

Ambulante Leistung:
Dr. Antje Warszawski (links)
und MTA Sandra Körner
aus der Klinik für
Strahlentherapie bei der
Vorbereitung eines
Patienten, der eine
Hochpräzisionsbestrahlung
erhalten soll.

Neue Strukturen, besserer Service

Die MHH gründet eine Tochtergesellschaft: Das Medizinische Versorgungszentrum geht im Januar 2008 in Betrieb



In Deutschland gibt es grundsätzlich eine Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Das hat den Nachteil, dass beiden behandelnden Seiten Informationen über den Patienten fehlen. Doppeluntersuchungen sind die Folge und verursachen immense Kosten im Gesundheitssystem, häufig wechselnde Ansprechpartner verunsichern die Patienten. Die MHH stellt sich von jeher diesem Problem: Erst kam das Erfolgsmodell Tagesklinik, später das ambulante Operieren. Außerdem wurden neue Versorgungskonzepte wie die Integrierte Versorgung aufgebaut.

Nun kommt ein innovativer, patientenorientierter Baustein hinzu: Im Januar 2008 nimmt die MHH ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) in Betrieb. In solchen Einrichtungen schließen sich Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen zusammen, um die Patienten „aus einer Hand“ zu versorgen. Die Grundlage für diese Aufweichung der alten Strukturen brachte die Gesundheitsreform im Jahr 2004. Sie schaffte die rechtlichen Voraussetzungen, stationäre und ambulante Leistungen neu zu strukturieren. „Wir wollen mit dieser Art der Versorgung keine Konkurrenz zu den

niedergelassenen Kollegen aufbauen, sondern spezielle Leistungen erbringen“, unterstreicht Dr. Andreas Tecklenburg, MHH-Präsidiumsmitglied für Krankenversorgung.

Am 11. September 2007 stimmte der Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen der MVZ-Gründung in der MHH zu. Nun werden die Klinik für Strahlentherapie und das Institut für Pathologie ihre ambulanten Leistungen im MVZ anbieten. Dafür gründete die MHH eine Tochtergesellschaft, die „Ambulanzzentrum der MHH



Tagesklinik – ein altbewährtes Behandlungsmodell

Tageskliniken sind Einrichtungen, in denen zum Beispiel Chemotherapien, Transfusionen, Operationen oder psychologische Betreuung durchgeführt werden können, ohne dass die Patienten vollstationär aufgenommen werden müssen. Sie sind ein altbewährtes Modell: Bereits 1983 gründete Professor Dr. Hubert Poliwoda, 1995 emeritierter Professor für Hämatologie und Onkologie, an der MHH die erste Tagesklinik für Tumorpatienten – es war die Onkologische Tagesklinik (OTK). Die heutige OTK, in der Patienten aus mehreren Abteilungen Therapien erhalten, leitet Professor Dr. Arnold Ganser. Vier tagesklinische Bereiche sind hinzugekommen: Die Gastroenterologische Tagesklinik (GTK), die Onkologische Tagesstation für Kinder (PTK) und die Onkologische Tagesstation für Frauen sowie die Tagesklinik in der Knochenmark-/Stammzelltransplantationsambulanz. Damit stehen insgesamt 38 tagesklinische Behandlungsplätze an der MHH zur Verfügung.

Das Pfl egeteam der OTK besteht aus Mufutau Bayo Akinyo, Anette Friedrich, Doris Altmann und Sabine Krause. Sie behandeln zusammen mit dem diensthabenden Arzt täglich etwa 15 bis 20 Tumorpatienten. Es werden Chemotherapien, Transfusionen, Immunglobulin- und Antikörpergaben in Form von Infusionen durchgeführt. Bei Auftreten von Problemen, etwa wenn ein Patient auf ein Medikament reagiert, ist jederzeit innerhalb derselben Abteilung ein Wechsel in eine vollstationäre Behandlung möglich. **bb**

Das Team der OTK: Doris Altmann, Bayo Akinyo, Annette Friedrich, Sabine Cantone.



GmbH“. „Das neue Medizinische Versorgungszentrum der MHH ermöglicht eine bessere Verzahnung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich und damit einen besseren Service für die Patienten“, sagt Stefan Voigt, Leiter des Geschäftsbereichs Finanzen, und mit Dr. Karen Deegener, persönliche Referentin von Dr. Andreas Tecklenburg, Geschäftsführer der neu gegründeten MHH-Gesellschaft. „Neben den im MVZ vertretenen Fachrichtungen steht unseren Patienten ein ‚kurzer Draht‘ zur MHH mit ihren Experten offen“, ergänzt Dr. Karen Deegener.

Für die neue MHH-Gesellschaft hat die Gründung des MVZ den großen Vorteil, dass zukünftige Planungen langfristiger erfolgen können: Vorher hat die KVN zeitlich begrenzte Ermächtigungen an Kliniken, Institute oder Fachärzte ausgesprochen. Das heißt, dass sie im Einzelfall entschieden hat, ob und über welchen Zeitraum hinweg MHH-Ärzte Kassenpatienten ambulant behandeln durften. Mit der Zulassung zum MVZ erhält die MHH-Gesellschaft eine zeitlich unbefristete Zulassung. Für die Zukunft ist die Aufnahme weiterer Fachabteilungen in das Ambulanzzentrum geplant. **ina**

Ambulant?

MHH-Mediziner kurieren Patienten ambulant – etwa vor und nach stationären Aufnahmen und bei speziellen Krankheiten. Das bringt Vorteile und birgt Schwierigkeiten – ein Gespräch mit **Dr. Andreas Tecklenburg**, Präsidiumsmitglied für Krankenversorgung

Herr Dr. Tecklenburg, nur Krankenhäuser, die ökonomisch arbeiten, überleben heutzutage im Wettbewerb. In welchem Zusammenhang stehen hierbei ambulante Behandlungen?

Die Hauptleistungen der MHH sind stationäre Behandlungen. Die ambulante Versorgung ist für die MHH kein „großes Geschäft“: Sie bringt pro Jahr 30 Millionen Euro Umsatz, die stationären Behandlungen 280 Millionen Euro.

Aber die ambulanten Versorgungen sind sehr wichtig – vor allem, weil sie in der Regel mit den stationären zusammenhängen. Sie dienen beispielsweise dazu, die Diagnostik abzuklären und Nachbehandlungen durchzuführen – etwa bei chronisch kranken Patienten. So sind ambulante Leistungen ein Vehikel für die stationären Behandlungen und ein wichtiger Bestandteil integrierter Versorgungskonzepte und -produkte. Ein Beispiel ist die interdisziplinäre Transplantationsambulanz der MHH – die TX-Ambulanz. Alleine trägt sie sich nicht, aber ohne sie gäbe es keine Transplantationen.

Keinesfalls wollen wir als MHH in die allgemeine ambulante Versorgung einsteigen. Unsere Aufgabe ist es, Spezialgebiete abzudecken. Der erste Anlaufpunkt bei medizinischen Problemen ist und bleibt der niedergelassene Haus- oder Facharzt.

Um ambulante Leistungen an Kliniken zu stärken, gibt es im Sozialgesetzbuch 5 den § 116b. Können Sie das Wichtigste davon für jedermann verständlich erklären?

Da muss ich etwas ausholen: In den MHH-Polikliniken dürfen jährlich bis zu 54.000 Patienten ambulant behandelt werden. Das ist im Hochschulambulanzvertrag gesetzlich verankert. Pro Patient und Quartal

Dr. Andreas Tecklenburg

Nur in Spezialfällen

bekommt die MHH dafür eine Pauschale von 45 Euro. Darüber hinaus hat die MHH sehr viele an Personen oder Institute gebundene Ermächtigungen – also Genehmigungen, Kassenpatienten behandeln und mit der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen zu dürfen. Die Ermächtigung ist meist auf einen Teilbereich des Fachgebietes beschränkt, den niedergelassene Vertragsärzte nicht oder nicht ausreichend anbieten. Das Problem dabei ist jedoch, dass ein niedergelassener Arzt seit dem 1. Januar 2007 gegen eine Ermächtigung Einspruch erheben kann, wenn er nachweisen kann, dass er diese Behandlungen auch durchführen kann.

Der Gesetzgeber hat den § 116b im Jahr 2007 überarbeitet. Darin steht, dass Krankenhäuser für ambulante Leistungen bei bestimmten Erkrankungen nicht von der KV, sondern auch über die jeweiligen Sozialministerien zugelassen werden können. Wir als MHH haben eine ganze Serie von § 116b-Verträgen beantragt.

Was ist die „Integrierte Versorgung“ und welche Chancen bietet sie der MHH?

Das Konzept „Integrierte Versorgung“ bedeutet, dass die ambulante, die stationäre und die rehabilitative Versorgung von Patientinnen und Patienten besser vernetzt werden soll. Der Vorteil für uns als MHH besteht darin, dass wir für Patienten Komplettpakete schnüren können, in denen alle drei Leistungsbereiche enthalten sind. Dazu binden wir Partner ein – etwa solche, die sich um die Rehabilitation oder um die ambulante Versorgung zu Hause kümmern. Seit 2004 gibt es die Möglichkeit, mit den Krankenkassen Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) abzuschließen: Die Krankenkasse kauft ein komplettes „Produkt“ bei der MHH ein, in dem alle Leistungen abgedeckt sind.

Aber: Rechnen sich solche Komplettangebote denn für die MHH?

Ja – in einigen Fällen. Bisher ist es so, dass wir, wenn wir mehr als 100 Prozent Leistung im stationären Bereich erbringen, diese Leistung nicht bezahlt bekommen. Beim so genannten Mehrerlösausgleich für das Jahr 2006 haben die MHH-Beschäftigten beispielsweise 107 Prozent geleistet, sieben Prozent hat die MHH aber nur zum Teil bezahlt bekommen. Das entsprach sechs Millionen Euro. Bei den IV-Verträgen besteht diese Regelung nicht – dann werden alle Leistungen

bezahlt.

Worin liegen die Schwierigkeiten, die Komplettangebote aufzubauen?

An einer Behandlung sind immer mehrere Abteilungen beteiligt und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen motiviert werden, noch stärker zusammenzuarbeiten. Leicht zu motivieren sind sie, wenn sie merken, dass es einen Vorteil für die Patienten und für ihre Arbeit hat. Das ist zum Beispiel bei den Patienten so, die eine Lunge transplantiert bekommen – der „IV-Vertrag Lunge“ umfasst den kompletten Behandlungsablauf: von der Entscheidung des Patienten zur Transplantation bis zur Nachsorge. Dazu arbeiten wir mit der Reha-Klinik Fallingbostal zusammen. Vorteile für den Patienten sind: Sie haben einen Ansprechpartner, es gibt keine Informationsbrüche oder unterschiedliche Behandlungsansätze. In der MHH sind zu jeder Zeit sowohl die Pneumologen als auch die Herzchirurgen beteiligt. Die Erlöse werden, ebenso wie die Arbeit, zwischen den beteiligten Partnern geteilt. Insgesamt soll sich diese Zusammenarbeit so positiv auswirken, dass sich die Überlebensrate der Patienten verbessert und dann noch mehr Patienten kommen.

Wie findet ein Patient die Klinik, in der er am besten behandelt wird?

Es gibt keinen Wegweiser. Entweder ihm helfen Selbsthilfegruppen oder die Krankenkasse oder er macht sich selber schlau. Unser Ziel ist, dass er bei seiner Recherche merkt: Wenn ich mit meiner Krankheit in die MHH gehe, kümmern die sich um alles.

Angenommen, Sie haben drei Wünsche in Bezug auf die Gesundheitspolitik frei. Welche sind das – zum Wohle der MHH?

Gern würde ich für die MHH mehr Geld investieren – wenn es sich rechnet. Es wäre gut, nicht nur vom Investitionsbudget des Landes Niedersachsen abhängig zu sein, das im Haushaltsplan festgeschrieben ist. Zudem wünschte ich mir den freien Zugang zum ambulanten Markt für unsere Spezialdisziplinen. Und dann wäre es mir ein Anliegen, dass die sehr teuren Patienten besser finanziert werden würden – damit wir sie auch in Zukunft, ohne Defizite zu machen, behandeln können. Alle drei Wünsche zielen darauf ab, dass die Arbeit der MHH-Beschäftigten adäquat bezahlt wird – so dass wir auch in Zukunft die Mitarbeiterzahl halten können und nicht am Personal zu Lasten

GLOSSAR

BEDARFSPLANUNG

Alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen sollen ausreichend ärztlich versorgt werden können – das ist das Ziel der Bedarfsplanung. Es soll weder zu einer Über- noch zu einer Unterversorgung kommen. Den regionalen Bedarf an Vertragsärzten planen die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen. Sie halten sich dabei an die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

DIREKTVERTRAG

Einen Direktvertrag schließt ein Leistungserbringer individuell mit einer Krankenkasse. Auch Krankenhäuser können Direktverträge mit Krankenkassen abschließen – vor allem, wenn es um hoch spezialisierte ambulante Leistungen oder um die Behandlung einer seltenen Krankheit geht. Die Direktverträge ermöglichen die Versorgung der Patienten aus einer Hand.

ERMÄCHTIGUNG

Gibt es in einem Gebiet nicht genügend selbstständig tätige Vertragsärzte für bestimmte Behandlungen, können sich Krankenhausärzte dazu ermächtigen lassen, direkt mit der Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen. Dann werden sie nach den erbrachten Leistungen bezahlt und nicht pauschal – wie ein im Krankenhaus angestellter Arzt. Eine Ermächtigung wird in der Regel für zwei Jahre erteilt.

GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das Selbstverwaltungsgremium der Kassenärzte und -zahnärzte, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See. Er sorgt für die Qualitätssicherung in der ärztlichen Versorgung, kann den Katalog der Leistungen ändern, die von den Krankenkassen bezahlt werden, und setzt die Richtlinien für die Bedarfsplanung fest.

Neues Leben, lückenlose Versorgung

Lungentransplantierte MHH-Patienten leben länger als im internationalen Vergleich – die Integrierte Patientenversorgung soll dieses Ergebnis weiter verbessern

Harald Böning erfuhr vom Weltruf des MHH-Zentrums für Lungentransplantation, als klar wurde, dass er eine neue Lunge braucht. Der 44-Jährige aus Rastede litt an einem Lungenemphysem, einer krankhaften Überblähung der Lunge, Ursache war ein angeborener Enzym-Defekt. Dabei werden die Lungenbläschen irreparabel zerstört. Harald Böning hatte ständig Atemnot, er konnte ohne Sauerstoffgerät nicht mehr leben. Ein daran befestigter, 15 Meter langer Schlauch erlaubte ihm, sich innerhalb seiner eigenen vier Wände zu bewegen. Nach intensiven Voruntersuchungen und reiflicher Überlegung ließ er sich Anfang Juli 2007 auf die Warteliste zur Lungenverpflanzung in Hannover aufnehmen: „Hier überleben 42 Prozent der Patienten mit einer neuen Lunge das kritische Stadium von zehn Jahren – im internationalen Vergleich sind es nur 26 Prozent“, sagt Professor Dr. Tobias Welte, Leiter der MHH-Klinik für Pneumologie. Diese Spitzenwerte kommen nicht von ungefähr: Grundlage dafür bildet die hervorragende Zusammenarbeit der MHH-Kliniken für Herz-, Thorax-, Transplantations- und Gefäßchirurgie (HTTG) und Pneumologie.

Harald Böning genießt hier als einer der ersten Patienten die Vorteile der so genannten Integrierten Patientenversor-



gung: MHH-Spezialisten beider Kliniken gewährleisten eine lückenlose Versorgungskette zu den MHH-Ambulanzen, den niedergelassenen Lungenfachärzten und dem MHH-Vertragspartner, der Rehaklinik Fallingbostel – von der Anfrage zur Transplantation bis zur Nach-

sorge. „Versicherte der AOK und der Techniker Krankenkasse kommen ohne Überweisungsschein in unsere Spezialambulanzen, weil wir mit diesen Vertragspartnern spezielle Verträge zur Integrierten Patientenversorgung abgeschlossen haben“, sagt Dr. Jens Gottlieb,



**Neue Lunge,
neues Leben:
Harald Böning vor
MHH-Station 12,
wo er nach der
Transplantation
drei Wochen lang
versorgt wurde.**

nen und Kosten“, unterstreicht Professor Dr. Axel Haverich, Leiter der HTTG-Chirurgie.

Die Verständigung zwischen Mitarbeitern des Zentrums für Lungentransplantation, niedergelassenen Kollegen und der Rehaklinik funktioniert über das Telefon, Daten werden per E-Mail ausgetauscht. Außerdem bietet die MHH einen besonderen, unentgeltlichen Service an: Montags bis freitags stehen drei MHH-Ärzte – Dr. Markus Berkefeld, Dr. Thomas Fühner und Dr. Claudia de Wall – von 14 bis 16 Uhr für Patienten unter der Hotline-Nummer (0511) 532-4105 für Probleme transplanteder Patienten zur Verfügung. Darüber hinaus sind die diensthabenden Ärzte der Kliniken bei Notfällen rund um die Uhr erreichbar.

Bis Ende dieses Jahres will das MHH-Zentrum für Lungentransplantation eine über das Internet zugängliche Patientenakte einführen: Dann haben die außerhalb der MHH behandelnden Ärzte jederzeit Zugriff auf die aktuellen Daten ihrer Patienten, Röntgen- und Ultraschallbilder. Weiterhin vorgesehen sind Schulungstermine für niedergelassene Fachärzte, die ab dem kommenden Jahr beginnen sollen. „Sie sollen zweimal pro Jahr in der MHH stattfinden“, sagt Dr. André Simon, Bereichsleiter für thorakale Organtransplantationen der HTTG-Chirurgie.

Harald Böning ist mit der Behandlung in der MHH sehr zufrieden. Nach der Transplantation am 26. Juli 2007 verbrachte er drei Wochen auf Station 12. Danach kam er in die Rehaklinik Fallingbostal. Seit Anfang September ist er wieder zuhause bei seiner Familie. Momentan kommt er einmal die Woche zur Kontrolluntersuchung in die pneumologische Ambulanz: Dort wird unter anderem der Sauerstoffgehalt im Blut überprüft, die Lungenfunktion getestet, seine Lunge geröntgt. Anschließend erfolgt das Gespräch mit dem Arzt: Dort erfährt er, ob er die Medikamentendosierung ändern muss oder ob anschließend eine Bronchioskopie erforderlich ist. „Mir geht es gut. Die Ärzte haben mir ein neues Leben geschenkt“, sagt der Bürokaufmann.

GLOSSAR

INTEGRIERTE VERSORGUNG

Die Integrierte Versorgung vereint ambulante, stationäre und rehabilitative Leistungen. So versorgen Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte und Rehabilitationseinrichtungen – vertraglich vereinbart – die Patienten Hand in Hand. Dadurch verkürzen sich Liegezeiten in Krankenhäusern und Wartezeiten zwischen verschiedenen Behandlungsabschnitten.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG

Die Kassenärztliche Vereinigung sorgt für die ärztliche Versorgung aller Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen. Sie vertritt zudem die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen und gewährleistet den Krankenkassen, dass die Abrechnungen der Ärzte formal richtig und wirtschaftlich einwandfrei sind. Jeder Arzt mit einer kassenärztlichen Zulassung ist automatisch Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung seiner Region. Die regionalen Vereinigungen sind auf Bundesebene in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammengeschlossen. Sie übernimmt übergeordnete und delegierende Aufgaben.

LEISTUNGSERBRINGER

Leistungserbringer sind alle Personen und Körperschaften, die direkten Kontakt mit den Patienten haben und für sie eine Leistung erbringen. Unter anderem sind das Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser und ambulante Dienste.

MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM

Die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sind eine Weiterentwicklung der Gemeinschaftspraxis. Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen schließen sich darin gemeinsam mit anderen Leistungserbringern, wie zum Beispiel Ergotherapeuten, zusammen. Ziel ist – ähnlich wie bei der Integrierten Versorgung – den Patienten „aus einer Hand“ versorgen zu können.

verantwortlicher Oberarzt für Lungentransplantation der Abteilung Pneumologie. Weitere Vorteile für die Patienten sind dabei, dass sie schneller, effektiver und unbürokratischer behandelt werden. Außerdem vermeiden wir durch die enge Verzahnung Komplikatio-

ina

Kleine OPs im großen Stil

MHH-Ärzte können in einem speziell dafür eingerichteten Zentrum ambulant operieren

Überwiegend sind es „kleine Eingriffe“, die die Ärztinnen und Ärzte zusammen mit den Schwestern im ambulanten OP-Zentrum der MHH durchführen. Beispielsweise helfen sie bei einem krankhaft eingeengten Nerv in der Hand oder sie entfernen Metalle – etwa Schrauben oder Nägel – die von einem vorherigen Eingriff stammen. Dafür melden Mitarbeiter verschiedener Abteilungen ihre Patientinnen und Patienten im OP-Zentrum an – in der Regel am Vortag der Operation bis zwölf Uhr mittags. Es sind hauptsächlich Ärzte der Kliniken für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Herz-, Thorax-, Transplantations- und Gefäßchirurgie sowie der Unfallchirurgie, die in einem der zwei Säle wochentags in der Zeit von 7.45 bis 15.45 Uhr behandeln. Darüber hinaus arbeiten hier Mediziner der Kliniken für Hämatologie, Hämostaseologie und Onkologie; Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Kommen die Patienten, können sie sich in Kabinen umkleiden, ihre Garderobe und Wertgegenstände einschließen und sich in einem weiteren großen, hellen Raum mit vier Spezialstühlen und mehreren Betten aufhalten. Jeder der sechs Plätze ist mit Überwachungsgeräten und Monitoren ausgestattet – um etwa Druck und Sauerstoffgehalt des Patientenblutes zu überprüfen. Die Meisten brauchen hier bloß eine örtliche Betäubung, nur etwa ein Drittel der Patienten bekommt eine Vollnarkose.

„Zu den geplanten Operationen kommt eine täglich wechselnde Anzahl an Notfällen hinzu – etwa Kreissägenverletzungen an der Hand oder ein Herzschrittmacher, der unverzüglich eingesetzt werden muss“, erklärt Schwester Therese Kuiper. Sie ist eine der fünf Krankenschwestern des Pflorgeteams, das Holger Loos leitet. Die Beschäftigten sind ausgebildete OP- oder Anästhesieschwestern, aber hier übernehmen sie gleichberechtigt alle Aufgaben: die Assistenz bei der Narkose und das Instrumentieren sowie die gesamte Betreuung der Patienten vor, während und nach der Operation. Weiterhin zählen zu ihren Ar-



Das Pflorgeteam: Birgit Homann, Holger Loos, Therese Kuiper, Karin Pallushek, Hülya Aral und Semra Matur (Bild oben, von links).

beiten organisatorische und logistische Tätigkeiten.

Nach der Operation kommen die Behandelten zurück in den Aufwachraum – bis die Betäubung vorbei und der Arztbrief geschrieben ist. Zeitschriften, Getränke und Kekse verkürzen die Zeit. „In der Regel können wir die Patienten schnell wieder nach Hause entlassen – durchschnittlich eine Stunde nach dem Eingriff“, sagt Dr. Kai Hendrik Busch, ärztlicher Leiter des Zentrums. Das ambulante OP-Zentrum befindet sich in der HO-Ebene des Polikliniken-Gebäudes K1, zwischen der unfallchirurgischen Poliklinik und der Zentralen Notaufnahme, und wurde am 1. Januar 2006 eröffnet.

„Ein Vorteil einer ambulanten Operation in der MHH ist, dass jederzeit eine sta-

Im OP: Semra Matur, Hülya Aral, Dr. Kai Busch (Bild unten, von links).



GLOSSAR

STRUKTURIERTE BEHANDLUNGSPROGRAMME

Strukturierte Behandlungsprogramme sollen dafür sorgen, dass sich Leistungserbringer besser miteinander abstimmen und sich somit die Versorgung chronisch Kranker verbessert. Ziel ist es, dass deren Lebensqualität so weit wie möglich erhalten bleibt. Krankenhäuser können im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen ambulante Leistungen anbieten.

VERTRAGSARZT

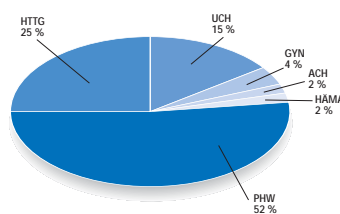
Ein Vertragsarzt ist durch die Kassenärztliche Vereinigung zugelassen, Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen zu behandeln. Er arbeitet selbstständig und rechnet direkt mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab. Die Zulassung zum Vertragsarzt kann erhalten, wer eine abgeschlossene Facharztausbildung vorweisen kann. Entsprechend der Bedarfsplanung wird nur eine bestimmte Anzahl an Vertragsärzten für jede Region zugelassen.

WAHLTARIF

Die gesetzlichen Krankenkassen müssen ihren Versicherten Wahltarife in der Integrierten Versorgung, der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, der strukturierten Behandlungsprogramme, der Modellvorhaben und der hausarztzentrierten Versorgung anbieten. Damit soll sich der Wettbewerb unter den Krankenkassen erhöhen. Die Versicherten können sich somit für die passende Krankenkasse und den individuell am besten passenden Tarif entscheiden. Die Krankenkassen können ihre Tarife mit Zuzahlungsnachlässen und Prämien verbinden.



tionäre Aufnahme möglich ist. Aber das ist nur rund zwei Mal pro Jahr der Fall", sagt Dr. Busch, der auch leitender Oberarzt der MHH-Abteilung PHW-Chirurgie ist. Für die Abteilungen lohne es sich finanziell, hier zu operieren – insofern, als dass im Zentral-OP sehr viel Technik und Personal zur Verfügung stehe – und beides für kleinere Operationen nicht in dem Maße nötig sei. Sein Traum ist eine bessere Auslastung des Zentrums und ein dritter OP-Saal, wenn in den Jahren 2008 und 2009 die Notfallambulanz aufgestockt wird. „Dann wird unser Fernziel 5.000 bis 6.000 ambulante Eingriffe sein. Aber wenn es 2.500 sind, bin ich schon sehr zufrieden“, sagt Dr. Busch. Im Jahr 2006 fanden hier ab April 570 OPs statt. Im ersten Halbjahr 2007 sind es bereits 606 operative Eingriffe. **bb**



Im ambulanten OP-Zentrum: Prozentuale Verteilung der Operationen im ersten Halbjahr 2007

PHW = Klinik für Plastische-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
 HTTG = Klinik für Herz-, Thorax-, Transplantations- und Gefäßchirurgie
 UCH = Klinik für Unfallchirurgie
 GYN = Zentrum für Gynäkologie
 ACH = Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie
 HÄMA = Klinik für Hämatologie, Hämostaseologie und Onkologie

„Schneller Weg“ zur Genesung

Chirurgen der MHH-Kinderklinik erproben deutschlandweit als Einzige umfassend das „Fast Track“-Konzept. Es steht für eine verbesserte Schmerztherapie, frühe Nahrungsaufnahme und rasches Mobilisieren des Patienten.

Nein, Jonas Ridder hatte noch nie von „Fast Track“ gehört, bevor der 8-Jährige das Behandlungskonzept am eigenen Leib erfahren durfte. Anfang September 2007 wurde dem hannoverschen Schüler in der Kinderklinik der Blinddarm entfernt. „Die typische Verweildauer für eine solche Operation liegt bei einer Woche“, sagt Professor Dr. Benno Ure, Leiter der MHH-Klinik für Kinderchirurgie. Doch Jonas ging bereits drei Tage später wieder in die Schule – dank „Fast Track“.

„Fast Track“ heißt wörtlich übersetzt „schneller Weg“. „Es ist eine Methode, die für die Patienten möglichst schonend sein soll“, erklärt Professor Ure. Die „Fast-Track-Philosophie“ beruht auf drei Säulen: einer verbesserten Schmerztherapie, früher Nahrungsaufnahme und frühem Mobilisieren der Patienten. Chirurgen, Anästhesisten und Pflegepersonal sorgen dafür, dass der Organismus des Patienten so wenig wie möglich aus dem Gleichgewicht gerät. Die Anästhesisten verabreichen den Patienten während und nach der Narkose zusätzliche Schmerzmittel. Das ist wichtig, damit die Kinder schnell auf die Beine kommen. Dabei ist besonders das Pflegepersonal gefragt – sowohl bei der Mobilisation als auch bei der Dokumentation. Während der OP verzichten die Chirurgen wenn möglich auf Drainagen, Katheter und Schläuche, um das Infektionsrisiko zu verringern. Außerdem operieren sie, soweit dies möglich ist, mit Hilfe der minimal invasiven Methode. Das Konzept stammt von dem dänischen Chirurgen Professor Dr. Henrik Kehlet. Er erprobte „Fast Track“ an älteren erwachsenen Patienten und führte an ihnen größere Darmoperationen durch: Statt zwei

bis drei Wochen Krankenhausaufenthalt konnten sie nach wenigen Tagen entlassen werden.

Diese Studien-Ergebnisse beeindruckten Professor Ure und brachten ihn ins Grübeln. Wenn „Fast Track“ bei älteren Menschen so gut funktionierte, warum nicht auch bei Kindern? Er nahm die Herausforderung an. Im Jahr 2004 führten die Beschäftigten seiner Klinik unter der Federführung der Ärzte Dr. Marc Reismann und Dr. Jens Dingemann die erste Studie zu diesem Thema durch: 113 Patienten wurden im Laufe eines Jahres operiert, zunächst nur Kinder, bei denen folgende Operationen anstanden: Richten von Harnröhrenfehlbildungen, Entfernung des Blinddarms, Rückverlagern eines künstlichen Darmausgangs, Nierenentfernung, Erstellen einer Nierenbeckenplastik oder Fundoplikatio: Eine Operationsmethode, bei der eine Art Manschette zwischen Speiseröhrenaussgang und Eingang zum Magen gelegt wird. Sie dient dazu, den Rückfluss vom Magensaft in die Speiseröhre zu verhindern.

Die Ergebnisse waren so viel versprechend, dass die Chirurgen für die nächste Studie, die im Jahr 2006 begann, sämtliche operativen Eingriffe bei Patienten berücksichtigten und damit erstmals in einer deutschen Kinderklinik ein umfassendes „Fast-Track“-Konzept für Kinder erarbeiteten. Eine Ausnahme bildeten dabei Frühgeborene vor der 35. Woche, Kinder die jünger als vier Wochen waren und Patienten mit schwerwiegenden Grunderkrankungen wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Schwäche.

Das bisherige Fazit: „Es ist überwältigend, wie zufrieden die Patienten mit der



Im OP: MHH-Kinderchirurgie-Team während eines Eingriffs.

Behandlung waren“, sagt Professor Ure. Das bestätigt auch Susanne Ridder, Mutter des achtjährigen Jonas. Nun steht der Kinderklinik eine neue Herausforderung ins Haus: die wissenschaftliche Erkenntnisse von „Fast Track“ flächendeckend in den klinischen Alltag umzusetzen. Hoffentlich auf einem „schnellen Weg“. **ina**



Neues MVZ für Nieren- und Hochdruckkrankheiten

Auf dem MHH-Gelände gibt es ein neues Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ): das KfH Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation. Es befindet sich im Gebäude K 25, neben der Mensa am Stadtfelddamm. Drei Fachärzte behandeln unter der medizinischen Leitung von Dr. Martin Ellmann Patienten mit

Nieren- und Hochdruckerkrankungen. Die Ärzte nutzen bei Bedarf die spezialisierten Einrichtungen der MHH. „Durch die Kooperation mit der MHH ist die Betreuung der Patienten durch das gleiche Behandlungsteam gewährleistet“, erklärt Professor Dr. Hermann Haller, Leiter der Abteilung Nephrologie an der MHH

und geschäftsführender Leiter des KfH-MVZ.

Am 15. September 2007 luden die Mitarbeiter des neuen KfH zu einem Informationstag ein. Es gab unter anderem Vorträge über Nieren- und Hochdruckkrankheiten, einen Bluthochdruck-Check und Ernährungsberatung. **mh**