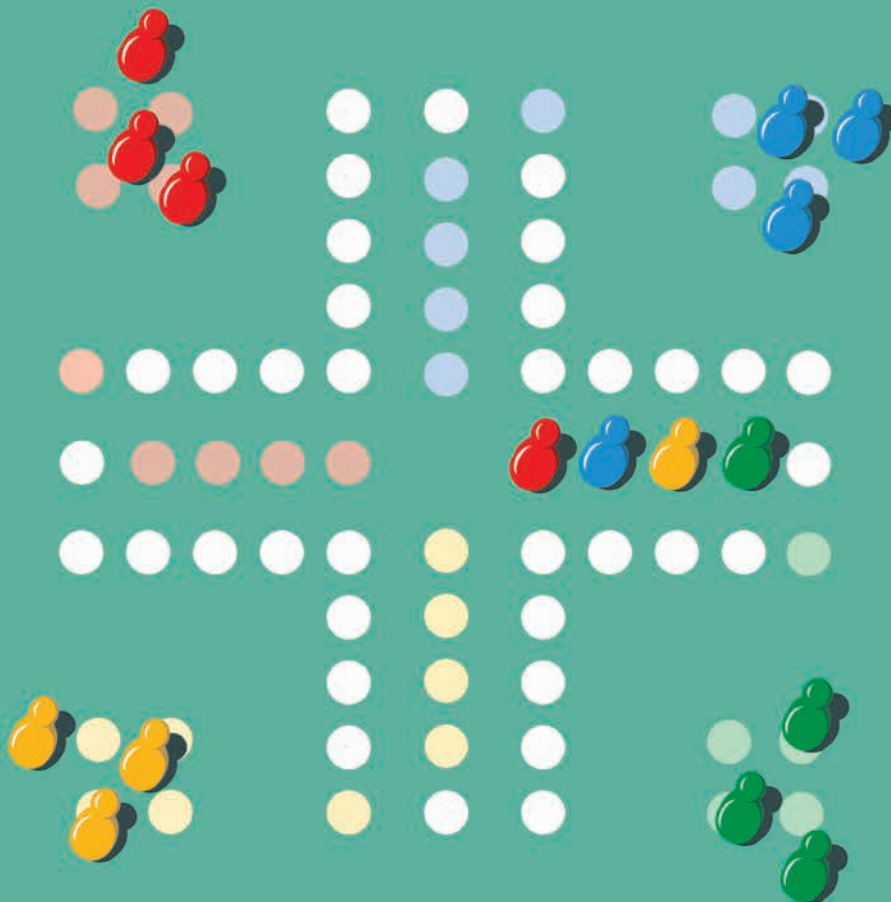




GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

Zusammenspiel als Chance

INTERPROFESSIONELLE TEAMS IM KRANKENHAUS



VORSTELLUNG
DER PREISTRÄGER

20
JAHRE
1995 - 2015



BERLINER
GESUNDHEITSPREIS
2015



Glückliche Gesichter bei Gewinnern, Initiatoren und Laudatoren des Berliner Gesundheitspreises 2015: Zum zehnten Mal zeichneten der AOK-Bundesverband, die Ärztekammer Berlin und die AOK Nordost zukunftsweisende Modelle für eine bessere Gesundheitsversorgung aus.

Berliner Gesundheitspreis 2015

Zusammenspiel als Chance

Zum Glück steigen die Chancen stetig, auch bei schweren Erkrankungen erfolgreich behandelt zu werden. Selbst im hohen Alter sind heute Operationen möglich, an die sich vor Jahren niemand gewagt hätte. Schonende Verfahren lassen uns schnell wieder auf die Beine kommen. Mit dem medizinisch-technischen Fortschritt nehmen aber auch Arbeitsteilung und Spezialisierung zu. Das wirkt sich auf die Struktur und die Organisation der Behandlungsabläufe in den Kliniken aus. Eine wachsende Spezialisierung ermöglicht zwar eine hochwertige Versorgung, sie stellt aber auch besondere Anforderungen an die Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen, um den Patienten mit seinem individuellen Krankheitsverlauf im Blick zu behalten.

Mit dem 10. Berliner Gesundheitspreis, der seit 1995 verliehen wird, suchen AOK-Bundesverband, Ärztekammer Berlin und AOK Nordost nach Antworten auf genau diese Herausforderung. „Zusammenspiel als Chance – Interprofessionelle Teams im Krankenhaus“ heißt deshalb das Thema des diesjährigen Wettbewerbs. Es geht dabei um das „Wie“ der Zusammenarbeit, denn über den Erfolg einer Therapie entscheiden nicht nur gut organisierte Behandlungspfade, sondern auch eine Kultur des Miteinanders der verschiedenen Berufsgruppen. Das bedeutet nicht nur, dass die verschiedenen Professionen untereinander besser kommunizieren, sondern dass sie auf Augenhöhe zusammenarbeiten und sich gegenseitig wertschätzen. Dazu gehört es, um die Kompetenzen der anderen Gesundheitsberufe zu wissen, sie in Entscheidungen einzubinden und Verantwortung zu teilen, um sich gegenseitig zu entlasten.

Exakt 53 Einrichtungen haben sich mit ihrem Projekt um den Berliner Gesundheitspreis 2015 beworben. AOK und Ärztekammer sehen das als deutlichen Beleg, dass das Thema in der Praxis bereits eine große Bedeutung hat. Die ausgezeichneten Beiträge zeigen Wege auf, um das interprofessionelle Zusammenspiel als Chance zu nutzen. Sie können und sollen andere Krankenhäuser motivieren, ähnliche Prozesse zu entwickeln. Die politisch angestrebten Reformen zur Struktur der Krankenhausversorgung müssen auch durch eine engere Verzahnung der unterschiedlichen Berufsgruppen begleitet werden, um Patienten im ganzen Land mit der gleichen hohen Qualität zu versorgen. Das Wettbewerbsthema zeigt, dass die Praxis bereits auf einem guten Weg ist, multiprofessionelle Zusammenarbeit zur Zufriedenheit von Mitarbeitern und Patienten zu organisieren. Neben den Preisträgern und Teilnehmern möchte ich all denen viel Erfolg wünschen, die auf eine neue Kultur der Zusammenarbeit setzen.

Jürgen Graalmann
Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes

Zusammenarbeit im Krankenhaus

„Teamgeist erhöht die Qualität“

Der demografische Wandel, sagt **Lothar Riebsamen**, macht eine bessere Kooperation der Professionen im Krankenhaus nötig. Denn steigende Fallzahlen, Multimorbidität und drohender Personalarückgang ließen sich nur so in den Griff bekommen, ist der Gesundheitspolitiker überzeugt.

Herr Riebsamen, Sie gehören der Jury des Berliner Gesundheitspreises 2015 an. Was hat Sie an den Preisträgern am meisten beeindruckt?

Beeindruckt hat mich zuallererst die erfreulich hohe Resonanz auf die Ausschreibung des Preises und die außergewöhnlich hohe Qualität der Beiträge. Die Teilnehmer der Endrunde – die aus über 50 Kandidaten ausgewählt wurden – überzeugten vor allem aufgrund zukunftsweisender und zielführender Projekte. Dies drückte sich auch in der hohen fachlichen Tiefe der engagiert vorgetragenen Präsentationen aus. Allen Preisträgern gratuliere ich herzlich – nicht nur zum Preis, sondern auch zu ihrem Projekt.

Sie waren viele Jahre im Aufsichtsrat eines Krankenhauses tätig, sind heute Klinik-Experte Ihrer Fraktion. Wo stehen die Hospitäler beim Thema interprofessionelle Zusammenarbeit?

Die Kliniken sind in diesem Punkt engagiert. Die Zusammenarbeit von Fachleuten aus verschiedenen Bereichen ist unabdingbare Voraussetzung für eine optimale Versorgung von Patienten: Teamgeist erhöht die Qualität. Und gerade in Kliniken bieten interprofessionelle Teams eine gute Möglichkeit, dies zu erreichen. Das zeigen ja auch die diesjährigen Preisträger. Zudem erwarte ich eine starke Ausweitung der Telemedizin, was die interprofessionelle Zusammenarbeit enorm vereinfacht.

Wie können die Klinikträger ein besseres Miteinander der unterschiedlichen Berufsgruppen unterstützen?

Indem sie interprofessionelle Behandlungsteams bilden. Dadurch besteht die



Lothar Riebsamen (CDU) ist Mitglied im Gesundheitsausschuss des Bundestages.

Möglichkeit, die Übergänge und auch die Grenzen zwischen den einzelnen Bereichen und verschiedenen Behandlungen fließender zu gestalten. Fort- und Weiterbildung der Beteiligten spielen dabei eine große Rolle. Wünschenswert wären auch Schritte, mithilfe derer die Akzeptanz der Beteiligten untereinander wächst – beispielsweise in Gestalt gemeinsamer Fortbildungen oder einer besseren Verknüpfung von Kompetenzen.

Die Große Koalition will mehr Qualität und Spezialisierung in der stationären Versorgung. Das dürfte aber nur mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gehen, die interprofessionell denken und handeln.

Interprofessionalität gewinnt definitiv immer mehr an Bedeutung – das gilt besonders mit Blick auf die demografische Entwicklung. Steigende Fallzahlen, Mul-

timorbidität und ein drohender Rückgang an Personal sind dabei zwei Seiten derselben Medaille.

Stichwort Akademisierung der Pflege- und Gesundheitsberufe: Welche Weichen kann die Politik hier stellen, um die hierarchie- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit zu fördern?

Einer generellen Akademisierung – gerade im nichtärztlichen Bereich – stehe ich kritisch gegenüber. In Anbetracht der demografischen Entwicklung stellt eine längere Ausbildung etwa im Pflegebereich ein großes Hemmnis dar, sich für dieses Berufsfeld zu entscheiden. Ich setze mich daher für unser bewährtes duales Ausbildungssystem ein. Fort- und Weiterbildung sind meines Erachtens der richtige Ansatz, um die Zusammenarbeit der Professionen im Krankenhaus zu fördern.

Die Halbwertzeit von politischen Reformen ist bisweilen nicht sehr lang, den Berliner Gesundheitspreis gibt es seit 20 Jahren: Was wünschen Sie dem Preis für die Zukunft?

Für mich persönlich war es eine interessante Erfahrung, erstmals einer Jury für eine Preisverleihung anzugehören. Initiativen wie der Berliner Gesundheitspreis sind wichtige Ergänzungen zur Arbeit der Politik, der Verbände und anderer Beteiligter. Ich wünsche dem Berliner Gesundheitspreis in den kommenden 20 Jahren die Möglichkeit, dem Gesundheitswesen viele neue Impulse zu geben. Hierfür war das Thema in diesem Jahr mit seinem professionsübergreifenden Ansatz bereits ein sehr gutes Beispiel. ■ (hbhh)



Weddinger Modell

Neue Wege für die Psychiatrie

Behandlungsteams, in denen alle gleichberechtigt zusammenarbeiten, transparente Kommunikationswege und Patienten, die über die eigene Therapie mitbestimmen – in der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité ist das keine Theorie, sondern gelebter Alltag.

Kaum einen Steinwurf von der Neuen Synagoge entfernt, in Berlins historischer Mitte, liegt das St. Hedwig-Krankenhaus. Die dort angesiedelte Psychiatrische Universitätsklinik der Charité behandelt Patientinnen und Patienten aus den Stadtteilen Tiergarten und Wedding. Seit Dezember 2010 arbeitet die Klinik nach dem Weddinger Modell, einem Behandlungskonzept, das den Betroffenen in den Mittelpunkt stellt, alle Mitarbeiter und Berufsgruppen einbezieht und die Multiprofessionalität in den Behandlungsteams stärkt. Die Initiatorinnen dieses neuen Therapiekonzepts sind die Oberärztin Dr. Lieselotte Mahler und die Pflegedirektorin Ina Jarchov-Jádi.

Mehr Wertschätzung. Die Behandlungsziele des Weddinger Modells richten sich nach den Werten, Lebenszielen und Bedürfnissen der Patienten. Vorhandene Bewältigungsstrategien und Selbstheilungsmechanismen werden dabei in die Therapie integriert. Recoveryorientiert nennt sich dieser Ansatz in der Fachsprache. Lieselotte Mahler erklärt es genauer: „Die Deutungshoheit von Gesundheit liegt beim Betroffenen und orientiert sich an seinen Stärken, nicht an seinen Defiziten. Dabei muss gesund nicht immer symptomfrei bedeuten. Ein Mensch kann ein normales, stabiles Leben führen, auch wenn er gelegentlich Stimmen hört.“ Es sei eben nicht immer alles krank in einem Menschen und auch nicht alles gesund.

Wegweisend ist das Konzept, weil es auf einer hierarchie- und berufsgruppenübergreifenden, gleichberechtigten Zusammenarbeit beruht. Der Patient und seine Angehörigen sind ebenso wie alle betroffenen Berufsgruppen von Anfang an in die Therapieplanung einbezogen. Der Betroffene selbst ist bei allen Besprechungen dabei. Das fördert die gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung, verbessert den Informationsstand der Beteiligten und erhöht die Therapietreue.

Transparente Therapie. Der Fokus des Weddinger Modells liegt also auf einer individuellen Behandlung, die die Autonomie der Patienten erhalten und wiedergewinnen will. Dazu gehört es, die Patienten umfassend einzubeziehen und die Therapie für sie selbst und alle Beteiligten transparent zu machen. Dabei kommt das Weddinger Modell ohne zusätzliches Personal aus

und ist nicht teurer als die Regelversorgung. „Unser Ziel ist es, die Strukturen unter den Bedingungen zu verändern, die wir haben“, erklärt Ina Jarchov-Jádi.

Doch wie sehen die veränderten Strukturen aus? Das beste Beispiel ist die Visite, die zum Alltag aller Kliniken, ob somatisch oder psychiatrisch, gehört. „Normalerweise“, so Mahler, „kommt der Patient dabei in eine ‚gemachte Situation‘, denn er ist weder bei der Vor- noch bei der Nachbesprechung dabei.“



Patient, Angehörige, Ärzte und Therapeuten im gemeinsamen Gespräch – im Weddinger Modell ist diese Form des Austauschs alltäglich und selbstverständlich.

Miteinander reden. Die Diagnose, Entscheidungen zur Medikamentengabe oder die Frage, ob und wie lange der Patient Ausgang hat – all das wird bei der herkömmlichen Visite oft ohne den Betroffenen besprochen. Anders beim Weddinger Modell: Hier ist der Patient grundsätzlich bei allen Fallbesprechungen und Therapieplanungen dabei. „Keine Patientengespräche über den Patienten, sondern nur mit ihm“, lautet das Credo. Er hört alles mit an, was besprochen wird, und auch seine Sicht der Situation wird benannt und gehört. Beide Seiten, das Behandlungsteam und der Betroffene, können so direkt



Ob Ärzte, Pflegekräfte, Kunst-, Ergo- oder Musiktherapeuten: Im Weddinger Modell arbeiten alle Berufsgruppen eng zusammen.

reagieren und miteinander reden. Zum Behandlungsteam gehören Ärzte, Pfleger, Psychologen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Sport-, Bewegungs-, Kunst- und Musiktherapeuten. Sie alle sind gleichberechtigt. Multiprofessionalität heißt eben nicht nur, unterschiedliche Berufsgruppen zusammenzuführen, sondern auch Hierarchien innerhalb des Teams abzubauen und bei Bedarf Aufgaben zu delegieren.

Eskalationen verhindern. Ein enormer Vorteil der gemeinsamen Visite ist es, dass dabei das ganze Behandlungsteam alle Informationen aus erster Hand erhält. Vor allem die Pflegekräfte auf der Station profitieren von diesen Besprechungen, denn so sind sie sofort über alle Vereinbarungen im Bilde und werden nicht zwischen Tür und Angel bei einer der Übergaben informiert. Das verhindert Eskalationen, wie sie in der Psychiatrie öfter einmal vorkommen. Etwa, wenn ein Patient ein neues Medikament bekommen soll, die Pflegekraft in der Spätschicht aber auch nicht genau weiß, warum diese Entscheidung getroffen wurde, und der Patient dann ungehalten oder sogar aggressiv reagiert.

Auch das Weddinger Modell kennt Regeln, doch die richten sich nach den Bedürfnissen der Patienten. Feste Besuchszeiten für Angehörige oder ein Ausgangsverbot nach 23 Uhr gibt es nicht. „Unsere Patienten sollen wissen, dass sie hier auch wieder herauskommen“, sagt Ina Jarchov-Jádi. Die Türen sind nur bei konkreter Gefahr verschlossen. Und auch dann wird niemand vor vollendete Tatsachen gestellt, sondern es wird geredet.

Ein lernendes System. Für Notfälle gibt es zwar ein reizarm eingerichtetes „Krisenzimmer“ ohne Möbel oder Gegenstände, an denen man sich verletzen könnte. Aber der Raum ist nicht nur von außen einsehbar, sondern der Patient kann auch heraus schauen. „Er fühlt sich dann nicht noch mehr eingeschlossen, denn das kann in so einer Situation zusätzlich große Angst machen“, erklärt Pflegedirektorin Jarchov-Jádi. Die Eingangstür zu der 28-Betten-Station ist meistens offen. Wer zum ersten Mal hier ist, kommt nicht ohne Weiteres auf den Gedanken, dass es sich um eine psychiatrische Klinik handelt. Niemand trägt weiße Kittel, die Einrichtung wirkt persönlich, die Wände sind in warmen Farben gestrichen.

„Wenn man einmal anfängt, eingefahrene Strukturen zu verändern, merkt man erst, wie viel noch möglich ist“, beschreiben die beiden Frauen ihre Erfahrungen. Sie begreifen das Weddinger Modell als lernendes System, das sich weiterentwickeln kann und soll. In angepasster Form, davon sind sie überzeugt, lässt es sich auch auf somatische Kliniken übertragen. ■ (ah)

Ansprechpartnerinnen: Dr. med. Lieselotte Mahler, Ina Jarchov-Jádi, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus, Große Hamburger Str. 5, 10115 Berlin, Telefon: 030 2311-2023, E-Mail: lieselotte.mahler@charite.de, www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de



Prof. Dr. Axel Ekkernkamp ist Ärztlicher Direktor des Unfallkrankenhauses Berlin und Inhaber des Erwin-Payr-Lehrstuhls für Unfallchirurgie an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.

Interprofessionelle Teams im Krankenhaus: Wie weit ist das Thema in den Kliniken schon gediehen?

Da ist noch Luft nach oben. Die Akademisierung der Pflege- und Gesundheitsberufe, die interprofessionelles Handeln erleichtert, steht in Deutschland noch am Anfang. Jenseits der Ärzteschaft geht es also um den Übergang vom Lehrberuf zum Hochschulstudium. Und um die Frage, ob die Bachelor und Master den Weg ans Krankenbett finden. Fakt ist: Der Patient profitiert am meisten vom interprofessionellen Ansatz.

Setzen multiprofessionelle Teams vor allem ein Umdenken bei den Ärzten voraus?

Dies gilt besonders für die Leitungsstrukturen. Früher war der Arzt meist der einzige Akademiker in der Klinikleitung. Inzwischen haben sich die hierarchischen Verhältnisse verändert. Die daraus resultierende Professionalisierung nutzt allen, auch Ärzten. Das notwendige Umdenken ist aber nicht nur auf sie begrenzt. Bei näherem Hinsehen gibt es zu verbessernde Schnittstellen auch zwischen Krankenpflege und Physiotherapie oder zwischen Linguisten und Logopäden – mit erheblichen Reibungsverlusten und verschenkten Ressourcen. Angeblich besteht ja Konsens darüber, dass die Entwicklung in Richtung Multiprofessionalität gehen sollte. Die tatsächliche Entwicklung sehe ich jedoch kritisch: Der Datenschutz sorgt für Herrschaftswissen, zudem wird Multiprofessionalität dadurch erschwert, dass sich die verschiedenen Gesundheitsberufe strikt an ihre Spielräume halten müssen.

Lässt sich das Weddinger Modell aus der Psychiatrie auf andere Krankenhausbereiche übertragen?

Als die beiden Initiatorinnen des Modells in unserem Preiskomitee vorgetragen haben, war ich völlig begeistert. Die Initiative entstand aus dem Mitarbeiterkreis. Auf mich machte das den Eindruck, als hätte man einen Stein in ruhendes Gewässer geworfen. Der Ansatz, nicht nur von Transparenz und offener Kommunikation zu sprechen, sondern diese bei Visiten und in Teambesprechungen auch zu leben, ist vorbildlich und absolut preiswürdig. Natürlich lässt sich das Modell auf somatisch orientierte Bereiche der Klinikmedizin übertragen. ■ (hom)



Multiprofessionelles Netzwerk zur Diabetikerversorgung

Ein Projekt, das Grenzen überwindet

Patienten mit der Nebendiagnose Diabetes mellitus strukturiert zu behandeln – dieses Ziel stand am Anfang eines Projektes im Krankenhaus Märkisch-Oderland. Heute ist daraus ein interprofessionelles Netzwerk geworden, das die Diabetikerversorgung in der gesamten Region positiv beeinflusst.

Fast sieben Millionen Menschen in Deutschland leiden laut einer Expertenbefragung des IGES Instituts unter Diabetes mellitus Typ 2. Dazu kommen noch schätzungsweise zwei Millionen Menschen, die von ihrer Erkrankung bisher nichts wissen. Die meisten Kliniken in Deutschland sind gut aufgestellt, wenn es darum geht, Patienten mit der Hauptdiagnose Diabetes zu behandeln. Sehr viel größer ist jedoch die Zahl der Patienten, die wegen einer anderen Erkrankung stationär aufgenommen werden, zugleich aber unter Diabetes mellitus Typ 2 leiden. Weil Akutkrankenhäuser nach Fachabteilungen gegliedert sind, liegen diese Patienten dann verstreut auf unterschiedlichen Stationen, wie etwa Orthopädie, Gynäkologie oder Chirurgie. Die Nebendiagnose Diabetes mellitus wird häufig „nebenbei“ behandelt und die besondere Stoffwechselsituation nicht angemessen berücksichtigt. Ganz zu schweigen von denjenigen Patienten, die bei ihrer Aufnahme gar nicht wissen, dass sie unter Diabetes leiden.

Vernetzte Strukturen schaffen. So war die Situation auch im Krankenhaus Märkisch-Oderland, einem Akutkrankenhaus mit insgesamt 320 Betten an den Standorten Strausberg und Wriezen. „Das bisschen Zucker behandelte der Arzt der jeweiligen Station nebenher“, so Chefarzt Dr. Christian Jenssen. „Wenn ein Patient nicht wegen Diabetes mellitus, sondern beispielsweise wegen einer Hüft-OP zu uns kam, haben wir die bisherige Diabetestherapie einfach übernommen und jeden Tag den Blutzucker kontrolliert.“ Erst bei sehr hohen Blutzuckerwerten wurde ein Internist oder die Diabetologin der Klinik hinzugezogen. Den Stoffwechsel nicht nur ad hoc, sondern vorausschauend zu kontrollieren, war unter diesen Bedingungen nicht möglich. Dadurch stieg das Risiko für Komplikationen und damit auch die Verweildauer der Patienten. „Was fehlte, waren vernetzte Strukturen innerhalb des Krankenhauses und über Abteilungsgrenzen hinweg, um eine kontinuierliche Behandlung zu gewährleisten“, sagt die Oberärztin und Diabetologin Dr. Cristine Pietsch.

Vor diesem Hintergrund fiel im Jahr 2010 der Startschuss für ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Projekt zur Diabetikerversorgung. Die Hauptziele: Patienten mit der Nebendiagnose Diabetes mellitus strukturiert und aus einem Guss zu



Chronische Wunden fachgerecht versorgen: Die Fußsprechstunde im Krankenhaus Märkisch-Oderland entlastet niedergelassene Ärzte.

behandeln und unentdeckt gebliebene Erkrankungen zu erkennen. Doch wie wurde aus dem jahrelangen Nebeneinander der Abteilungen ein interdisziplinäres, multiprofessionelles Miteinander?

Abteilungsgrenzen überwinden. Am Anfang stand eine Ist-Analyse in den einzelnen Fachabteilungen. Sie zeigte zum einen, dass das diabetologische Grundwissen der Assistenzärzte nicht ausreichte, und zum anderen, dass es keine systematische Erfassung der Diabetes-Patienten gab, die in eine der nichtinternistischen Kliniken aufgenommen wurden.

Ein engagiertes multiprofessionelles Team um Dr. Cristine Pietsch begann deshalb, alle Mitarbeiter des Krankenhauses mehrfach und intensiv zum Thema Diabetes mellitus zu schulen. Zu diesem Team gehörten neben Pietsch eine Diabetesberaterin,



Hüft-OP plus Diabetes mellitus? Im Krankenhaus Märkisch-Oderland sorgt das multiprofessionelle Diabetesteam dafür, dass der Stoffwechsel nicht aus dem Ruder läuft.

zwei Diabetesassistentinnen, zwei Pflegeexpertinnen, drei Assistenzärztinnen der Inneren Medizin, die Qualitätsmanagementbeauftragte und eine Referentin für Kommunikation. Sie schulten nach und nach die ärztlichen Teams aller Fachabteilungen und jeweils mindestens zwei Pflegekräfte. Mit der Zeit entwickelten sich diese Begegnungen über Abteilungs- und Berufsgrenzen hinweg zu einer Normalität, die heute alle sehr schätzen. Chefarzt Dr. Jenssen: „Ganz gleich ob Facharzt oder Diabetesassistentin, jede Berufsgruppe kann ihre fachliche Perspektive einbringen und sich mit ihren Argumenten Gehör verschaffen. So haben Patienten, die nicht wegen, sondern mit Diabetes mellitus zu uns kommen, die Gewissheit, dass ihre Grunderkrankung kompetent berücksichtigt wird – egal, in welcher Abteilung ihr Bett steht.“

Eine Lücke schließt sich. Doch damit stößt das Projekt noch lange nicht an seine Grenzen. „Uns liegt die kontinuierliche Betreuung zwischen ambulantem und stationärem Bereich am Herzen. Das geht nur, indem wir uns mit Hausarztpraxen, Pflegediensten und Pflegeheimen der Region vernetzen“, so Cristine Pietsch. Also präsentierte das Diabetesteam das Projekt in hausärztlichen Qualitätszirkeln und Pflegeeinrichtungen, verbunden mit dem Angebot, das nichtärztliche Personal in den Arztpraxen und die Pflegekräfte zu schulen. Die Resonanz war so groß, dass nun zweimal pro Halbjahr entsprechende Kurse stattfinden.

Die Kompetenz im Umgang mit Diabetes mellitus hat sich herumgesprochen. Immer mehr Hausärzte schickten Patienten, die unter einem diabetischen Fußsyndrom leiden – schlecht heilende Wunden, die im schlimmsten Fall zur Amputation führen – zum Krankenhaus Märkisch-Oderland. Um die Rettungsstelle zu entlasten, die für diese Fälle zuständig war, beantragte das Krankenhaus eine Ermächtigungssprechstunde bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg. Seit 2014 gibt es nun eine ambulante Fußsprechstunde, die zweimal pro Woche stattfindet. Damit schließt das Krankenhaus eine Versorgungslücke, denn die niedergelassenen Ärzte allein könnten den Behandlungsbedarf nicht decken. „Aber auch ein Krankenhaus verfügt nicht in allen Fällen über alle notwendigen Kompetenzen“, so Chefarzt Christian Jenssen, „deshalb profitieren wir in vielen Situationen genauso von der Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, Pflegediensten und Pflegeheimen.“ ■ (ah)

Ansprechpartnerin: Dr. med. Cristine Pietsch, Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH, Prötzeler Chaussee 5, 15344 Strausberg, Telefon: 03341 52-823, E-Mail: c.pietsch@kholm.de, www.krankenhaus-mol.de



Frank Michalak
Vorsitzender des Vorstands
der AOK Nordost

Ist das Diabetes-Netzwerk ein Vorbild für eine gelungene Zusammenarbeit von stationärem und ambulantem Sektor?

Absolut. Durch die Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte in das Behandlungskonzept wird eine Kontinuität der Behandlung erzielt, die den Patienten zugute kommt. Auch die Leistungserbringer profitieren von dem fest etablierten, regelmäßigen Informationsaustausch. Dem Netzwerk sind viele, ebenso erfolgreiche Nachahmer zu wünschen.

Wie können Krankenkassen die Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe fördern?

Sie können zum Beispiel als Lotsen im System und als Vertragspartner sowohl des ambulanten wie auch des stationären Sektors eine verbindende Funktion einnehmen. Das fördert die gegenseitige Akzeptanz, etwa im Rahmen der Integrierten Versorgung. Unser Projekt Care Plus beispielsweise fördert die ärztliche, pflegerische und therapeutische Betreuung von Heimbewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen. Dazu gehören regelmäßige Abstimmungen, Visiten und gemeinsame Fallbesprechungen der Beteiligten.

Führt Multiprofessionalität am Ende nicht zu einer Aufwertung der Pflege und anderer Gesundheitsberufe?

Die Pflege und verwandte Gesundheitsberufe sind auch heute schon wichtige Professionen, deren Leistung anerkannt und geschätzt wird. Natürlich ändert sich durch die Multiprofessionalität auch das Aufgabenspektrum der Berufsgruppen und damit auch die Sicht auf dieselben. Ein Beispiel ist die Delegation ärztlicher Aufgaben an Pflegekräfte. Diese müssen natürlich entsprechend geschult werden. Außerdem müssen auch die rechtlichen Grundlagen für solche Veränderungen geschaffen werden. Hier ist bereits viel im Fluss, und ich glaube, die Professionalisierung und Kompetenzerweiterung werden zügig weiter fortschreiten. ■ (bbbh)



Ein kompetentes Team: Ärzte, Seelsorger und ein Psychologe nehmen sich im Krankenhaus Waldfriede Zeit für die Ängste der Patienten.

Angstfreies Krankenhaus

Weniger Stress vor der OP

Vor einer Operation haben die meisten Menschen nicht nur viele Fragen, sondern auch ganz unterschiedliche Ängste. Das Krankenhaus Waldfriede in Berlin begegnet den Sorgen seiner Patienten mit einem interdisziplinären Konzept – und setzt dabei vor allem auf Gespräche.

Michael Volland, Oberarzt im Krankenhaus Waldfriede in Berlin-Zehlendorf, mag seinen Beruf: „Die Arbeit als Chirurg ist sehr befriedigend, weil es den Patienten nach dem Eingriff meistens schnell besser geht.“ Aber er erlebt auch immer wieder die Ängste, die kurz vor einer Operation am stärksten sind. „Die einzige Hilfe, die wir den Patienten dann anbieten konnten, war lange Zeit ein Beruhigungsmittel.“ Damit wollten er und seine Kollegen sich nicht zufrieden geben. Doch was tun gegen die Angst im Krankenhaus?

Gemeinsam gegen die Angst. Zur Lösung des Problems fand sich Volland im Jahr 2011 mit der leitenden Anästhesieärztin, der OP-Koordinatorin und zwei Seelsorgern hausintern zu einer interdisziplinären Arbeitsgruppe zusammen. Gemeinsam entwickelten sie ein medizinisch-psychosoziales Konzept, das Ängste möglichst schon vor einer Operation abbauen soll – das „Angstfreie Krankenhaus“ war geboren.

Die Erfahrung zeigt, dass Patienten weniger Angst vor einer Operation haben, wenn ihr Bedürfnis nach Anteilnahme, Information und besserer Einsicht in die Abläufe erfüllt wird. Genau das geschieht beim „Angstfreien Krankenhaus“ durch die Zusammenarbeit aller am Behandlungsverlauf Beteiligten. Im Idealfall werden die Ängste schon beim Vorgespräch mit dem behandelnden Operateur der Fachabteilung thematisiert. Dann kann der Patient zu Hause noch in Ruhe darüber nachdenken, wie er begleitet und unterstützt werden möchte. Das Angebot umfasst außerdem eine „Angstsprechstunde“ mit der leitenden Oberärztin der Anästhesie, Gesprächen mit den Seelsorgern, einem Psychotherapeuten und dem Sozialdienst der Klinik.

Aufklären und begleiten. „Einige Patienten schildern uns vor allem ihre Angst vor der Narkose oder vor Schmerzen. Andere befürchten Komplikationen oder eine schwerwiegende Diagnose“, so der Mediziner Michael Volland. Auch der Gedanke, dass während der Operation ihre Intimsphäre verletzt werden könnte, belastet viele ebenso wie die Sorge, dauerhaft die eigene Selbstständigkeit zu verlieren. Doch nicht nur ein Gespräch, auch ein Besuch der Intensivstation oder des OPs kann dazu beitragen, dass der bevorstehende Eingriff weniger bedrohlich erscheint.

Nach einer Testphase wurde das „Angstfreie Krankenhaus“ im Februar 2013 dauerhaft etabliert. Eine Evaluation mittels Patientenfragebögen und die starke Nachfrage hatten gezeigt, dass das Projekt gut ankommt und eine wichtige Lücke schließt.



Reden hilft – auch in den letzten Minuten vor einer Operation, wenn die Angst besonders groß ist.

Lob von hoher Stelle. Dieser Ansicht ist auch Karl-Josef Laumann, Patientenbeauftragter der Bundesregierung und Jurymitglied beim Berliner Gesundheitspreis 2015: „Angst ist ein schlechter Ratgeber“, sagt schon der Volksmund. Und Angst kann auch den Erfolg einer medizinischen Behandlung gefährden. Umso wichtiger ist es, ihr den Nährboden zu entziehen. Welche Chancen und Risiken birgt eine Operation? Wie sieht genau der Ablauf aus? Wer Patienten darüber aufklärt und sie im gesamten Behandlungsprozess begleitet, nimmt ihnen einen großen Teil der Angst. Das Krankenhaus Waldfriede leistet hier tolle Arbeit. Es klärt die Patienten auf und vermittelt ihnen das gute Gefühl, dass sie mit ihren Sorgen nicht allein sind.“ ■ (ah)

Ansprechpartner: Dr. med. Michael Volland, Krankenhaus Waldfriede e.V., Argentinische Allee 40, 14163 Berlin, Telefon: 030 81810-8537, E-Mail: m.volland@waldfriede.de, www.waldfriede.de



Interdisziplinärer Kinderschutz

Hilfe für die Schwächsten

Die Berliner Charité registrierte 2013 knapp 900 Verdachtsfälle auf Kindesmisshandlung. Über 500 Mal wurde der Verdacht zur Gewissheit. Zu erkennen, ob ein Kind tatsächlich misshandelt wurde, ist Aufgabe eines interprofessionellen Teams, zu dem Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter gehören.

Kinderschutz funktioniert nicht ohne Kooperation“, bringt es Loretta Ihme, Diplom-Psychologin und Kinderschutzkoordinatorin der Charité, auf den Punkt. Das beginne bei der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen, setze sich beim Bemühen um eine gute Kooperation mit den Eltern fort und münde in der Zusammenarbeit mit Jugend- und Gesundheitsämtern.

Standards geben Sicherheit. Beim Verdacht auf Kindesmisshandlung gilt zunächst das Vieraugenprinzip: Der behandelnde Kinderarzt informiert den Oberarzt. Äußere Verletzungen werden durch Fotos dokumentiert. Im nächsten Schritt ziehen die Mediziner das psychosoziale Team der Kinderschutzgruppe hinzu, das aus Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychologen und dem Sozialdienst besteht. Dieses standardisierte Vorgehen entlastet die Ärzte, die bei einem Verdachtsfall einen festen Ansprechpartner haben.

Die Kinderschutzgruppe ist in allen Kliniken und Abteilungen der Charité bekannt. Die Eltern werden zu diesem frühen Zeitpunkt noch nicht mit dem Verdacht konfrontiert, da sich dieser zunächst erhärten muss. Loretta Ihme: „Wir möchten niemandem etwas Falsches unterstellen, möchten aber auch kein Kind übersehen.“ Erst wenn sich der Verdacht bestätigt, kommt es zu einem Gespräch mit den Eltern. Das psychosoziale Team hat nun die Aufgabe, die familiäre Situation zu erhellen, mögliche Belastungsfaktoren auszumachen und herauszufinden, ob die Eltern bereit sind, Verantwortung für die Misshandlung zu tragen. Die ge-



Auch die Prävention liegt der Kinderschutzgruppe der Charité am Herzen. Mütter, deren Babys viel schreien, schlecht trinken oder wenig schlafen, können in eine eigene Sprechstunde kommen.

sicherte Diagnose der Ärzte ist dabei eine große Hilfe. Geben die Eltern die Misshandlung zu, organisiert die Kinderschutzgruppe weitere Hilfen. Um die Familien passgenau zu unterstützen, findet vor der Entlassung des Kindes gemeinsam mit dem Jugendamt eine Fach- und eine Helferkonferenz statt.

Leugnen die Eltern hingegen die Misshandlung oder drohen sogar, das Kind aus der Klinik zu nehmen, kommt die Inobhutnahme durch das Jugendamt infrage, das Familiengericht kann eingeschaltet werden und in schwerwiegenden Fällen das Landeskriminalamt.

Krisen verhindern. Aber auch die Prävention gehört zum interdisziplinären Kinderschutz. Dazu gehören die Schütteltraumaaufklärung, eine Sprechstunde für süchtige Schwangere sowie bei Schrei-, Schlaf- und Fütterproblemen und das Babylotsenprojekt. Letzteres richtet sich an Familien, deren Kinder in der Charité

geboren wurden, und soll Krisen verhindern, ehe sie entstehen. Die Babylotsen sprechen mit den Müttern und vermitteln Beratung und Hilfe.

Die Ärztekammer Berlin hat das Thema Kinderschutz schon 2011 zu einer Regelaufgabe der ärztlichen Fortbildung erklärt. Präsident Dr. Günter Jonitz: „Gemeinsam mit allen Berliner Ärztinnen und Ärzten stehen wir in der Verantwortung, uns aktiv gegen jede Form von häuslicher Gewalt und Kindeswohlgefährdung einzusetzen. Das Projekt der Charité zeigt sehr schön, wie wichtig es ist, auf der Basis der vorhandenen Krankenhausstrukturen und örtlichen Rahmenbedingungen Netzwerke zu etablieren, die bei Verdachtsfällen schnell aktiviert werden können.“ ■ (ah)

Ansprechpartnerin: Dipl.-Psych. Loretta Ihme, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Telefon: 030 450566-233, E-Mail: loretta.ihme@charite.de, kinderschutzgruppe.charite.de (ohne www!)

Geriatric

Ältere Traumapatienten ganzheitlich behandeln

Knochenbrüche sind für ältere Menschen oft ein tiefer Einschnitt ins Leben. Eine patientenorientierte Therapie kann die Folgen eines Sturzes wirksamer abfangen.

In vielen Krankenhäusern erfolgen Therapiemaßnahmen nacheinander, die gleichzeitig durchgeführt mehr bewirken könnten. Deshalb profitieren über 70-Jährige mit Knochenbrüchen besonders vom interdisziplinären Konzept des „Alterstraumatologischen Zentrums“ in Berlin, in dem Geriatrie, Unfallchirurgie, Orthopädie, Ernährungsmedizin und Schmerzmedizin zusammengeführt sind. Die Therapie „aus einer Hand“ beginnt bei der Notoperation und reicht bis zu Frührehabilitation. Wesentliche Bausteine sind interdisziplinäre Visiten und Konferenzen. ■ (asc)

Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Hans-Peter Thomas,

Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Alterstraumatologisches Zentrum, Herzbergstr. 79, 10365 Berlin, Telefon: 030 5472-5650,

E-Mail: h.thomas@keh-berlin.de,

www.keh-berlin.de

Compliance

Mehr Therapietreue durch bessere Gespräche

Konflikte im Team erschweren auch die Kommunikation mit den Patienten. Doch konstruktive Umgangsformen für den Stationsalltag können gezielt entwickelt werden.

Häufig prägen Konflikte und mangelnde Wertschätzung den Umgangston innerhalb der verschiedenen Hierarchie-Ebenen. Am Helios Klinikum Berlin-Buch ist deshalb ein Weiterbildungskonzept für „Compliance Coaches“ entstanden, das die kommunikative Kompetenz von Klinikmitarbeitern generell stärkt. Es verbindet Elemente aus Coaching, Training und Organisationsentwicklung mit dem Ziel einer besseren Kommunikation – innerhalb des Stationsteams wie mit den Patienten. ■ (asc)

Ansprechpartnerin: Pflegedienstleitung Sylvia Lehmann,

Helios Klinikum Berlin-Buch, Pflegedienstleitung, Schwanebecker Chaussee 50, 13125 Berlin, Telefon: 030 9401-55502/04,

E-Mail: sylvia.lehmann@helios-kliniken.de,

www.helios-kliniken.de

Notfallmanagement

Verlässliche Qualität für Schwerstverletzte

Ein selbst entwickeltes Trainingsprogramm sorgt im Schockraum der Universitätsklinik Bonn für die gleichbleibend gute Versorgung von Patienten mit lebensgefährlichen Verletzungen.

Verschiedene Teams erzielen unterschiedliche Ergebnisse. Diese alltägliche Tatsache gab am Uniklinikum Bonn den Anlass, an der Schockraum-Behandlung zu feilen. Im Notfallzentrum wurde ein spezielles Training für Ärzte, Pflegende und technische Assistenten entwickelt. Der Kurs, der sich inhaltlich an medizinischen Leitlinien orientiert, vermittelt insbesondere den Umgang mit menschlichem Fehlverhalten, den optimalen Einsatz von Teamressourcen und die gemeinsame Sprache. Künftig soll das Format auf andere Klinikbereiche übertragen werden. ■ (asc)

Ansprechpartner: Dr. Ingo Gräff,

Universitätsklinikum Bonn, Interdisziplinäres Notfallzentrum, Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn, Telefon: 0228 287-12060,

E-Mail: ingo.graeff@ukb.uni-bonn.de,

www.ukb.uni-bonn.de

Konsiliardienst

Blutzucker jederzeit im Griff behalten

Diabetespatienten sind im Krankenhaus besonderen Risiken ausgesetzt. Ein auf die Krankheit zugeschnittenes Behandlungskonzept hilft, sie systematisch zu beherrschen.

Fast jeder dritte stationär behandelte Patient hat Diabetes, häufig ohne es zu wissen. Im Havelland-Klinikum Nauen kümmert sich ein fünfköpfiges Diabetes-Team um die Aufgabe, die Krankheit zu erkennen, Stoffwechsellentgleisungen zu verhindern und die Betroffenen adäquat zu pflegen. Zwei speziell ausgebildete Internisten und drei Mitarbeiter der Pflege bilden einen Konsiliardienst und können Weisungen erteilen. 2013 wurde die Klinik durch die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) zertifiziert. ■ (asc)

Ansprechpartnerin: Dr. med. Kerstin Eckert,

Havelland Kliniken, Klinikum Nauen, Ketziner Str. 21, 14641 Nauen, Telefon: 03321 42-1596,

E-Mail: kerstin.eckert@havelland-kliniken.de,

www.havelland-kliniken.de

Patientensicherheit

Weniger Risiko bei der Arzneimittelgabe

Intensivpatienten werden immer älter und sind heute regelmäßig mehrfach krank. Das Einbeziehen von Apothekern in die Therapie sorgt für eine bessere pharmazeutische Behandlung.

Seit 2012 bringen Mitarbeiter der Krankenhausapotheke im Bundeswehrkrankenhaus Berlin ihr Fachwissen aktiv in die Behandlung von Patienten ein. Zweimal wöchentlich ist auf der Intensivstation ein Pharmazeut bei Visiten dabei, wertet die Medikation der Patienten aus und bespricht pharmakologische Therapien oder eventuelle Komplikationen im Kreis der zuständigen Ärzte und Pfleger. Im ersten Halbjahr 2014 wurden bei insgesamt 300 Medikationsprüfungen 30 Fälle mit Verbesserungspotenzial ermittelt. ■ (asc)

Ansprechpartnerin: Oberfeldarzt Karin Dey,

Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Scharnhorststraße 13, 10115 Berlin,
Telefon: 030 2841-2014,

E-Mail: karindey@bundeswehr.org,

www.bundeswehrkrankenhaus-berlin.de

Management

Den Patienten in den Mittelpunkt stellen

Dass sich ein Versorgungssystem am Patienten orientiert, klingt selbstverständlich – tatsächlich fordert der Wandel neue Strukturen innerhalb der Stationsteams.

Die Politik will die stationäre Behandlung stärker am Patienten ausrichten. Ärzte und Pflegende stehen dabei typischerweise vor großen Herausforderungen. An der Universität Freiburg wurde deshalb das Team-Entwicklungskonzept PATENT entwickelt. Das Programm ist im gesamten Gesundheitssektor kurzfristig und ressourcenschonend einsetzbar; es setzt auf selbstgesteuerte und zielorientierte Prozesse, die die Kooperation der Mitarbeiter und ihre Effizienz verbessern. ■ (asc)

Ansprechpartnerin: Dr. Miriam Körner,

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Medizinische Fakultät,
Hebelstr. 29, 79104 Freiburg, Telefon: 0761 203-5519,

E-Mail: mirjam.koerner@mps.uni-freiburg.de,

www.medsoz.uni-freiburg.de

Lebensqualität

Beziehungspflege für die Allerkleinsten

Immer mehr Frühchen überleben. Nicht nur Krankenhäuser, auch die Eltern stehen damit vor emotionalen und praktischen Herausforderungen. Ihnen hilft FamilieNetz.

Sehr früh oder krank geborene Kinder stellen das Familienleben von Anfang an auf eine harte Probe: der traumatische Aufenthalt auf der Intensivstation, die Sorgen um die (neurologische) Entwicklung, die eingeschränkten Kontaktmöglichkeiten. An der Uniklinik Dresden kümmert sich ein Team aus Kinderkrankenschwestern und -pflegern, Psychologen, Pädagogen und Kinderärzten um die Eltern. Das Ziel ist, die Kompetenz der Eltern zu stärken, damit die mittel- und langfristige Entwicklung der Kinder von der sicheren familiären Bindung profitiert. ■ (asc)

Ansprechpartner: PD Dr. Jörg Reichert,

Universitätsklinikum Dresden, Universitätskinderklinik, FB Neonatologie,
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, Telefon: 0351 458-2857,

E-Mail: familienetz@uniklinikum-dresden.de,

www.uniklinikum-dresden.de

Behandlungskonzept

Gemeinsam gegen Diabetes-Risiken

Diabetes-Patienten brauchen im Krankenhaus einen besonderen Umgang mit der Krankheit. Ein geschultes Team aus Ärzten und Pflegern hilft bei der richtigen Behandlung.

Die Zuckerkrankheit tritt im stationären Bereich immer häufiger als Begleiterkrankung auf. Das Immanuel-Kant-Klinikum Bernau hat ein eigenes Diabetes-Team aufgestellt, das die Bedürfnisse dieser Patienten systematisch im Blick behält. Neben dem Kompetenzteam aus Ärzten und Pflegenden wurde ein strukturiertes Behandlungskonzept etabliert, das unter anderem die Selbstständigkeit der Pflegekräfte stärkt. Die Klinik wurde 2014 durch die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) zertifiziert. ■ (asc)

Ansprechpartner: Dr. med. Thomas Schau,

Immanuel-Kant-Klinikum Bernau Herzzentrum Brandenburg, Kardiologie,
Ladeburger Straße 17, 16321 Bernau, Telefon: 03338 694-925,

E-Mail: t.schau@immanuel.de,

www.bernau.immanuel.de



Professor Dr. Adelheid Kuhlmei ist Prodekanin für Studium und Lehre sowie Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Interprofessionelle Kooperation

„Teamarbeit darf nicht bloß Goodwill sein“

Gute Ausbildung, klare Spielregeln und feste Standards in der Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegekräften – das sind für Adelheid Kuhlmei die Zutaten für eine interprofessionelle Zusammenarbeit in der Klinik. Doch noch ist das Rezept nicht flächendeckend umgesetzt, kritisiert die Medizinsoziologin.

Interprofessionelle Teams im Krankenhaus setzen eine neue Arbeitskultur voraus. Wie kann das gelingen?

Flache Hierarchien sind eine Voraussetzung. Eine weitere wichtige Prämisse lautet: Bildung, Bildung, Bildung. Notwendig sind zudem Standards in der Kommunikation und in der Informationsübermittlung, denn Teamarbeit darf nicht bloß Goodwill sein. Es braucht klare Rahmenbedingungen dafür und einen guten, das heißt arbeitsteiligen Prozess, der sich am Outcome orientiert. Und dieser Outcome ist die beste Versorgung der Patientinnen und Patienten.

In Skandinavien zum Beispiel ist die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit weit verbreitet. Wo steht Deutschland?

Viele Akteure haben sich auf den Weg gemacht, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern. Das zeigt auch

die Bewerberlage beim Berliner Gesundheitspreis. Und trotzdem bleibt Deutschland hinter dem international gängigen Versorgungsstandard im Sinne eines interprofessionellen Arbeitens weit zurück.

Warum diese schlechte Platzierung?

Weil es noch immer stark vom Engagement Einzelner abhängt, ob interprofessionell gut zusammengearbeitet wird oder das Ganze an der Hierarchiemauer scheitert. Wenn die Kooperation getrieben wird in einer Klinik, klappt es. Aber es funktioniert eben nicht flächendeckend.

Hilft ein besseres Miteinander, Nachwuchs zu finden?

In der Medizin haben wir ausreichend Nachwuchs. In der Pflege ist die Situation angespannter. Und natürlich erhöht es die Chancen im Wettbewerb um die besten jungen Köpfe, wenn Pflegekräfte auf Augenhöhe mit Ärzten arbeiten und

Pflege kein Beruf mehr ist, wo die Karriere- und Ausbildungsleiter sehr kurz ist. Eine stimmige Kooperationsatmosphäre wirkt sich auf Pflegekräfte aber auch dahingehend aus, dass sie zufriedener sind und es geringere Fluktuation im Beruf gibt.

Und welche Vorteile haben interprofessionelle Teams für die Patienten?

Unsere Forschungslage dazu ist mager. Aber die vorliegenden Studien zeigen, dass interprofessionelle Versorgung – verbunden mit standardisierten Absprachen und Übergaben – die Behandlungsqualität im Krankenhaus erhöht. Drehtüreffekte nehmen ab, die Liegedauern von Patienten verkürzen sich. Ganz wichtig ist: Mehr Kooperation erhöht die Berufszufriedenheit bei Ärzten wie Pflegekräften, was ebenfalls zu einer qualitativ besseren Versorgungsleistung führt. ■ (hom)

Jury 2015

Georg Baum

Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Prof. Dr. Axel Ekkernkamp

Universität Greifswald, Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer des Unfallkrankenhauses Berlin

Hedwig François-Kettner

Vorsitzende des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Dr. Günther Jonitz

Präsident der Ärztekammer Berlin

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei

Prodekanin für Studium und Lehre, Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Karl-Josef Laumann

Bbeauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege

Cornelia Prüfer-Storcks

Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg

Lothar Rietsamen

MdB, Mitglied des Ausschusses für Gesundheit

Alexander Schirp

Vorsitzender des Verwaltungsrates der AOK Nordost

Fritz Schösser

Vorsitzender des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes

Mehr Informationen unter www.berliner-gesundheitspreis.de

Spezial ist eine Verlagsbeilage von G+G

Impressum: Gesundheit und Gesellschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin, www.kompart.de, Redaktion: Hans-Bernhard Henkel-Hoving (hbhh), Annegret Himrich (ah), Thomas Hommel (hom), Anja Schnake (asc), Art Direction: Anja Stamer, Grafik: Anna Magnus, verantwortlich: Monika Schneider (AOK-Bundesverband), Stand: Juni 2015