms in die Planung einbeziehen.

Säule 3: Planung

Nur mit einer exakten Planung, die natürlich ein Arbeitszeitkonto beinhaltet, wird aus den obigen Eckpfeilern ein Fundament. In dieser Planung sind alle Elemente des ärztlichen Dienstalltags zu berücksichtigen. Wenn z.B. die tägliche Besprechung der Abteilung immer um 20 Min. überzogen wird, so hat man pro Jahr die Arbeitszeit einer Vollkraft verloren. Die Führung eines exakten Plans ist eine Grundbedingung. Nur so lassen sich anfallende Überstunden unter Einhaltung des Personalbudgets zeitnah ausgleichen.

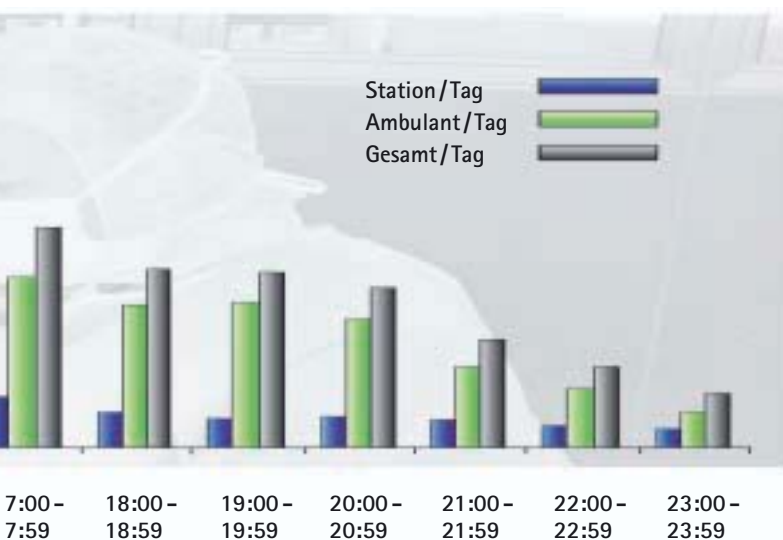


Abb. 1: Patientenfluss, ambulante und stationäre Neuaufnahmen an Werktagen (zur korrekten Analyse müssen die unterschiedlichen Zeitintervalle beachtet werden)

Zusammenfassend ergeben sich für das Modell folgende Vorteile:

- höhere Effektivität und Qualität durch Spezialisierung
- präzise Aufgabenbeschreibung erleichtert die Erbringung qualifizierter Leistungen
- Vermeidung von Leerlaufzeiten (z.B. Warten auf OP-Einsatz, ständiges Unterbrechen der aktuellen Tätigkeit, Reduktion von Wegezeiten)
- Anpassung des OP-Dienstes an die Anzahl der betriebenen OP-Säle
- Einsparung von Funktionskleidung
- große Zahl von Varianten möglich
- Reduktion (Abschaffung) des für beide Seiten wenig vorteilhaften Bereitschaftsdienstes
- vollständige Anpassung an kommende Arbeitszeitregelungen (EuGH-Urteil) möglich

Selbstverständlich ist auch mit Problemen zu rechnen, die ein Umdenken in der Organisation einer medizinischen Abteilung erforderlich machen:

- Aufgabe des Stationskonzeptes
- radikale Abkehr von klassischen ärztlichen Arbeitsstrukturen
- optimierte Informationsweitergabe nötig
- Änderung des Ausbildungssystems
- mögliche Einkommensverluste durch (teilweisen) Wegfall der Bereitschaftsdienste

Es bleibt dem Einzelnen vorbehalten zu beurteilen, ob in seiner Abteilung die klassischen Strukturen, die als unabdingbar für eine qualitativ hochstehende Medizin gelten, noch vorliegen. Die Realität in den meisten Krankenhäusern dürfte sich bereits weit vom ursprünglichen Einsatzspektrum des Stationsarztes entfernt haben, denn dieses ist schon lange nicht mehr mit dem Arbeitszeitgesetz (auch ohne EuGH-Urteil) in Einklang zu bringen. Übrigens: Hausärzte, die dem Patienten rund um die Uhr zur Verfügung stehen, sind auch bei uns mittlerweile nur noch ein Mythos. ■

DRG-WORKSHOP in Agatharied Veranstaltungstermine Frühjahr 2003

Veranstaltungsort: Krankenhaus Agatharied, St. Agathastr. 1, 83734 Hausham (Schliersee)

Leitung/Anfragen: Dr. Peter Knappich und Dr. Christian Himmler, OÄ Chirurgische Abteilung, KH Agatharied

Telefon: 08026-393-2444

Telefax: 08026-393-4614

E-Mail: peter.knappich@khagatharied.de

Da alle Workshops praktische Übungen am PC beinhalten, ist die Teilnehmerzahl auf 15 Personen begrenzt.

März 2003

05.03.03 (15.00 – 21.00)

3. G-DRG Standard-Workshop Für Ärzte und Verwaltungsangestellte.

Teilnahmegebühr: € 290,-

19.03.03 (16.00 – 21.00)

3. G-DRG Anästhesie-Workshop Für Anästhesisten und Intensivmediziner.

Teilnahmegebühr: € 250,-

26.03.03 (16.00 – 21.00)

3. G-DRG Pädiatrie-Workshop Für Pädiater und Kinderchirurgen.

Teilnahmegebühr: € 250,-

April 2003

02.04.03 (17.00 – 20.00)

3. G-DRG Pflege-Workshop Für Pflegedienstleitungen, Stationsleitungen und Krankenpflegeschulen.

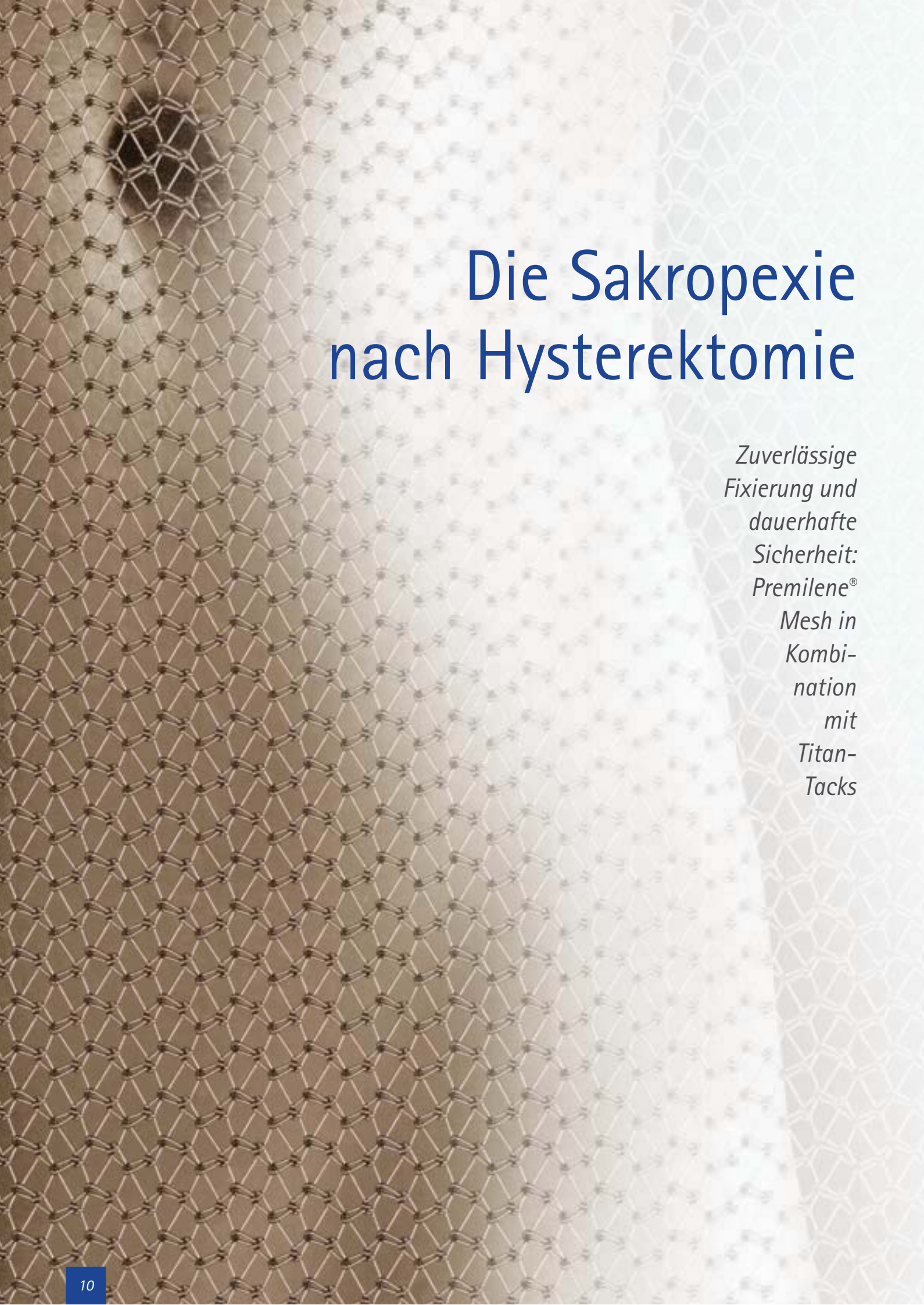
Teilnahmegebühr: € 170,-

09.04.03 (17.00 – 20.00)

1. G-DRG Forum Interaktives Forum zur Diskussion von Neuerungen und besonderen Fällen.

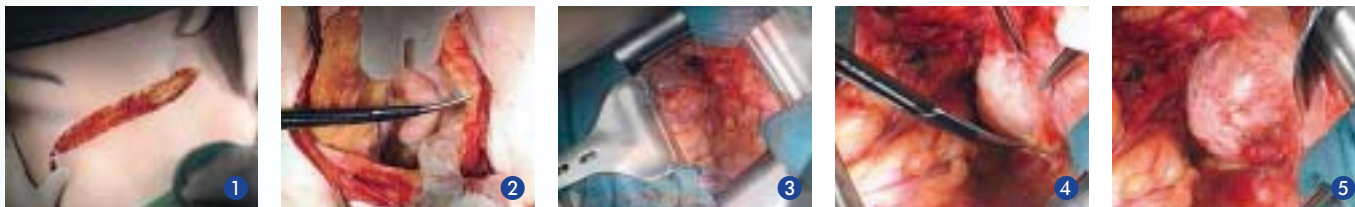
Teilnahmegebühr: € 200,-

(keine Teilnehmerbegrenzung)



Die Sakropexie nach Hysterektomie

*Zuverlässige
Fixierung und
dauerhafte
Sicherheit:
Premilene®
Mesh in
Kombi-
nation
mit
Titan-
Tacks*



Ein Bericht von CA Prof. Dr. Peter Faber

Die Sakropexie dient der Fixierung der prolabierten Vagina am Os sacrum und wird am häufigsten nach einer Hysterektomie durchgeführt. Prof. Dr. Faber bevorzugt bei der Sakropexie den Einsatz eines nicht resorbierbaren Netzes in Kombination mit Titan-Tacks, da dieses spezielle Verfahren sowohl intraoperativ mit einem geringeren Blutungsrisiko für die Patientin verbunden ist, als auch postoperativ bislang so gut wie keine Komplikationen nach sich gezogen hat, die einen erneuten operativen Eingriff erforderlich machen würden. Prof. Faber setzt dieses Verfahren seit 1999 erfolgreich ein und schildert im folgenden Beitrag seine Operationsmethode.

Wir führen die Operation am Prosper-Hospital nach einem Längsschnitt unter antibiotischer Abschirmung durch. Nach Eröffnung des Peritoneums wird ein Bauchdeckenrahmen angelegt und die Darmschlingen werden mit Bauchtüchern abgestopft (Abb. 1-3). Nach der Lateralisierung des Sigmas ist bereits die Stelle sichtbar, an der später das Premilene® Mesh am Os sacrum fixiert werden soll: Sie liegt etwa 1,5-2 cm unterhalb des Promontori- ums. Zur Elevierung des Scheidenblindsacks führen wir anschließend einen Glasstab in die Scheide ein.

Nun erfolgt die Abpräparation der Blase vom Scheidenende und deren Vorderwand. Dieser Schritt sollte großzügig durchgeführt werden, um eine möglichst breitflächige Anheftungsstelle für das Premilene® Mesh zu gewinnen. Anschließend folgt die Abpräparation des Douglas-Peritoneums und des Rektums von der hinteren Vaginalwand (Abb. 4-6). Das Premilene® Mesh wird angehalten und in der jeweils passenden Größe zugeschnitten. Hier ist insbesondere darauf zu achten, dass das Netz lang genug bleibt, damit die

Scheide mit ihrer Verlängerung nicht unter Spannung an das Os sacrum herangezogen werden muss.

Zunächst wird auf der hinteren Vaginalwand einer der beiden Netzstreifen aufgesteppt. Hier verwenden wir ein nicht resorbierbares Nahtmaterial der Stärke 2/0, z.B. Premilene®. Es wird eine fortlaufende überwendliche Naht gelegt, wobei darauf geachtet werden muss, dass die Scheide nicht durchstochen, sondern lediglich tangential gefasst wird. Dies kann bei atrophischen Scheidenverhältnissen in manchen Fällen schwierig sein.

Im Anschluss wird der zweite Netzstreifen auf die vordere Vaginalwand aufgenäht, wobei ca. 3 bis 4 cm der nicht fixierten Teile des Netzstreifens im kranialen Bereich über das Scheidenende hinausreichen sollten, um eine ausreichende Länge zur spannungsfreien Fixierung am Os sacrum zu ermöglichen. Beide Netzteile sollten sich nun spannungsfrei bis zum Kreuzbein führen lassen (Abb. 7-10).

Nach der Spaltung des präskralen Peritoneums erfolgt im nächsten Schritt unter ausreichender Lateralisie- ▶



Foto: Peter Faber

Zur Person:

Prof. Dr. med. habil. Peter Faber ist seit 1985 Chefarzt der Frauenklinik des Prosper-Hospitals Recklinghausen, Akademisches Lehrkrankenhaus der Ruhr-Universität Bochum, und u.a. Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie der Gesellschaft für Inkontinenzhilfe.

Die Schwerpunkte seiner ärztlichen Tätigkeit liegen in den Bereichen der Gynäkologischen Urologie und Onkologie sowie der Descensus-Chirurgie.





Fortsetzung des Berichts von CA Prof. Dr. Peter Faber

Die Darstellung der Ureteren. Die Netzstreifen werden jetzt mit stumpfen Klemmen jeweils am freien Ende gefasst und an die vorgesehene Fixierungsstelle am Os sacrum gehalten (Abb. 11-13).

Hier empfiehlt es sich, zur sicheren und schnellen Fixierung des Netzes Spiral-tacks aus Titan einzusetzen. Da bei der Sakropexie nach Hysterektomie in der Regel so gut wie kein natürliches Gewebe zur Fixierung der prolabierten Vagina mehr vorhanden ist, bietet das Verfahren mit dem Premilene®-Mesh in Verbindung mit Spiral-tacks gewissermaßen eine „federnde Aufhängung“, die den physiologischen Verhältnissen noch am ehesten entspricht.

Zusätzlich weisen die Tacks gegenüber der Verwendung von Fadenmaterial eine geringere Blutungstendenz auf. Darüber hinaus ist mit dem Einsatz eines nicht resorbierbaren Netzes der Vorteil verbunden, dass so auch langfristig eine sichere Fixierung der Vagina gewährleistet werden kann.

Vor der endgültigen Netzfixierung prüft der Operateur durch eine Spekulum-Einstellung, dass die Scheide nicht zu straff gespannt ist

und bringt dann 6 bis 8 Titantacks durch die Netzstreifen am Os sacrum an, so dass eine breite Fixierungsbasis entsteht. Überstehende Tacks werden mit einem gedoppelten Netzstreifen abgedeckt und ebenfalls mit nicht resorbierbarem Nahtmaterial fixiert (Abb. 14-18). Alternativ können die Netzstreifen von vornherein länger gewählt werden, damit das überstehende Ende umgeschlagen und aufgesteipt werden kann. Wir legen in jedem Fall Wert darauf, dass das Operationsgebiet wegen des eingebrachten Fremdmaterials peritonealisiert wird.

Abschließend erfolgt der schichtweise Verschluss der Bauchdecke (Abb. 19) unter Einlage einer subfaszialen Redon-Drainage.

Die von uns verwendeten Premilene®-Meshs aus Polypropylen sind in verschiedenen Größen erhältlich und haben sich aufgrund ihrer speziellen Flächenstruktur als besonders geeignet für die dargestellte Methode erwiesen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass dieses Verfahren ein Höchstmaß an Sicherheit für die Patientin bietet und durch den Einsatz

der Spiraltacks für den Operateur relativ einfach durchzuführen bzw. zu erlernen ist.

Selbstverständlich geben wir interessierten Kollegen gerne die Möglichkeit der Hospitation in unserer Abteilung. ■

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Peter Faber
Prosper Hospital
Recklinghausen
Frauenklinik
Mühlenstraße 27
45659 Recklinghausen

Telefon: 0 23 61/54-24 75
Telefax: 0 23 61/54-24 57

E-Mail: frauenklinik@prosper-hospital.de

PRODUKT-INFO



Premilene® Mesh

Monofiles, nicht resorbierbares Polypropylen-Netz

Unkomplizierte Handhabung

- Optimale Entfaltung und Flexibilität
- Präzise Applikation und Modellierung
- Sehr gute Transparenz

Maximale Patientenschonung

- Sehr gute Gewebeverträglichkeit
- Stark reduzierte Fremdkörperreaktion
- Flexible Anpassung an individuelle Gewebestrukturen
- Kein „Bridging-Effekt“

Neu: Premilene® Mesh LP

Die neue gewichtsreduzierte Netz-Generation

- Reduziertes Gewicht
- Hohe Reißkraft
- Optimierte Konsistenz und Stabilität
- Maximale Festigkeit bei hoher Elastizität

Weitere Indikationen

- TEP (total extraperitoneal)
- TAPP (transabdominal preperitoneal)
- OP nach Lichtenstein



Leserbriefe

Wenn auch Sie ein Thema besonders beschäftigt, schreiben Sie uns. Wir sind gespannt auf Ihre Meinung!

BBD-Aesculap GmbH
Redaktion nahdran
Postfach 31
78501 Tuttlingen

Telefax: 08 00-222 37 82
E-Mail: nahdran@gmx.de

Sehr geehrte Redaktion,

mit Spannung verfolgen wir das Thema „Pro und Contra OTAs“:

Täglich erleben wir hier im Herzzentrum Lahr/Baden, dass OTAs und examinierte Krankenschwestern/Pfleger Hand in Hand miteinander arbeiten. Unsere Abteilung besteht aus vier OTAs, weitere vier sind gerade in der Ausbildung und das bei einem Stellenschlüssel von 15 Mitarbeitern. Wir würden uns für alle OTAs, die ebenso wie wir drei Jahre auf ihr Ziel hingearbeitet haben, wünschen, so geschätzt zu werden, wie wir im Herzzentrum Lahr.

Selbst der DBfK ist nach Jahren der Ablehnung nun endlich zur Aufnahme der OTAs bereit; aus unserer Sicht ein längst überfälliger und bedeutsamer Schritt mit zukunftsweisender Tendenz.

Daher unsere große Bitte an die Politiker, endlich den OTAs bzw. der OTA-Ausbildung die staatliche Anerkennung auszusprechen!

Und um noch einmal in aller Kürze auf das Thema „Schneller, besser, billiger“ zurückzukommen: 3 Jahre sind wohl völlig legitim, um einen Beruf zu erlernen; „besser“ muss man wohl von Fall zu Fall beurteilen; „billiger“: den Schuh ziehen wir uns nicht an!

Wenn man einen neuen Weg gehen will, muss man eben erst den Boden ebnen ...

In diesem Sinne grüßt Sie das OP-Team aus dem Herzzentrum Lahr/Baden
Uwe Jabs, Katja Epsig und Caroline Seidel

KURZ NOTIERT:

Wolfgang Hellmann (Hrsg.)

Klinische Pfade

Konzepte, Umsetzung, Erfahrungen

Ecomed Verlag

Reihe: Krankenhausmanagement

professionell

Landsberg 2002

Hardcover, 288 Seiten

ISBN: 3-609-16094-2

€ 39,-



Der Herausgeber:

Prof. Dr. rer. physiol. habil.
Wolfgang Hellmann

Wolfgang Hellmann ist Professor für den Lehrbereich Medizin im Studiengang „Bio-wissenschaftliche Dokumentation“ und u.a. Vorstand der Zentralen Einrichtung für Weiterbildung (ZEW) der FH Hannover sowie Vorsitzender der Akademie für Management im Gesundheitswesen e.V. (AMIG).

Aus dem Inhalt:

- Einführung von Klinischen Pfaden in deutschen Krankenhäusern – Nutzen, Hemmnisse und terminologische Problematik (W. Hellmann)
- Praktische Pfadarbeit – Konstruktion, Implementierung und Controlling von Patientenfaden (Th. Holler)
- Klinische Pfade im Evangelischen Krankenhaus Oberhausen – Tipps zur Umsetzung auf der Grundlage erster Erfahrungen (Ch. Scheu)
- Entwicklung, Integration und Visualisierung von Klinischen Pfaden mit DV-Unterstützung (S. Laprell, S. Begemann)
- Clinical Pathways und Evidence Based Medicine – Perspektiven für die Optimierung von Behandlungsabläufen (F.J. Fischer)
- Patientenfaden im Westküstenklinikum Heide – Überlegungen und Realisierung am Beispiel einer interdisziplinären zentralen Aufnahmestation (H. Herrmann, F.S. Keck)
- Geplante Behandlungsabläufe und CaseMaps – Wirkung, Nutzen und Anwendungsfelder im Krankenhaus der Zukunft (M. Bollmann, M. Beck)
- Geplante Behandlungsabläufe als Bestandteil von Markenprodukten in der Gesundheitsversorgung (O. Bornemeier, J. Ohm)

Globale Nutzung von Krankenhauskapazitäten

Ergebnisse eines deutsch-britischen Pilotprojekts

Ein Interview mit Detlef Kössendrup

Massive Versorgungslücken im britischen Gesundheitssystem waren der Anlass für einen ungewöhnlichen Patiententransfer: Im Frühjahr 2002 trafen die ersten britischen Wartelisten-Patienten in deutschen Kliniken ein, um hier die dringend benötigte Operation durchführen zu lassen. Aber was ist aus dem Pilotprojekt geworden? Wir haben nachgefragt ...

Hintergrund der deutsch-britischen Kooperation

In Großbritannien warten zur Zeit nach offiziellen Angaben 70.000 Kranke zwischen 15 und 18 Monate lang auf eine

Europäischen Gerichtshofes vom 12. Juli 2001 die britische Regierung unter Zugzwang setzt. Demnach darf sich ein Patient, dem die erforderliche Krankenhausbehandlung in seinem Land nicht innerhalb eines angemessenen Zeitraums angeboten werden kann, in einer Klinik seiner Wahl im EU-Ausland behandeln lassen. Die Kosten muss seine Krankenversicherung im Heimatland übernehmen. Hintergrund dieser Maßnahmen ist der Umstand, dass bei der Operation eines britischen Patienten in Deutschland zwar mehr Kosten entstehen, als der britische Gesundheitsdienst National Health Service (NHS) berechnen würde, der

hend positiven Bewertung eine Ausweitung des Projekts erwarten lassen. *

Erwirtschaftung zusätzlicher Einnahmen

Aber nicht nur die Patienten könnten von der medizinischen Versorgung in Deutschland profitieren, sondern auch die Kliniken selbst. Vor dem Hintergrund der 1998 geänderten Pflegesatzverordnung haben deutsche Kliniken bekanntlich die Möglichkeit, bei der Behandlung ausländischer Patienten außerhalb des sektoralen Krankenhausbudgets abzurechnen. Fraglich ist allerdings, ob sich hier trotz des personellen und administra-

Herr Kössendrup, welche Kriterien muss eine Klinik erfüllen, um ausländische Patienten behandeln zu können? Welche Fragen sollte sich die Klinikleitung vor der Aufnahme der Patienten stellen?

Die Klinik, die gezielt ausländische Patienten behandeln möchte, sollte sich im Vorfeld eingehend informieren und im Idealfall bereits Erfahrungen mit der Behandlung von derartigen Patienten haben. Dies betrifft sowohl den ärztlich-pflegerischen wie auch den verwaltungstechnischen Bereich. Oftmals haben ausländische Patienten sehr spezifische Ansprüche, die es zu befriedigen gilt. Weiterhin ist eine muttersprachliche Betreuung unabdingbar. Dies vermittelt Sicherheit auf beiden Seiten. Die Klinikleitung muss sich die Frage stellen, ob die Kapazitäten ausreichen, um derartige Patienten in den normalen Betrieb zu integrieren. Auch die Öffentlichkeitsarbeit nimmt hierbei einen großen Stellenwert ein. Da es sich in der Regel ausschließlich um elektive Patienten handelt, ist sicherzustellen, dass die inländischen Patienten keine längeren Wartezeiten für ihre Eingriffe hinnehmen müssen.

Wie wurden die Patienten an Ihre Klinik vermittelt?

Das Eduardus-Krankenhaus in Köln ist Mitglied im Kuratorium zur Förderung der

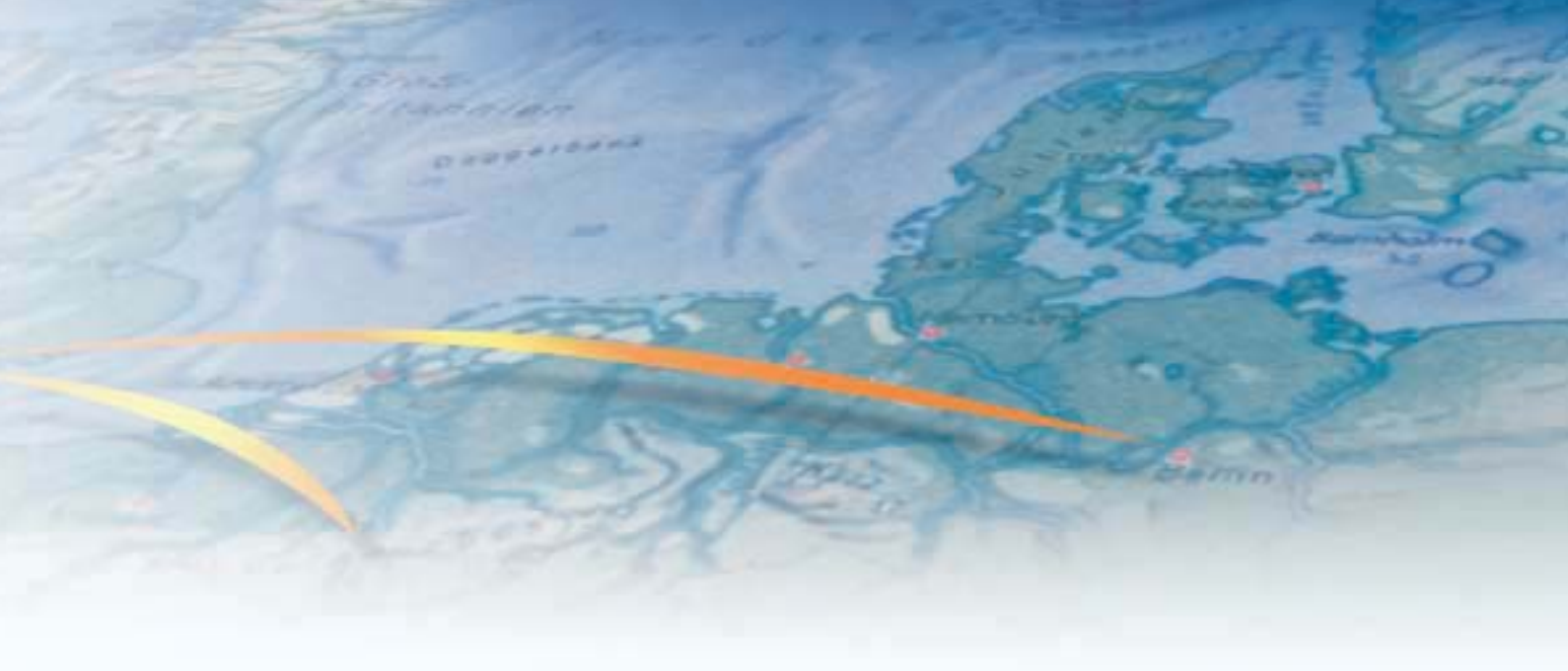
In Großbritannien warten zur Zeit nach offiziellen Angaben 70.000 Kranke zwischen 15 und 18 Monate lang auf eine Operation

Operation; insgesamt sind dort 1,2 Millionen Patienten auf Wartelisten registriert. Vor diesem Hintergrund haben britische Wartelistenpatienten seit Frühjahr 2002 die Möglichkeit, die benötigten Operationen im europäischen Ausland (in erster Linie in Deutschland und Frankreich) durchführen zu lassen. Mitinitiator der deutsch-britischen Patientenbrücke ist das Kuratorium zur Förderung Deutscher Medizin im Ausland e.V., in Zusammenarbeit mit der GerMedic GmbH (s. Kasten S. 17). Großbritannien hat dem Pilotprojekt zugestimmt, da ein Grundsatzurteil des

Eingriff aber immer noch wesentlich günstiger durchgeführt werden kann als in einer englischen Privatklinik. In Absprache mit dem NHS und der regionalen Gesundheitsbehörde der Region West Sussex wurde der Patiententransfer nach Deutschland zunächst bis Ende März 2002 befristet, um herauszufinden, ob dies neben verstärkten inländischen Reformbemühungen ein weiterer effizienter Schritt zum Abbau der britischen Wartelisten sein kann. Mittlerweile liegen die Ergebnisse des Pilotprojekts auf Basis einer Patientenumfrage vor, die aufgrund der weitge-

tiv-organisatorischen Mehraufwands zusätzliche Einnahmen erwirtschaften lassen.

Wir wollten die deutsch-britische Kooperation aus der Perspektive einer der behandelnden Kliniken beleuchten und sprachen mit Detlef Kössendrup, dem geschäftsführenden Direktor des Eduardus-Krankenhauses in Köln, über seine Erfahrungen mit der Behandlung ausländischer Patienten. Das Eduardus-Krankenhaus war im Frühjahr 2002 eine der ersten Einrichtungen, die Patienten aus England operativ versorgte.



deutschen Medizin im Ausland. Im Zusammenhang mit dem Kuratorium sind verschiedene Projekte im Ausland zustande gekommen, um dort Patienten zu akquirieren. Hier ist insbesondere das England-Projekt zu nennen. Des Weiteren gab es Kontakte in die skandinavischen Länder sowie in den arabischen Raum.

Welche Vorteile hat die Zusammenarbeit mit dem Kuratorium?

Im Rahmen der Zusammenarbeit mit dem Kuratorium ist sichergestellt, dass auf einer relativ hohen politischen Ebene die Erstkontakte zu Gesundheitsministerien oder sonstigen offiziellen Institutionen hergestellt werden können. Alle weiteren vertraglichen Bedingungen werden über eine zertifizierte deutsche Patientenorganisation, die GerMedic GmbH, abgewickelt. Unter Hinzuziehung der GerMedic GmbH, die die komplette organisatorische Abwicklung und die bisweilen recht komplexe Kommunikation mit den Behörden übernimmt, hält sich der administrative Aufwand im Rahmen. Auch bei evtl. auftretenden Komplikationen werden die Formalitäten – bspw. die Verlängerung des Klinik-Aufenthaltes – zuverlässig übernommen.

Können mit der Aufnahme ausländischer Patienten zusätzliche Einnahmen in

deutschen Kliniken erwirtschaftet werden?

Sicherlich sind mit der Behandlung ausländischer Patienten zusätzliche Einnahmen zu erwirtschaften. Jede Klinik sollte jedoch in der Lage sein, ihre eigenen Kosten zu beziffern und eine Deckungsbeitragsrechnung für die entsprechenden Behandlungen zu erstellen. Im Eduardus-Krankenhaus sind z. B. die englischen Patienten ausschließlich samstags operiert worden. Dies ist natürlich nur mit zusätzlichem Personalaufwand möglich. Die Behandlung lohnt sich dennoch, da außerhalb des Budgets abgerechnet werden kann.

Bislang wurden nur insgesamt 81 britische Patienten in Deutschland behandelt. Worauf ist Ihres Erachtens diese doch sehr geringe Zahl zurückzuführen?

Die geringe Anzahl an Patienten aus England basiert auf einem Modellprojekt. Das englische Gesundheitsministerium hat meines Wissens drei Projekte in drei verschiedenen Ländern gestartet. Diese Projekte waren sowohl von der Patientenzahl wie auch von der Indikation begrenzt. Nach Auswertung der Patientenbefragungen sind aber mittlerweile neue Verträge in Vorbereitung. Die von uns behandelten Patienten waren mit der ärztlichen sowie pflegerischen Versorgung sehr zufrieden; Beschwerden gab

es lediglich hin und wieder bezüglich des Essens ...

Wie schätzen Sie die zukünftige Entwicklung ein? Wird sich dieses Modell durchsetzen?

Meiner Meinung nach wird sich dieser Patiententransfer in jedem Fall weiterentwickeln. Hintergrund hierfür ist sicherlich der besser informierte Patient. Auch die schnelleren Behandlungsmöglichkeiten im Gegensatz zum Heimatland könnten diese Entwicklung weiter forcieren.

Welches Vorgehen empfehlen Sie Kliniken, die sich für die Aufnahme ausländischer Patienten interessieren?

Am wichtigsten erscheint mir die Prüfung der vorhandenen elektiven Behandlungsindikationen. Hier sollte sich jede Klinik auf maximal drei Indikationen konzentrieren. Des Weiteren muss man nachweisbar hervorragende Qualität bei entsprechender Quantität erbringen können. Hier ist sicherlich die bei uns vorgehaltene Abteilung für Orthopädie und Traumatologie mit 142 Planbetten prädestiniert. Zusätzlich sollte jede Klinik prüfen, inwieweit die Infrastruktur – intern wie auch extern – auf die Behandlung ausländischer Patienten abgestimmt ist. Ich bin davon überzeugt, dass es bspw. schwierig wird, ausländische Patienten zu akquirieren,

wenn kein Flughafen in der näheren Umgebung ist. Weiterhin sollte jede Klinik einen zuverlässigen Organisationspartner haben, denn der organisatorische Aufwand ist nicht zu unterschätzen.

Herr Kössendrup, wir danken Ihnen für das Gespräch!

**Der vollständige Bericht (Department of Health/York Health Economics Consortium: Evaluation of Treating Patients Overseas. Final Report 2002) steht im Internet unter: <http://www.doh.gov.uk/international/report02.pdf> zum Download zur Verfügung (nur in englischer Sprache).*

Weitere Informationen finden Sie auf den folgenden Seiten. ▶



Die Organisation des britischen Gesundheitssystems

Der nationale Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS) nimmt bis heute den bedeutendsten Part in der britischen Gesundheitsversorgung ein. Die Finanzierung erfolgt zu ca. 80% über Steuergelder, da die Inanspruchnahme des NHS nur zu einem geringen Teil an Beitragszahlungen gebunden ist. Die einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträge werden von allen Erwerbstätigen gezahlt, deren Einkommen nicht unter der Beitragsbemessungsgrenze liegt, etwa die Hälfte der Beiträge werden vom Arbeitgeber aufgebracht. Ungefähr 16% der Abgaben stammen aus privaten Krankenversicherungen, Zuzahlungen für Rezepte, Zahnersatz und Brillen decken noch einmal 4% der Ausgaben.

Neben dem 'public funding sector', der vom NHS abgedeckt wird, gibt es noch den sogenannten 'private funding sector'. Dieser unterhält, zusätzlich zum NHS, Krankenhäuser und sonstige Gesundheitseinrichtungen, die jedem Bürger zur Verfügung stehen – sofern er die private Behandlung finanzieren kann. Die staatlichen NHS-Krankenhäuser haben aufgrund des permanenten Betten- und Personalmangels so gut wie keine Möglichkeiten zur schnellen operativen Behandlung der auf den Wartelisten stehenden Patienten. Trotz

unterschiedlichster Reformbemühungen, Privatisierungsüberlegungen und der zusätzlichen Rekrutierung ausländischer Ärzte konnte der „Patient Gesundheitswesen“ bislang nicht erfolgreich behandelt werden.

Einzig die starke strukturelle Einbindung der praktischen Allgemeinärzte (general practitioners) innerhalb des Systems wird auch im internationalen Vergleich als vorbildlich hervorgehoben: Da für britische Patienten kein direkter Facharztzugang besteht, muss er unabhängig von seinen Beschwerden zunächst einen 'general practitioner' konsultieren, der ihn dann bei entsprechender Indikation an einen Facharzt überweist.

Ausblick 2003

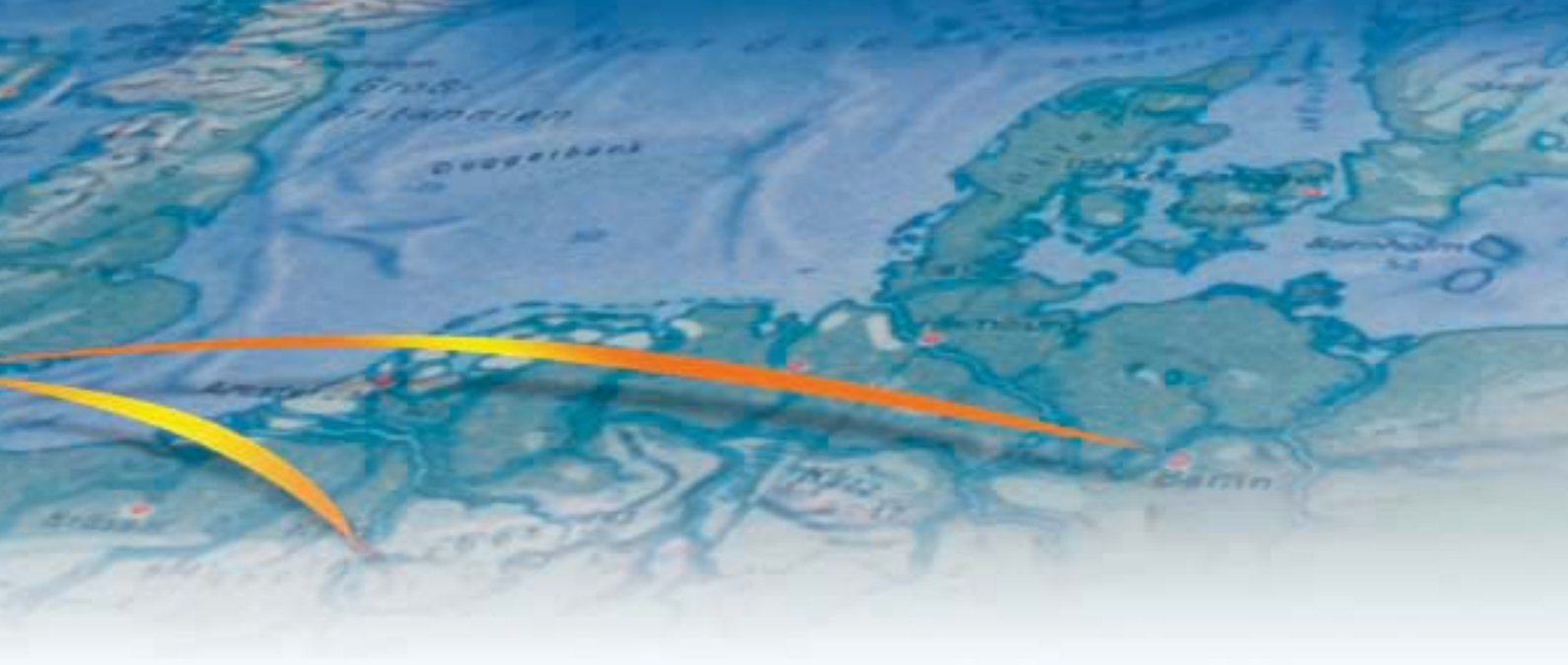
Dr. Dieter Thomae

Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion und Vorstandsvorsitzender des Kuratoriums zur Förderung deutscher Medizin im Ausland e.V.



"Wir werden uns auch in diesem Jahr verstärkt dafür einsetzen, den internationalen medizinischen Dialog zu fördern und die medizinische Versorgungsqualität deutscher Kliniken im Ausland transparent zu machen. Im Rahmen des Pilotprojekts mit England haben wir in diversen Gesprächen mit Verantwortlichen des Gesundheitsministeriums und den regionalen Gesundheitsbehörden die Leistungsstrukturen der deutschen Spitzenmedizin im Allgemeinen und die Vorzüge hochspezialisierter medizinischer Leistungen in deutschen Krankenhäusern detaillierter dargestellt. Die mittlerweile vorgelegte Studie in Nachbereitung des Pilotprojekts mit England verdeutlicht, neben der positiven Beurteilung durch die britischen Patienten, allerdings auch diverse Hürden, die bei grenzüberschreitenden Kooperationen zu nehmen sind. Gerade in den allgemeinen medizinischen Richtlinien und den Kriterien der Behandlung sowie der Nachsorge bestehen inner-

halb Europas unterschiedliche gesetzliche Bestimmungen. Vor diesem Hintergrund wird sich das Kuratorium mit umfassenden Recherchen über die Sachstände in den verschiedenen Ländern weiterhin auf politischer Ebene dafür einsetzen, dass vergleichbare Rahmenbedingungen in den europäischen Ländern entstehen können. Zusätzlich zu unseren Projekten auf europäischer Ebene sind in diesem Jahr verschiedene Kontakte und Kooperationen in den arabischen Ländern entstanden. Gerade in der arabischen Welt ist eine intensive Kongress-Tätigkeit zum Thema Gesundheit und medizinische Versorgung zu beobachten. So werden unter anderem Kongresse in Riad, Dubai und Kuwait durchgeführt – maßgeblich organisiert von den dort ansässigen Kliniken. Bis auf wenige Ausnahmen sind deutsche Repräsentanten bei diesen Kongressen kaum vertreten; das Kuratorium wird sich verstärkt darum bemühen, diese Lücke zu schließen."



Kuratorium zur Förderung deutscher Medizin im Ausland e.V.

Das Kuratorium ist ein eingetragener Verein im Gesundheitswesen, der sich international für eine stärkere Inanspruchnahme deutscher Gesundheitsleistungen einsetzt.

Bei der Werbung für ihre Qualität werden deutsche Krankenhäuser seit vier Jahren durch das auf Initiative des FDP-Gesundheitspolitikers Dr. Dieter Thomae gegründete Kuratorium unterstützt. Das Kuratorium als gemeinnützige berufsständische Vereinigung verfolgt keine wirtschaftlichen Eigeninteressen und finanziert sich aus einer einmaligen Aufnahmegebühr sowie den jährlichen Beiträgen seiner mittlerweile über 100 Mitglieder. Bei entsprechender Eignung – Kriterien sind hier u.a. organisatorische Voraussetzungen, Sprachkenntnisse und Sicherstellung einer hochqualifizierten Behandlung und Betreuung – steht die gemeinnützige Organisation prinzipiell jeder Klinik offen.

Die für alle Mitglieder verpflichtenden Richtlinien sehen u.a. vor, dass Auslandpatienten fremdsprachlich betreut werden und auf religiöse sowie kulturelle Besonderheiten Rücksicht genommen wird.

Das Knüpfen politischer und medizinischer Kontakte zu ausländischen Einrichtungen und Ärztekreisen über Kongressbesuche und eine umfassende Presse- und Öffentlichkeitsarbeit gehören ebenso zu den Aktivitäten des Kuratoriums wie die Bündelung führender medizinischer Fachkompetenzen im Sinne einer überzeugenden Präsentation gegenüber internationalen Kooperationspartnern.

*Kuratorium zur Förderung deutscher Medizin im Ausland
Tulpenfeld 7
53113 Bonn*

*Telefon: 0228-24229-90
Telefax: 0228-24229-91*

*E-Mail: info-desk@committee-german-medicine.de
Internet: www.committee-german-medicine.de*



GerMedic GmbH

Die GerMedic GmbH ist unter der Geschäftsführung von Axel Holander als akkreditierte Partnerfirma des Kuratoriums für die gesamte administrative und logistische Abwicklung von Patientenfragen verantwortlich.

Hat sich ein Patient aus dem Ausland für die Behandlung in einer deutschen Klinikeinrichtung entschieden, bedarf es zusätzlicher Serviceleistungen und einer hochqualifizierten Infrastruktur. Hierzu gehören u.a. die Übersetzungen der medizinischen Befund-Unterlagen, die Organisation des Transports der Patienten vom Flughafen zur Klinik, die Betreuung der Patienten in der Landessprache etc. Weitere wichtige Aspekte sind die Ermittlung des optimalen Behandlungsplatzes, die Reiseplanung im Allgemeinen sowie die nicht-medizinische Patientenbetreuung vor Ort.

Um die Beteiligten von der administrativen und logistischen Abwicklung von Patientenfragen zu entlasten und gleichzeitig einen hohen Servicestandard in internationalen Projekten gewährleisten zu können, hat das Kuratorium die Firma GerMedic GmbH als Partnerfirma akkreditiert.

Die GerMedic GmbH übernimmt auf Wunsch der Mitgliedseinrichtungen die o.g. Serviceaufgaben und kann durch eine zentrale Administrationsstruktur die Kosten für den Servicebereich gering halten. In den Projekten mit Norwegen, England und Dänemark hat sich die professionelle Organisation der GerMedic GmbH bewährt – von den geschulten Mitarbeitern des Unternehmens wurden bereits mehrere hundert Patienten betreut.

*GerMedic GmbH
Benesistr. 24-32
50672 Bonn*

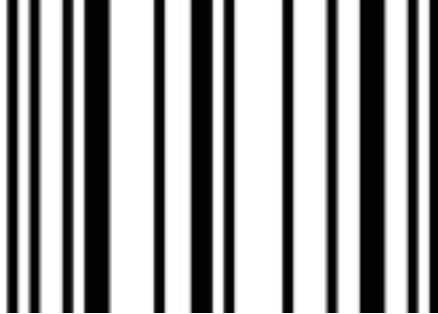
*Telefon: 0221-92558-88
Telefax: 0221-92558-87*

*E-Mail: info@germedic.de
Internet: www.germedic.de*

Barcode-Scanning:

Transparenz in Kommunikation und Logistik





Das Scanning-System Sedico® optimiert Bestellabläufe und zeichnet sich durch unkomplizierte Anwendung aus

Ein Beitrag von Rainer Ruppel

Nach dem Ende des allgemeinen Internet-Hypes setzen sich mehr und mehr die realistischen Geschäftsmodelle im Bereich E-Commerce durch. Dies gilt insbesondere auch für den gesamten Gesundheitsmarkt, in dem die restriktive Budgetierungspolitik und der gestiegene Kostendruck die Suche nach intelligenten Ideen zur elektronischen Abwicklung von Geschäftsprozessen verstärken. Kosten senken, Abläufe beschleunigen und sicher gestalten, ist heute mehr denn je die Devise.

Dabei ist es wichtig, dass dem Anwender im Krankenhaus keine Einzellösungen konkurrierender Hersteller angeboten werden, sondern übergreifende, standardisierte und von vielen Herstellern nutzbare Systeme zur Verfügung stehen. Dies waren Gründe dafür, dass sich Aesculap, wie auch andere Firmen, einer Initiative von Centerpulse angeschlossen hat und durch die Unterstützung des Barcode-Scanning-Systems Sedico® (Secure Distribution Concept)

auch seinen Kunden die Nutzung ermöglicht.

Sedico® ist ein Erfassungs- und Bestellsystem für orthopädische Produkte, das die Rückverfolgbarkeit der Produkte gewährleistet und den Bestellvorgang weitest möglich vereinfacht. Mit dem Sedico®-Scanner werden die Barcodes der Produktverpackungen aufgenommen und über ein Modem an die entsprechenden Abteilungen im Krankenhaus sowie an die Lieferanten übertragen. Durch die hohe Kompatibilität des Sedico®-Systems ist die Anbindung an die Krankenhaus- bzw. Lieferantensoftware in fast allen Fällen problemlos möglich.

Der Einsatz in weiteren Fachbereichen ist für die Zukunft fest eingeplant; entsprechende Systemmodifikationen befinden sich in der Vorbereitung. Die Grundstruktur des Systems ist grundsätzlich in allen Bereichen anwendbar, in denen logistische Abläufe über Barcodes abgewickelt werden.

Warum Sedico®?

Elektronische Marktplätze haben sich vor allem auf allgemeine medizinische Informationen und vergleichbare Produkte konzentriert. Die Beschaffung dieser Produkte ist standardisierbar und mit einem zentralen elektronischen Bestellprozess gut abzuwickeln. Die Anforderungen für orthopädische Implantate und chirurgisches Verbrauchsmaterial generell unterscheiden sich davon deutlich:

- Die Produkte werden oft direkt nach beendeter Operation vom OP-Personal bestellt (wobei die Freigabe der Bestellung durch den Einkauf stark unterschiedlich geregelt ist).
- Die Lot.-Nr. der eingesetzten Implantate muss verfolgt werden.
- Die Bestellung ist gleichzeitig mit der Administration des Konsignationslagers verbunden, da die verbrauchten Implantate nachbestellt werden.
- Die eingesetzten Produkte sind nur schwer vergleichbar. ►



Foto: Aesculap

Zur Person:

Diplom-Betriebswirt (BA) Rainer Ruppel ist seit 1992 bei der Aesculap AG & Co. KG beschäftigt und leitet die Abteilung Marketing-Communication. Zu seinen weiteren Verantwortungsbereichen gehört u.a. der Themenbereich E-Commerce, wobei der Schwerpunkt seiner Tätigkeit hier insbesondere in der Analyse der am Markt befindlichen Systemangebote und deren Implementierung bei Aesculap liegt.



Fortsetzung des Beitrags von Rainer Ruppel

Auf Basis dieser speziellen Anforderungen und wichtigen Kundenbedürfnisse, wie der Integration der Daten in das Warenwirtschaftssystem des Krankenhauses, der gewünschten Standardisierung für möglichst viele Hersteller und der Option einer Dokumentation der Daten für die interne Qualitätssicherung, entstand Sedico®, um eine spezifische Prozessoptimierung zu erzielen. Vor diesem Hintergrund basiert das Sedico®-Projekt auf folgenden Grundideen:

- Vereinfachung der Bestellung von Implantaten aus dem OP-Bereich mit der Möglichkeit, die Kommunikation zwischen OP und Einkauf zu optimieren
- Erhöhung der Bestellsicherheit durch das Wegfallen von Kommunikationsfehlern (unleserliche Faxe, Missverständnisse am Telefon etc.) und somit weniger Fehllieferungen
- Dokumentation der Implantat-Daten
- Einfache Inventur- und

Kontrollmöglichkeit des Kon-signationslagers

Welche Erfahrungen hat Aesculap mit dem System gemacht?

Für Aesculap ist es wichtig, ein Projekt zu unterstützen, das von Anfang an für alle Hersteller zur Verfügung steht und eine **einfache Nutzung im Krankenhaus ohne große IT-Kenntnisse ermöglicht**. Seit November 2001 wurde Sedico® von Aesculap bei mehr als 20 Kunden zum Test installiert; insgesamt gibt es in Deutschland bereits fast 100 Krankenhäuser, die das System nutzen. Die Ergebnisse der Testphase sind für Aesculap überzeugend. Bei einer Abwicklung von ca. 1.500 Bestellungen kam es zu keiner einzigen Fehllieferung. Mittlerweile wurde Sedico® auch in das Warenwirtschaftssystem integriert, wodurch im Customer-Service ein weiterer Medienbruch verhindert wird und den Mitarbeitern zukünftig **mehr Zeit für quali-**

Sedico® in der Klinik – Erfahrungen einer Anwenderin

Schwester Ingeborg
Leitende OP-Schwester des
Lukas Krankenhaus Bünde



Foto: Ingeborg Schnelle

Schwester Ingeborg, seit wann verwenden Sie Sedico® in Bünde?

Das System ist seit ca. April 2002 bei uns im Einsatz.

Wird Sedico® routinemäßig und wenn ja für welche Produkte eingesetzt?

Wir setzen das Sedico®-Gerät für alle bis heute scannbaren Produkte der Firmen Aesculap und Centerpulse ein.

Welche Vorteile sind im täglichen Einsatz spürbar?

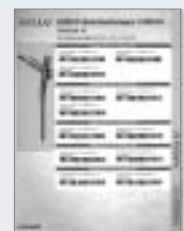
Von Vorteil ist, dass Bestellungen an mehrere Firmen auf einmal übermittelt werden können, so lässt sich der zeitliche Aufwand für den Bestellvorgang merkbar reduzieren. Auch die Erfassung der verbrauchten Implantate mit dem Scanner ist einfach und sicher. Schön finde ich das Barcode-Buch für das gesamte Targon®-System und würde mir so etwas auch für den Bereich Endoprothetik und Osteosynthese wünschen. Es kommt durchaus vor, dass die kleinen Aufkleber weggeworfen werden und man keinen Zugriff mehr auf die notwendigen Daten hat. Grundsätzlich ist eine Integration der Bestelldaten in das Warenwirtschaftssystem sinnvoll, da so interne Abläufe optimiert werden können.

Gab es Probleme im Rahmen der Einführung von Sedico®?

Natürlich gab es am Anfang einige Kollegen, die Probleme mit der Handhabung des Scanners hatten. Ich erhielt bei der Installation eine Einweisung, die leicht verständlich und gut nachvollziehbar war. Ich habe das Gerät aber im Anschluss trotzdem mit nach Hause genommen, um im "stillen Kämmerlein" noch einmal alle Funktionen in Ruhe durchzugehen. Innerhalb kurzer Zeit hatte ich keinerlei Probleme mehr bei der Anwendung und konnte meine Kollegen bei der Einführung des Sedico®-Systems kompetent unterstützen. Ein kleines Problem gibt es bislang noch bei der Mengenangabe. Hier unterscheidet das Gerät nicht zwischen Stückzahl und Verpackungseinheiten.

An einer für den Anwender kostenneutralen Lösung dieser Grundsatzproblematik, die bei annähernd allen Barcode-Systemen auftaucht, wird zur Zeit in Kooperation mit den Herstellern intensiv gearbeitet.

Schwester Ingeborg, vielen Dank!



fizierte Beratungsgespräche mit unseren Kunden zur Verfügung steht. Sedico® wird bei unseren Kunden nach der Einweisung schnell standardmäßig verwendet, wobei sich der Einsatz schon in der Anfangsphase auf die gesamte Palette der Hüft- und Knieendoprothetik erstreckt. Auf besonderen Wunsch unserer Kunden haben wir auch für das umfangreiche Produktprogramm unseres Verriegelungs-Nagelsystems Targon® eine Bestellunterlage mit den Barcodes erstellt und planen für die Zukunft eine weitergehende Nutzung des Sedico®-Systems auch für andere Produkte.

Vorteile für die Verwendung im Krankenhaus:

- Die zeitintensiven manuellen Bestellerfassungen und -anforderungen entfallen.
- Die Übertragung der Bestellung erfolgt fehlerfrei.
- Die interne Kommunikation wird vereinfacht.
- Eine eindeutige Zuordnung der Implantate zur Patienten-Nummer schließt Sys-

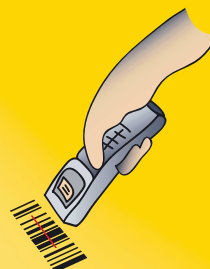
temfehler aus.
- Durch den elektronischen Rückempfang von Auftragsbestätigung, Lieferschein und Rechnung werden die Abläufe transparent und nachvollziehbar. ■

Weiterführende Informationen erhalten Sie direkt über den Verfasser:

*Rainer Ruppel
Aesculap AG & Co. KG
Am Aesculap-Platz
78532 Tuttlingen*

*E-Mail:
Rainer.Ruppel@aesculap.de*

Sedico® - Einfacher Bestellprozess



1. Scannen

Nach der OP werden die Verpackungen der Produkte gescannt



2. Übermitteln

Automatische Übermittlung durch Einlegen des Scanners



3. Empfangen

Empfang und Kontrolle der gescannten Daten



4a. Bestätigen

E-Mail- oder Fax-Bestätigung an verschiedene Stellen im Krankenhaus



4b. Integrieren

Integration der Daten in das Materialwirtschaftssystem des Krankenhauses



5. Verarbeiten

Integration der Bestellung in das ERP-System des Herstellers

Wunsch und Wirklichkeit – Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Ein Versorgungsmodell zwischen
gesetzlichem Anspruch und
praktischer Umsetzung

Ein Interview mit Dipl. Volkswirt Rudolf Mintrop

Für die Entwicklung des ambulanten Operierens ist der Paragraph 115b SGB V bekanntlich von entscheidender Bedeutung. Seit 1993 ist darin festgelegt, dass auch Krankenhäuser die Möglichkeit zum ambulanten Operieren haben. Das Gesetz verpflichtete die Kliniken zunächst aber nicht dazu, einzelne Operationen ambulant zu leisten; die Hintertür "stationär" blieb offen. Damit ist es mit der Reform des § 115b vorbei. Aus dem "kann" ist ein "muss" geworden, Ausnahmen sind nur mit Genehmigung der Krankenkasse möglich. Während der Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO) mehr oder weniger selbstverständlich davon ausgeht, dass die Krankenhäuser, ganz im Sinne des Gesetzgebers, verstärkt in den Aufbau Ambulanter OP-Zentren investieren werden, fürchten die Verantwortlichen in den Kliniken hohe Investitions- und Umstrukturierungskosten bei geringen wirtschaftlichen Erträgen. Nicht ganz zu unrecht, wie sich im Gespräch mit Rudolf Mintrop herausstellte. Wir wollten von dem Geschäftsführer des Klinikums Oldenburg wissen, wie ihm und seinen Mitarbeitern dennoch die erfolgreiche Realisierung eines Ambulanten OP-Zentrums gelungen ist ...

Herr Mintrop, warum hat sich das Klinikum Oldenburg zum Aufbau eines Ambulanten OP-Zentrums entschlossen?

Wir haben uns bereits sehr früh, im Jahr 1996, um die Etablierung eines Ambulanten OP-Zentrums bemüht; der Anlass war allerdings eher ungewöhnlich: Überbelegung. Mittlerweile ist es natürlich so, dass aufgrund der Vorgaben des Gesetzgebers und im Zuge der DRG-Umstellung ambulante Versorgungsstrukturen generell mehr und mehr an Bedeutung gewinnen. Das Klinikum Oldenburg ist ein Krankenhaus mit einem sehr großen Einzugsbereich; 2/3 aller Patienten kommen aus der Weser-Ems-Region, 1/3 aus der Stadt Oldenburg. In den vergangenen Jahren hat die Zahl der stationären Patienten weiter kontinuierlich zugenommen, so dass unsere Bettenauslastung im Jahresdurchschnitt bei 95% liegt. Dementsprechend hat sich auch die Zahl der ambulanten Eingriffe stetig erhöht.

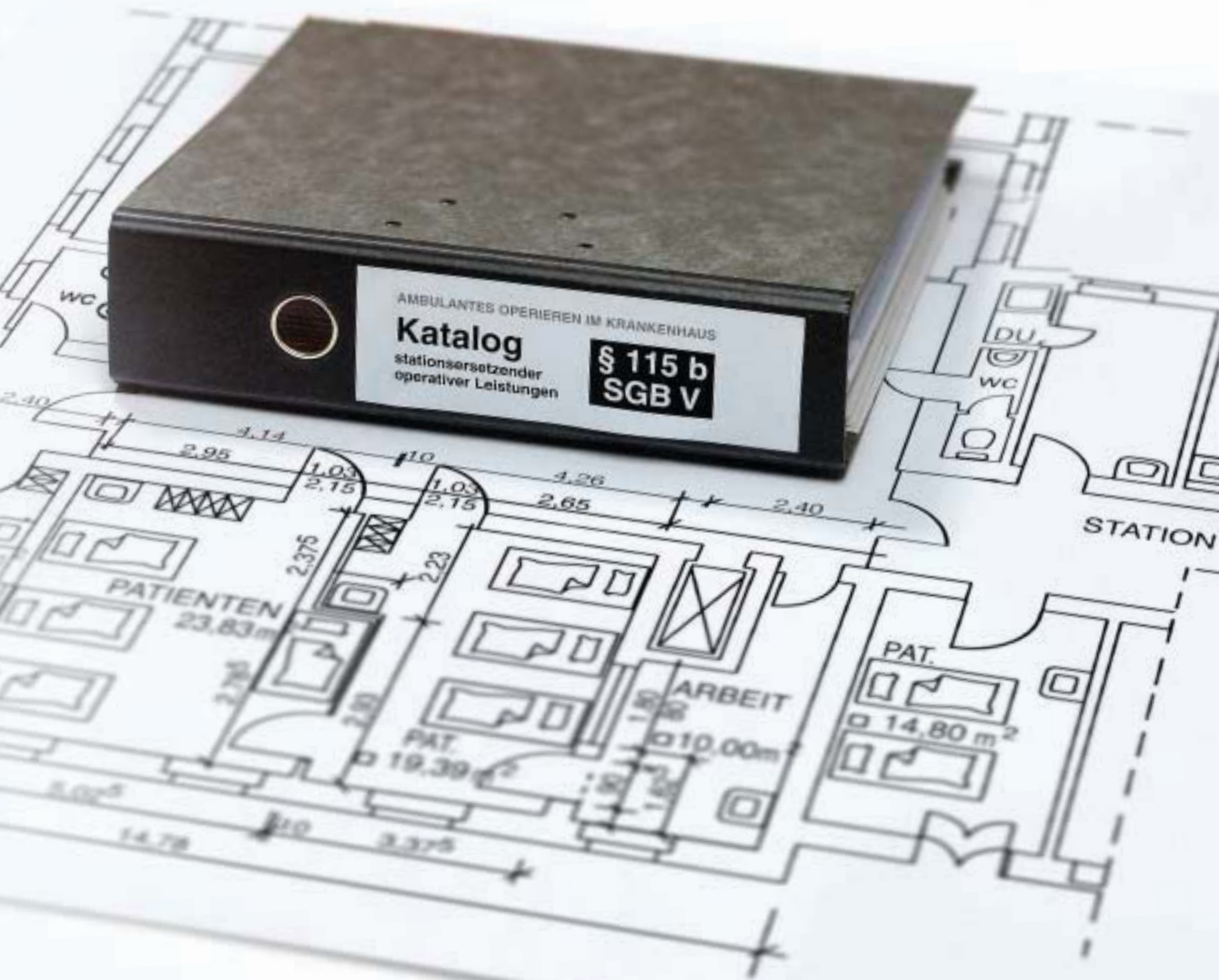
Können Sie konkrete Zahlen nennen?

Selbstverständlich. Im Jahr 1995 fanden rund 4.300 ambulante OP's im Rahmen der Ermächtigungen statt, mitt-

lerweile führen wir jährlich ca. 1.500 ambulante Eingriffe gemäß § 115b SGB V und zusätzlich rund 4.000 ambulante Operationen per Ermächtigung durch. Beteiligt sind die Fachabteilungen Unfall- und Allgemeinchirurgie, Kinderchirurgie, Gynäkologie, Urologie, HNO, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie die Dermatologie.

Wie wurde das Ambulante OP-Zentrum räumlich realisiert?

Aus ökonomischer Sicht war es uns wichtig, das Ambulante OP-Zentrum, im Klinikalltag AMOZ genannt, mit geringem investivem Aufwand realisieren zu können. Es besteht neben den Aufwachtimmern incl. Umkleiden, aus der Wartezone, der ärztlichen Untersuchung und Dokumentation sowie dem Schwesterndienstplatz. Dem AMOZ zugeordnet ist ein OP-Saal mit eigener Schleuse (ohne Umbettung), der vom aseptischen OP-Trakt abgetrennt begangen werden kann, so dass eine umfangreichere Schleusentätigkeit entfällt und Hygiene und Organisation der Art der Eingriffe angepasst werden können. Das Zentrum ist von Montag bis Donnerstag in der Zeit von



7.30 – 16.30 Uhr geöffnet und verfügt über fest zugeordnetes Pflegepersonal. Eine ständig anwesende Krankenschwester regelt das Geschehen rund um den Patienten, eine weitere Halbtagskraft kümmert sich um die Dokumentation und Abrechnungsvorbereitung. Vorteilhaft aus ökonomischer Sicht war unsere Entscheidung, auf das investive Risiko eines Neubaus zu verzichten und das Zentrum auf Grundlage bereits vorhandener räumlicher Strukturen zu realisieren.

Welche strukturellen und organisatorischen Veränderungen haben eine Rolle gespielt?

Das Krankenhaus muss sich natürlich auf seine ambulanten Patienten einstellen. Sie bedürfen einer höheren Termintreue, da sie nicht nur präoperativ voruntersucht werden, sondern auch postoperativ bis zu einigen Stunden im AMOZ verbringen und noch den Weg nach Hause zurücklegen müssen. Es hat sich sehr bewährt, die Patienten mindestens eine Stunde vor dem OP-Termin einzubestellen, um mit ihnen in aller Ruhe den gesamten Ablauf des Tages zu besprechen. Bei Kindern muss auch für die Angehörigen gesorgt sein. Wegen der teilweise langen Anfahrtswege stellen wir für

die Begleitung, je nach Eingriff auch für die Patienten ein Mittagessen zur Verfügung sowie natürlich Getränke in der Wartezone. Abends erfolgt in jedem Fall ein Anruf im Hause des Patienten, um den Erfolg zu sichern. Die Online-Vernetzung des AMOZ zu den Sekretariaten bzw. Ambulanzen der Abteilungen ist unbedingte Voraussetzung, aber auch unproblematisch. In allen medizinischen Abteilungen ist für die Mitarbeiter während ihres AMOZ-Einsatzes ein ärztlicher Ansprechpartner erreichbar.

Welche Bilanz ziehen Sie aus der Investition in ein Ambulantes OP-Zentrum?

Aufgrund der geringen Umsätze, die mit ambulanten Operationen im Gegensatz zu komplexen chirurgischen Eingriffen erzielt werden, wird die Effizienz der künftigen Krankenhausversorgung entscheidend von der optimalen Beherrschung dieser schnellen und zeitkritischen Organisationsform im Krankenhaus abhängen. Das Klinikum Oldenburg erwirtschaftet ►



Fortsetzung des Interviews mit Dipl. Volkswirt Rudolf Mintrop

Foto: Rudolf Mintrop



Zur Person:

Dipl. Volkswirt Rudolf Mintrop ist Geschäftsführer und Verwaltungsleiter des Klinikums Oldenburg. Das Klinikum versorgt mehr als 35.000 Patienten im Jahr und verfügt derzeit über insgesamt 698 Betten.

derzeit nur knapp 1% seines Umsatzes durch ambulante Operationen, daher ist die Erfüllung spezifischer Kriterien zwingend erforderlich. Wirtschaftlich tragbar ist der Betrieb nur mit geringen Investitionen, rationellem Personaleinsatz und klar strukturierten Organisationsabläufen. Zusätzlich sollte ein Ambulantes OP-Zentrum an einer definierten Stelle im Haus implementiert werden, wodurch die deutliche Trennung vom stationären Ablauf gewährleistet werden kann. Mögliche Alternative könnte hier eine eigene "Kurzlieger-Station" sein. Es empfiehlt sich weiterhin ein schneller Patientendurchlauf incl. Dokumentation, was bereits im Vorfeld durch eine günstige Patientenauswahl und natürlich durch eine effiziente EDV erreicht werden kann. Ich halte vor diesem Hintergrund das ambulante Operieren in einem Zentral-OP für wirtschaftlich kaum durchführbar, und auch der Neubau eines Ambulanten OP-Zentrums muss gut geplant und kalkuliert sein, da sich der Betrieb nur bei sehr hoher Auslastung überhaupt lohnt.

Was empfehlen Sie den Verantwortlichen in den Kliniken bezüglich der zukünftigen Planung?

Die derzeitige Fassung des § 115b SGB V spiegelt den Wunsch des Gesetzgebers wider, durch die verstärkte Durchführung ambulanter Operationen im Krankenhaus die Verweildauer weiter zu verkürzen und so Kosten zu sparen. Da dies mit Einführung der DRGs ohnehin unvermeidbar sein wird, werden sich die Krankenhäuser verstärkt auf die Durchführung ambulanter Operationen einstellen müssen. Ein weiterer nicht unerheblicher Faktor ist die Tatsache, dass der neue § 17c KHG seit 1.1.2003 ausdrücklich die verdachtsunabhängige Stichprobenprüfung der Krankenkassen und des MDK auf Fehlbelegungen und Abrechnungsfehler erlaubt. So ist meines Erachtens die verstärkte Realisierung des ambulanten Operierens in den Kliniken generell zu empfehlen, aber ohne ein unabsehbares Investitionsrisiko einzugehen. Dies gilt um so mehr, da Unklarheiten hinsichtlich zukünftiger Vergütung und Kodierung seitens des Gesetzgebers bei weitem noch nicht zufriedenstellend gelöst sind.

Herr Mintrop, vielen Dank für das Gespräch! ■

nahdran – MEDIA-INFORMATION



Magazin für Chirurgen, OP-Team,
Verwaltung & Einkauf

Herausgeber:

BBD-Aesculap GmbH
Postfach 31
78501 Tuttlingen

Agentur:

BusinessWerbung GmbH
Weißenburgstr. 10
34117 Kassel

Wenn auch Sie Interesse an einer Anzeigenschaltung haben, nutzen Sie unseren Faxvordruck für eine unkomplizierte Kontaktaufnahme.

Wir beraten Sie gerne bei der Gestaltung und Entwicklung Ihrer Anzeige und vereinbaren die Platzierung themengerecht mit Ihnen persönlich. Für weitere Informationen können Sie sich selbstverständlich jederzeit mit uns in Verbindung setzen.

Ihre Ansprechpartnerin in der Redaktion: Anja Jasper

Telefon: 05 61/9 58 98 - 11
E-Mail: nahdran@gmx.de

Formate & Preise

Format	Breite x Höhe	Preis schwarz/weiß	Preis 4-farbig
1/1 Seite Anschnitt (+ 3 mm)	210 x 297 mm	€ 1.280,00	€ 1.535,00
1/1 Seite im Satzspiegel	180 x 272 mm	€ 1.150,00	€ 1.430,00
1/2 Seite hoch	88 x 272 mm	€ 715,00	€ 1.125,00
1/2 Seite quer	180 x 134 mm	€ 715,00	€ 1.125,00
1/3 Seite quer	180 x 88 mm	€ 480,00	€ 750,00
1/4 Seite hoch	88 x 134 mm	€ 360,00	€ 550,00

Auflage: 3 x p.a. in einer Auflage von 15.000 Exemplaren

Alle Preise gelten zuzügl. 16% MwSt.

Fax-Antwort

Telefax: (08 00) 222 37 82

Ich bin interessiert an einer Anzeigenschaltung in der nächsten Ausgabe der nah dran.

Bitte setzen Sie sich mit mir in Verbindung.

Absender:

Name

Firma/Klinik

Straße

PLZ/Ort

Telefon/Telefax

E-Mail

Der ärztliche Versorgungsauftrag –
ein Auslaufmodell?

Ökonomisierung der



„Bei meiner
Aufnahme in den ärztlichen
Berufsstand gelobe ich
feierlich, mein Leben
in den Dienst der

Menschlichkeit

zu stellen. Ich werde (...) selbst
unter Bedrohung meine

ärztliche Kunst

nicht in Widerspruch zu
den Geboten der
Menschlichkeit anwenden.“

Effizienzanalyse

Kostenoptimierung

Fallzahl Benchmarking

Kapitalbedarf

Costmanagement Controlling

KTO Diseasemanagement

Investitionsplanung

EFQM Reorganisation

Kostengewicht Outsourcing **ISO 9000**

Patientenversorgung

Ein kritischer Kommentar aus ethischer Perspektive von Dr. Friedrich Klee

Der zunehmende ökonomische Druck in den Kliniken und die beschleunigte technische Entwicklung in Diagnostik und Therapie führen zwar zu einer Verkürzung der Zeitabläufe und Liegezeiten, aber – so die Meinung unseres Autors – auch zum Verlust von Menschlichkeit in der Patientenbetreuung. Ist eine an vornehmlich ethischen Grundsätzen orientierte Ausübung des Arzt- bzw. Pflegeberufes überhaupt noch möglich und zeitgemäß oder werden die Grundsätze der Ökonomie zum bestimmenden Leitbild im OP? Friedrich Klee hat sich kritisch mit dem Thema auseinandergesetzt und bezieht Stellung.

Unter dem Gesundheitsstrukturgesetz und den Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre zeichnen sich quantensprungähnliche Veränderungen in der Patientenversorgung ab. Hinter Stichworten wie "Qualitätssicherung" oder "Reorganisation" verbergen sich nur allzu oft massive Einsparungsforderungen seitens der Politik an die Verantwortlichen in den Kliniken. Dass diese Maßnahmen nicht nur zu Lasten der im Gesundheitswesen Beschäftigten gehen, sondern auch die Patientenbetreuung in ihrer bis-

fizierter werdende Patientenversorgung mit sich – auf der anderen Seite erzeugen gerade moderne Behandlungsverfahren, einschließlich der entsprechenden Instrumente, oftmals höhere Kosten als ein konventioneller Eingriff. So betragen die monatlichen Behandlungskosten der bisherigen Therapie der chronisch-myeloischen Leukämie mit Litalir ca. 200,- EUR, während der neue, in der Wirksamkeit verbesserte, amerikanische Ansatz mit Glivec ca. 1.000,- EUR an Kosten erzeugt – ohne dass die Erkrankung damit heilbar wäre. Im Bereich der

häufiger Medikamente, Verfahren und Prozeduren zu schnell, ohne Inanspruchnahme ausreichender klinischer Langzeitergebnisse, unter dem enormen Kosten- und Konkurrenzdruck auf den Markt geworfen werden und der Patient so als Versuchsperson missbraucht wird. Hinzu kommt, dass andererseits Medikamente für seltene Erkrankungen aus Kostengründen von den Konzernen oft genug erst gar nicht mehr entwickelt werden. Es wird in Zukunft verstärkt zur Realität werden, dass unter dem Szenario des limitierten Budgets

"Der Patient droht hinter der Kostendebatte zu verschwinden ..."

herigen Form nachhaltig negativ beeinflussen und verändert werden, ist meines Erachtens nur allzu ersichtlich. Ohne Zweifel gibt es im Gesundheitswesen erhebliche Potentiale zur Kostenreduzierung, die konsequent analysiert und da, wo sie Sinn machen, auch umgesetzt werden sollten. Jedoch muss man sich eines bewusst machen – billiger wird es nicht werden. Dafür sorgen zunächst einmal die Innovationen eines Gesundheitsmarktes, der in weiten Teilen von der Medizin-Industrie gesteuert wird. Selbstverständlich bringt der größte Anteil dieser Neuerungen einerseits immense Vorteile für eine immer quali-

minimal-invasiven Chirurgie liegen die Materialkosten für eine konventionelle versus MIC-Appendektomie ebenfalls weit auseinander. Die Aufzählung ließe sich problemlos fortführen. Dass die Anwendung innovativer Verfahren in den meisten Fällen große Vorteile für den Patienten mit sich bringt, ist sicherlich unumstritten, allerdings droht auch hier der Patient hinter der Kostendebatte zu verschwinden; insbesondere dann, wenn es "nur" um die Verbesserung der Lebensqualität des Erkrankten geht.

Ebenfalls bedenkenswert erscheint es mir, dass immer

und der kaum steigerbaren Etats an anderer Stelle gespart werden muss. Dabei ist zu befürchten, dass diese Sparmaßnahmen am ehesten jene Patienten betreffen, die aufgrund chronischer Erkrankungen langwierige Therapien sowie komplexe und somit teure Eingriffe benötigen. Diese Patienten lassen sich eben nur schwer in das am kurzstationären Aufenthalt orientierte DRG-Schema integrieren und als "Kurzlieger" abfertigen, da sie auf einen erhöhten Pflegeaufwand und die entsprechende Zuwendung angewiesen sind. In diesem Zusammenhang ist davon auszugehen, dass sich die Frage "Lohnt sich die OP ►



Zur Person:

Dr. med. Friedrich Klee, Facharzt für Chirurgie und Diplom-Psychologe, ist als Oberarzt der Chirurgischen Klinik im Krankenhaus Salem (Heidelberg) beschäftigt. Sein Aufgabenspektrum umfasst darüber hinaus den Bereich "Ärztliches Qualitätsmanagement" sowie einen Lehrauftrag an der Universität Heidelberg.

Literaturangaben zum Themenbereich "Ethik in der Medizin" können Sie direkt beim Verfasser anfordern:

Dr. med. Friedrich Klee
Krankenhaus SALEM
Zeppelinstr. 11-13
69121 Heidelberg

noch?" gerade bei älteren Patienten immer häufiger stellen wird.

Schon heute ist es traurige Realität in deutschen Krankenhäusern, dass von einer optimalen Pflege aufgrund der unzureichenden Pflegestruktur kaum mehr die Rede sein kann. Was sich hinter dem euphemistisch formulierten Begriff "Pflegenotstand" verbirgt, ist schlicht gesagt eine Katastrophe und man möge bedenken, dass jeder

"Eine ruhige, besonnene Medizin im Akkord betreiben und den Patienten mit seinen Sorgen und Nöten zwischen Tür und Angel betreuen zu wollen, ist ein Paradoxum."

von uns unvermittelt in eine Situation kommen kann, in der er selbst unter Umständen auf eine teure OP und eine intensive Pflege angewiesen ist.

Wo bleibt der Patient? Was ist mit älteren, hilflosen, was mit schwer kranken Patienten, die besonders pflegeintensiv sind? Man gewinnt den Eindruck, dass die Diskussionen um Disease-Management-Programme, Benchmarking und Qualitätsoptimierung ohne den Protagonisten, den Patienten, stattfinden. Die anstehenden Probleme im Gesundheitswesen sind nicht

mit industriellen Management-Prozeduren zu lösen, die im Bereich von Warenproduktion, Vertrieb und Verkauf berechtigt und bewährt sind. Die "Ware" Gesundheit ist ein hohes Gut und wir täten gut daran, dies nicht unter *alleinigen* markt-ökonomischen Gesichtspunkten zu betrachten. Themen aus dem Medizin- und Pflegebereich ausschließlich mit Begriffen wie ISO 9000, KTQ, EFQM abzuhandeln, ist nicht sinnvoll und bildet die Re-

alität in den Kliniken bei weitem nicht ab. Die Apodiktik der Ökonomie ist in diesem Bereich kontraproduktiv und verfehlt.

Die Probleme, die sich auftun, sind vielfältig. Medizin im ursprünglichen Verständnis bedeutet in erster Linie helfen. Dieses primär ethisch orientierte Berufsbild des Arztes und der Pflegenden wird mehr und mehr den Rahmenbedingungen einer auf Kostenfragen reduzierten Gesundheitspolitik untergeordnet und zunehmend von fachfremden Anforderungen geprägt, deren betriebswirtschaftliche Ausrichtung nur schwer mit den

ethisch relevanten Aspekten der Patientenversorgung in Einklang zu bringen ist. Diesen Widerspruch versuchen die Kolleginnen und Kollegen in bemerkenswerter Weise während ihrer täglichen Arbeit in den Kliniken zu lösen – das zunehmende Burn-out-Syndrom innerhalb dieser Berufsgruppe zeigt allerdings deutlich, dass es nicht möglich ist, immer nur zu geben und wenig zu bekommen.

Eine ruhige, besonnene Medizin im Akkord betreiben und den Patienten mit seinen Sorgen und Nöten zwischen Tür und Angel betreuen zu wollen, ist ein Paradoxum. Als Mediziner und Pfleger tätig zu sein, bedeutet in meinem Verständnis immer auch Teamwork, Pluralismus von Meinungen und Verzicht auf Apodiktik. Nur so lassen sich positive Kräfte mobilisieren und auf den Patienten übertragen. ■

Wie ist Ihre Meinung zu diesem Thema? Schreiben Sie uns. Wir freuen uns auf Ihren Diskussionsbeitrag!

BBD-Aesculap GmbH
Redaktion *nahdran*
Postfach 31
78501 Tuttlingen

Telefax: 08 00-222 37 82
E-Mail: nahdran@gmx.de



Studie des WZB – Die Ökonomisierung des Krankenhauses

Im September 2001 untersuchte die "Arbeitsgruppe Public Health" des Wissenschaftszentrums Berlin (WZB) in einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Studie, ob und in welchen Bereichen die Einführung prospektiver Finanzierungsformen zu Veränderungen in der Patientenversorgung geführt hat. Die Ergebnisse der Studie basieren auf den (anonym veröffentlichten) Aussagen von 71 befragten kaufmännischen Leitungen, Ärzten und Pflegekräften in Krankenhäusern sowie externen Experten aus der Krankenhausberatung und des MDK. Die Interviews erbrachten zahlreiche Hinweise darauf, dass patientenbezogene Entscheidungen zunehmend von ökonomischen Zielen der Krankenhäuser beeinflusst werden. Ob die Studie tatsächlich die mehrheitliche Praxis in den Kliniken oder vielmehr Einzelerscheinungen abbildet, werden letztlich nur die Verantwortlichen selbst beurteilen können.
Hier ein Auszug aus der Schlussbetrachtung des Berichts:

"Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden folgende Erscheinungsformen einer Ökonomisierung ärztlich-pflegerischer Entscheidungen festgestellt:

- die Verweigerung oder Verschiebung von Behandlungen aus wirtschaftlichen Gründen, bspw. wenn das Budget 'erschöpft' oder absehbar ist, dass die Behandlungskosten für einen Patienten sehr hoch sein werden;
- die Verweigerung der Übernahme oder die Abschiebung von Notfallpatienten, wenn durch ihre Versorgung der Budgeterfolg des aufnehmenden Krankenhauses gefährdet erscheint;
- die Einbestellung von Patienten nicht nach medizinischer Notwendigkeit, sondern nach Art der zu erzielenden Vergütung, bspw. wenn zeitweilig nur Fallpauschalen einer bestimmten Sorte einbestellt werden, um die durch die Budgetvereinbarung vorgegebene Menge zu erreichen;
- die kurzfristige Entlassung und Wiederaufnahme von Patienten zum Zweck der Aufspaltung einer Krankenhausbehandlung in mehrere Episoden, wenn dadurch höhere Vergütungen erzielt werden können;
- die Durchführung medizinisch nicht notwendiger Operationen, wenn dadurch höhere oder zusätzliche Vergütungen zu erzielen sind und es mit einer plausiblen medizinischen Indikationsstellung begründet werden kann;

- der Einsatz suboptimaler Verfahren und Materialien, wenn dadurch Kostenunterdeckungen vermieden oder Überschüsse erzielt werden können;
- die medizinisch nicht notwendige Verlegung auf eine Intensivstation, weil dadurch höhere Pflegesatzeinnahmen zu erreichen sind;
- die Verlängerung der Verweildauer aus wirtschaftlichen Gründen, bspw. wenn Abteilungs pflegesatzpatienten zur Kompensation von Verweildauerrückgängen im Fallpauschalenbereich länger liegen gelassen werden;
- die Weiterverlegung von Patienten in andere Krankenhäuser, wenn absehbar ist, dass ihre Versorgung sehr hohe Kosten verursachen wird;
- die vorzeitige Entlassung von Patienten, um Behandlungskosten zu sparen;
- die Verlegung von Fallpauschalenpatienten in noch nicht rehabilitationsfähigem Zustand in eine Rehabilitations-einrichtung, um Behandlungskosten auszulagern und Überschüsse zu erzielen."

Die vollständige Zusammenfassung der Studien-Ergebnisse (Michael Simon: Die Ökonomisierung des Krankenhauses – Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen, Berlin 2001) steht im Internet unter <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2001/p01-205.pdf> zum Download zur Verfügung.

Neu im BBD-Nahtprogramm:

Safil® – Der geschmeidige Geflochtene mit dem Plus an Knotensicherheit



Im intensiven Austausch mit den Anwendern haben wir mit Safil® einen Faden entwickelt, der Maßstäbe setzt. Die überdurchschnittliche Qualität des Fadens hat der abschließende Anwendungstest in Deutschland und Österreich überzeugend bestätigt: Als "hervorragend" bewerteten die Anwender insbesondere die hohe Knotensicherheit und die optimierte Flechtstruktur. Als weitere positive Eigenschaften des Fadens wurden der geschmeidige Gewebedurch-

lauf und das geringe Memory-Verhalten genannt.

Das überaus positive Testergebnis freut uns um so mehr, da die Entwicklung von Safil® einmal mehr belegt, dass auch ein bewährter Rohstoff über Optimierungspotentiale verfügt, die es im Sinne der Anwender zu nutzen gilt.

Wenn auch Sie mehr über Safil® erfahren möchten, sprechen Sie unsere Außendienstmitarbeiter an oder bilden Sie sich Ihre persönliche Meinung im direkten klinischen Einsatz. Ihr BBD-Ansprechpartner wird selbstverständlich auch auf Sie zukommen.



Material	Polyglykolsäure synthetisch, mittelfristig resorbierbar
Beschichtung	Polyglykonat
Fadenaufbau	geflochten
Reißfestigkeit	1. Tag 100% 14. Tag 70% 21. Tag 40%
Resorption	nach 56 bis 70 Tagen
Farben	violett, ungefärbt
Fadenstärken	metric 0,4 bis 5 USP 8/0 bis 2



Beschichtung	keine
Fadenaufbau	monofil
Farbe	violett
Fadenstärken	metric 0,2 bis 0,3 USP 10/0 bis 9/0

- 100% Polyglykolsäure
- optimierte Flechtstruktur
- minimiertes Gewebetrauma
- geringes Memory
- angenehmes Handling
- hohe Knotensicherheit
- optimal positionierbar
- armiert mit Easyslide-Nadeln (300 Quality Steel)



*Stammzellentnahme
per Zellseparator*



*Knochenmarkent-
nahme unter Narkose*



*Knochenmarkent-
nahme unter Narkose
(Detailansicht)*

Noch vor 10 Jahren war Deutschland auf dem Gebiet der Knochenmarktransplantation ein Entwicklungsland. Patienten, die auf eine Stammzellspende angewiesen waren, hatten bei einer bundesweiten Registrierung von gerade einmal 3000 potentiellen Knochenmarkspendern so gut wie keine Chance, innerhalb Deutschlands einen „genetischen Zwilling“ zu finden. Diese Situation hat sich mit Gründung der DKMS – Deutsche Knochenmarkspenderdatei im Jahr 1991 entscheidend gewandelt: Innerhalb von 11 Jahren konnten über 920.000 mögliche Stammzellspender in die derzeit weltweit größte Einzeldatei der gemeinnützigen Einrichtung aufgenommen werden.

„Mit der Idee zur Gründung einer Knochenmarkspender-

datei wurden wir anfangs eher belächelt. Kaum jemand hat an den Erfolg dieser Einrichtung geglaubt. Heute beschäftigen wir über 60 Mitarbeiter an unseren Standorten in Tübingen und Köln und gewinnen jedes Jahr zwischen 70.000 und 100.000 potentielle Stammzellspender für unsere Datei“, so Claudia Rutt, die Geschäftsführerin der DKMS.

Die DKMS organisiert, mit Unterstützung privater Initiativen und Unternehmen, sogenannte Typisierungskaktionen, an denen sich bislang über 830 Unternehmen beteiligt haben; über 4.200 Leukämiekranken konnte bisher auf diese Weise geholfen werden.

Die Mutterorganisation der DKMS, die „Deutsche Stiftung Leben Spenden“, fördert die Forschung auf dem Gebiet der

Von der Idee zum erfolgreichen Unternehmen

Die DKMS – Deutsche Knochenmarkspenderdatei

Bekämpfung von Erkrankungen des blutbildenden Systems und hat u.a. dazu beigetragen, dass die DKMS in Bereich der Stammzellspende über neuartige Techniken verfügt, die zu einer reduzierten Belastung des Spenders führen.

In der Mehrzahl der Fälle ist es heute bspw. nicht mehr erforderlich, das Knochenmark unter Vollnarkose aus dem Beckenkamm zu entnehmen. Mit der Verabreichung eines speziellen Wachstumshormons (G-CSF) können innerhalb von fünf Tagen die Stammzellen aus dem Blut des Spenders extrahiert werden. Bei Gabe von G-CSF werden nicht nur vermehrt neutrophile Granulozyten gebildet, es werden gleichzeitig auch ein Teil der Vorläuferzellen, von denen diese abstammen, aus dem Kno-

chenmark in das periphere Blut "ausgeschwemmt". Diesen Effekt kann man sich zunutze machen, indem aus dem peripheren Blut Stammzellen gewonnen werden können, so dass die Entnahme von Knochenmark in diesen Fällen nicht mehr notwendig ist.

Die Krankenkassen übernehmen mittlerweile nur noch die Kosten für die eigentliche Stammzelltransplantation, sonstige Aufwendungen (Typisierung, Registrierung, Analysen etc.) werden ausschließlich über Spenden finanziert.

Zur Würdigung und Förderung innovativer Forschungsleistungen wird von der „Deutsche Stiftung Leben Spenden“ seit 2001 jährlich der Mechtild-Harf-Preis verliehen. Er ist mit 10.000 Euro dotiert und benannt nach

Mechtild Harf, deren Leukämieerkrankung den Anstoß zur Gründung der DKMS gab. ■

Wenn Sie an weiteren Informationen interessiert sind, können Sie direkt zur DKMS Kontakt aufnehmen:

DKMS – Deutsche Knochenmarkspenderdatei
Büro Köln
Scheidtweilerstr. 63-65
50933 Köln

Ansprechpartner:
Malte Wittwer
Telefon: 02 21-94 05 82-35
Telefax: 02 21-94 05 82-22
E-Mail: wittwer@dkms.de

Internet: www.dkms.de



Fotos: DKMS

Claudia Rutt, seit 1991 Geschäftsführerin der DKMS und Vorstand der 1997 gegründeten „Deutsche Stiftung Leben Spenden“, war zunächst als ehrenamtliche Mitarbeiterin der Selbsthilfegruppe „Hilfe für Leukämiekranken“ tätig, aus der später die DKMS hervorging. Sie ist u.a. Mitglied der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Knochenmark- und Blutstammzelltransplantation e.V. (DAG-KBT) und Geschäftsführerin der MMD GmbH Medical Molecular Diagnostics mit Sitz in Dresden.

termine



20.-22.02.2003	Berlin-Mitte 27. Berliner Chirurgetreffen
23.-26.02.2003 <i>TAGUNG</i>	Leipzig 32. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
24.-25.02.2003	Leipzig 21. Fortbildungsveranstaltung für OP-Schwestern und OP-Pfleger der Deutschen Herzzentren
11.-14.03.2003	München-Harlaching 14. Gastroenterologischer Gefäßchirurgischer Operationskurs - Live OP -
20.03.2003	Tübingen Symposium "Dissektionstechniken"
29.04.-02.05.2003 <i>KONGRESS</i>	München Chirurgenkongress

Bei Fragen zu den Ausstellungen, Workshops und Fortbildungsveranstaltungen sowie bzgl. der Anmeldung wenden Sie sich bitte an unsere Abteilung Werbung/ Verkaufsförderung:
Ulrike Winston – Telefon: (074 61) 9115- 623

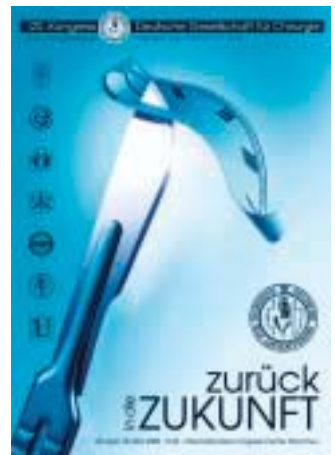
ausblick

**BBD-Aesculap GmbH –
neue Kompetenzen in bewährter Qualität**

Im April ist es wieder soweit: Das Internationale Congress Center München öffnet vom 29. April bis 02. Mai 2003 unter dem Motto 'Zurück in die Zukunft' seine Pforten für den 120. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Auch für uns steht der diesjährige Chirurgenkongress ganz im Zeichen von Beständigkeit und Wandel:

Seit Beginn dieses Jahres ist die BBD eine 100%ige Tochter der B. Braun Unternehmensgruppe – in enger Kooperation mit der Aesculap AG. Für Sie, unsere Kunden, bedeutet diese starke Verbindung einen Zuwachs an Kompetenz und Vielfalt in bewährter Qualität – sowohl im Logistik- als auch im Produktbereich. Haben wir Sie neugierig gemacht? Dann schauen Sie doch einfach bei uns vorbei.



Wir laden Sie herzlich ein, mit uns gemeinsam 'zurück in die Zukunft' zu blicken und freuen uns auf Ihren Besuch am Stand der BBD-Aesculap GmbH.

Selbstverständlich ist auch dieses Jahr für beste Unterhaltung gesorgt – lassen Sie sich überraschen!

Sie finden uns wie immer in
Halle B.0, Stand 308-311.

Die nächste *nahdran* erscheint zum Chirurgenkongress 2003 ...

Leser Forum

BBD-Aesculap GmbH
Redaktion *nahdran*
Postfach 31

78501 Tuttlingen

Telefax: (08 00) 222 37 82

Ihre Anregungen sind uns wichtig ...

Teilen Sie uns mit, welcher Artikel Ihnen besonders gut gefallen hat oder was wir besser machen können.

Wir veröffentlichen Ihre Leserbriefe – auf Wunsch auch anonym – in der nächsten Ausgabe und recherchieren für Sie Themen rund um den OP.

Werden Sie Autor ...

Haben auch Sie Interesse, einen Artikel in unserer Zeitung zu veröffentlichen? Nehmen Sie Kontakt mit uns auf!

Ihre Ansprechpartnerin in der Redaktion:

Anja Jasper

Telefon: 05 61-9 58 98 11
Telefax: 08 00-2 22 37 82
E-Mail: nahdran@gmx.de

Ich möchte einen Artikel zu folgendem Thema schreiben:

Bitte setzen Sie sich telefonisch mit mir in Verbindung.

Absender:

Name/Funktion

Klinik/Abteilung

Straße

PLZ/Ort

Telefon/Telefax

E-Mail

Abo Service

BBD-Aesculap GmbH
Redaktion *nahdran*
Postfach 31

78501 Tuttlingen

Telefax: (08 00) 222 37 82

Kostenloses Abo ...

Möchten Sie Ihr persönliches Exemplar der *nahdran* anfordern und/oder in unseren Verteiler aufgenommen werden? Wir bearbeiten Ihre Bestellung umgehend!

- Bitte nehmen Sie mich in Ihren Verteiler auf.
 Bitte schicken Sie mir folgende Exemplare der *nahdran* an u.g. Adresse:



1. Ausgabe



2. Ausgabe



3. Ausgabe



4. Ausgabe

Klinik-Anschrift

Name/Funktion

Klinik/Abteilung

Straße

PLZ/Ort

Telefon/Telefax

Privat-Anschrift

Name/Funktion

Straße

PLZ/Ort

Telefon/Telefax