Pulsschlag

Informationszeitschrift der Main-Kinzig-Kliniken gGmbH
Kreiskrankenhäuser Gelnhausen, Bad Soden-Salmünster, Schlüchtern
Ausgabe 12 · Juni 2000 · Jahrgang 4

Hygiene: Von einer Idee zur Institution

Porträt: Dr. Susanne Markwort

Die Baustellen: Ein Überblick

2000

In dieser Ausgabe:

Brand im Haus A
Dank an die MitarbeiterInnen 2

Aus der Geschäftsleitung
Gesundheitsreform 2000
Von Dieter Bartsch 3

Aus der Pflege
Bei uns liegen Sie richtig
Intensivpflege in Schlüchtern 4

Eine Abteilung stellt sich vor
Patientenservice in Gelnhausen
Ein Team für alle Fälle 5

Psychiatrie in Schlüchtern
Tagesklinik seit 3. April geöffnet . . 6, 7

Der Betriebsrat informiert
Über Tarifverhandlungen, Arbeitsversäumnisse und Eingruppierungen. . . 8

Personalentwicklung
Der Examensstress ist vorbei
Die Neuen sind da 9

Aus der Medizin
Notizen für die Behandlung
eines kleinen Kindes 10, 11

Krankenhaushygiene
Aus der Arbeitsgruppe
Von einer Idee zur Institution 12

Leute von heute
Dr. Susanne Markwort,
neue Chefärztin der Psychiatrie . . . 13

Das aktuelle Thema
DRG - Das neue Vergütungssystem . 14

Jubiläen
Dank an die MitarbeiterInnen
für langjährige Zugehörigkeit 15

Auszahlung
Der Euro kommt !
Umstellung erfolgt 2002 16

Rätselseite
Wer errät das Kinderfoto ? 17

Unsere Baustellen
Erhard Hartmann gibt
einen Überblick 18, 19

Redaktionsschluß:
Redaktionsschluß für die nächste Ausgabe des Pulsschlag ist Dienstag, 8. August 2000. Bis zu diesem Tag können Texte und Bilder bei einem der Redaktionsmitarbeiter abgegeben oder an die Redaktionsadresse gesandt werden.

Liebe Leserin, lieber Leser

Die Ausgaben des Pulsschlag im Jahre 2000 zeigen auf dem jeweiligen Titelbild die Säuglingszimmer der drei Krankenhäuser. Dazu passt in dieser Ausgabe auch der Beitrag aus der Medizin. Hier geht es um ein kleines Baby, das vor einigen Jahren noch keine Überlebenschance gehabt hätte. Der medizinische Fortschritt hat gerade im Bereich der Frühgeburten große Fortschritte gemacht. Der Bericht von Dr. Martin Wald auf den Seiten 10 und 11 gibt Ihnen einen Einblick in die tägliche Arbeit einer Kinderstation. Gleichzeitig werden medizinische Begriffe zu diesem Thema erklärt.
Aber nicht nur die Medizin hat sich weiterentwickelt. Das Gesundheitswesen allgemein ist in einem ständigen Wandel. Im Moment müssen wir uns mit einem neuen Abrechnungssystem beschäftigen. Schon mal etwas von „DRG" gehört ? Nein ? Das ist keine neue Boygroup, das ist die Abkürzung für ein Fallpauschalensystem, das sich in der einen oder anderen Form in anderen Ländern bereits bewährt hat. Was es damit auf sich hat und was es für die MitarbeiterInnen bedeutet, lesen Sie auf Seite 14.
Viel Spaß beim Lesen des neuen Pulsschlag. Und vergessen Sie nicht, dem Redaktionsteam die eine oder andere Anregung zu geben.

Ihr Waldemar Gärtner

In Schlüchtern: Cafeteria in neuem Glanz

„Das habt Ihr aber gut gemacht", wird man sagen, wenn man sich die neu gestaltete Cafeteria in Schlüchtern ansieht. Optisch sehr ansprechend, hell und freundlich. Stores an den Fenstern. Gute Raumaufteilung des Mobiliars. Interessante Deckenbeleuchtung. Hier waren Leute mit Geschmack tätig, die noch dazu ein Auge fürs Detail hatten. Und das alles in sehr kurzer Zeit, mit begrenzten finanziellen Mitteln. Dass so etwas nur mit kräftiger Unterstützung durch das Personal des Krankenhauses möglich ist, viel Engagement und eine gute Bauleitung voraussetzt, wird auch einem Außenstehenden schnell klar. Alle, die bei der Planung und Ausführung der Umbaumaßnahmen beteiligt waren, können stolz sein auf das, was sie geschaffen haben.

Nie waren sie so wertvoll wie heute

Früher hat es sie im Gesundheitswesen nicht gegeben. Heute sind sie daraus nicht mehr wegzudenken. Wohl dem, der einen hat.
In Zukunft werden wir die Spezies hier und da schmerzlich vermissen. Solange sie da sind, bemerkt sie kaum jemand; aber wehe, wenn sie fehlen.
Die Rede ist von unseren Zivildienstleistenden. Die jungen Männer sind mittlerweile in allen Bereichen des Gesundheitswesen tätig. Und nicht nur als Unterstützung für die anderen MitarbeiterInnen. Oftmals sind ganze Abteilungen und Stationen ohne Zivis nicht mehr aufrechtzuhalten.
Ausgerechnet jetzt fällt es unserer Regierung ein, dass die Zivildienstzeit nochmals gekürzt wird. Aber nicht nur das. Gleichzeitig werden auch Tausende von Zivildienststellen bundesweit gestrichen.
Erst jetzt wird vielen bewusst, was Sie eigentlich die ganze Zeit über gar nicht so recht zu schätzen wussten.
Wir haben einen Zivi in unserer Abteilung! Schön und gut! Den Zivi gibt es nicht mehr! Das tut weh!!!

Brand im Gebäude A

Durch die schnelle Reaktion der MitarbeiterInnen der Unfallchirurgie und der technischen Abteilung konnte bei einem Brand Mitte Mai in der Besuchertoilette im Aufenthaltsbereich des 3. Stockwerks im Gebäude A größerer Schaden verhindert werden. Klaus Weigelt von der Pflegedienstleitung und Erhard Hartmann, verantwortlich für die Arbeitssicherheit, konnten sich deshalb bei den MitarbeiterInnen herzlich bedanken. Sie hatten durch ihren vorbildlichen Einsatz Schlimmeres verhindert.
Da es sich beim Brand in der Toilette höchstwahrscheinlich um Brandstiftung handelt, werden alle MitarbeiterInnen gebeten, besonders aufmerksam und wachsam zu sein und insbesondere auf Geruchsentwicklungen zu achten. Ferner sollten Personen, die sich auffällig benehmen, angesprochen werden, um von ihnen die Gründe für die Präsenz am Aufenthaltsort zu erfahren. Geschäftsführer Dieter Bartsch betonte, dass in den nächsten Wochen in vielen Bereichen Schulungen der MitarbeiterInnen durchgeführt werden, um sie noch weiter für solche Vorfälle zu sensibilisieren. „Im Falle des Brandes im Gebäude A ist das Verhalten vorbildlich gewesen", so Bartsch.

Gesundheitsreform 2000

Der Wettbewerb wird über die Qualität der Leistung bei möglichst geringen Kosten entschieden

Von Dieter Bartsch, Geschäftsführer

Gesundheitsreform 2000
Die seit dem 1. Januar geltende Gesundheitsreform 2000 ist in erster Linie ein Kostendämpfungsgesetz - erneut muss man sagen. Die Politik sieht als oberstes Primat die Beitragssatzstabilität an. Sie schreibt bundesweit vor, dass die Budgetsteigerung maximal bei 1,43 Prozent liegen darf. Sollten die Personalkostensteigerungen nach BAT oberhalb der 1,43 Prozent liegen, so wird im darauf folgenden Pflegesatzzeitraum dieser Unterschiedsbetrag zu einem Drittel ausgeglichen, allerdings nur dann, wenn dies erforderlich ist, um den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Hier liegt eindeutig die Beweislast auf der Seite der Krankenhäuser. Der große Nachteil: Es dürfte meist sehr schwer sein, dies zu beweisen und damit den Ausgleich zu bekommen.

Der Gesetzgeber geht in seinem Reformgesetz davon aus, dass sich das Angebot im Gesundheitswesen seine eigene Nachfrage nach Leistungen schafft beziehungsweise stark beeinflusst. Darüber hinaus nimmt er an, dass es Rationalisierungsreserven im System gibt. Diese beiden Gründe haben ihn veranlasst, nach Wegen zu suchen, wie die Kapazitäten im Bereich der niedergelassenen Ärzte und in Krankenhäusern reduziert werden können und wie Rationalisierungspotenziale erschlossen werden können. Im Zuge der Gesundheitsreform 2000 zeigen sich dabei drei Instrumente, mit denen diese Reduzierung der Angebotskapazitäten erreicht werden soll:

- Eingriff in die Krankenhausplanung unter Mitwirkung der Krankenkassen
- Ersatz von stationären durch ambulante Leistungen
- Erheblicher Rationalisierungsdruck durch Einführung eines umfassenden neuen Vergütungssystems ab 2003

Derzeit wird in Hessen die Fortschreibung des Krankenhausplanes mit dem Ziel des Abbaus von Planbetten abgeschlossen. Auch in den Main-Kinzig-Kliniken werden insgesamt 46 Planbetten abgebaut. Gleichzeitig aber erhalten wir im Zuge einer Weiterentwicklung unserer Leistungen eine neue Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Außerdem wird ein geriatrischer Schwerpunkt eingerichtet.

Das Reformgesetz 2000 sieht vor, den bestehenden Katalog für ambulantes Operieren durch die Verbände der Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft deutlich erweitern zu lassen. Der Vorrang der ambulanten Durchführung einer Leistung wird zum Zwang. Nur in Ausnahmefällen und bei entsprechender Begründung und Genehmigung darf eine in diesem Katalog enthaltene Maßnahme stationär durchgeführt werden. Wird sie ohne Begründung dennoch stationär durchgeführt, erhält das Krankenhaus nur die Vergütung für die ambulante Leistungsform. Diese Verschärfung wird uns als Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit Sicherheit negativ berühren, weil stationäre Leistungen durch weitere ambulante Leistungen substituiert werden.

Pauschaliertes Entgeltsystem (DRG)
Ab 1. Januar 2003 gilt verbindlich für alle Krankenhäuser ein neues pauschaliertes Entgeltsystem. Es orientiert sich an den sogenannten DRGs (Diagnoses related groups).

Eine weitere Änderung für den stationären Bereich ist der Einstieg im Bereich der Integrationsversorgung. Hier geht es um die Vernetzung zwischen ambulantem Bereich, stationärer Reha usw. Dabei soll es zu speziellen vertraglichen Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungsanbietern kommen, die außerhalb der heute bestehenden Budgets vorgesehen sind. Allerdings soll es dafür nicht zusätzlich Mittel geben. Die Politik hat vorgegeben, dass die Mittel für diese Versorgungsform aus den bisherigen Budgets herauszunehmen sind. Sicherlich werden in den nächsten Jahren regionale, sektorübergreifende Versorgungsnetzwerke entstehen, die abgestimmte Behandlungspfade und die Vermeidung von Doppeluntersuchungen gewährleisten sollen. Das Gesundheitsreformgesetz 2000 sieht ferner eine deutliche Ausdehnung im Bereich des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern vor. Dies beinhaltet die Teilnahme an heute schon bestehenden Qualitätssicherungsmaßnahmen der Fachverbände und der speziell dafür eingerichteten Institutionen. Bei festgestellten Qualitätsmängeln sind Abschläge der Vergütung vorgesehen. Es zeichnet sich darüber hinaus ab, dass aus der Vielfalt der verschiedenen Qualitätsverfahren eines für die Krankenhäuser in den nächsten Jahren Bedeutung erhalten wird. Es handelt sich dabei um das Verfahren KTQ, das heißt Kooperation zur Transparenz von Qualität in Krankenhäusern. Dieses KTQ-Verfahren läuft zur Zeit im Probelauf und wird ab 2001 bundesweit zur Selbstbewertung und ab 2002 zur Fremdbewertung eingesetzt. Prüfer gehen durch die Krankenhäuser, um nach einem bestimmten Katalog die Krankenhäuser zu prüfen. Am Ende steht eine Zertifizierung, die im Wettbewerb und für die internen Prozesse hohe Bedeutung hat.

Zwei Krankenhausstudien
Parallel zur Gesundheitsreform 2000 sind zwei Studien auf dem Markt, die die Zukunft der Krankenhäuser beschreiben. Die eine Studie heißt „Krankenhaus 2000". Sie geht davon aus, dass die Entwicklung eines Krankenhauses sehr stark von der Altersstruktur des Einzugsbereichs abhängt. Entsprechend dieser Studie sollen die Behandlungsschwerpunkte eines Krankenhauses also primär aus der Bevölkerungsentwicklung abgeleitet werden.

Nach dieser Studie liegen bei älteren Patienten die höchsten Wachstumspotenziale, während Häuser der Maximalversorgung mit hoher Spezialisierung vor allem auch jüngere Patienten behandeln. Diese Gruppe wächst natürlich nicht in dem Maße wie die Gruppe der älteren Patienten.

Eine zweite Studie kommt von der Firma Arthur Anderson. Sie geht davon aus, dass sich bis zum Jahr 2015 die Anzahl der Krankenhäuser um 25 Prozent reduziert. Die Studie spricht von einem freien Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt, der zum Kampf um den Kunden (Patienten und einweisende Ärzte) wird. Die Krankenhäuser, die „schlechtere Leistungen" erbringen, werden zwangsläufig zu Verlierern. Die Studie schreibt, dass die Infrastruktur bezüglich der Gebäudetechnik und der EDV ein wichtiger Wettbewerbsfaktor ist, der gemeinsam mit einer medizinisch pflegerischen Prozeßorganisation die existenzielle Sicherung eines Krankenhauses wesentlich bestimmt. Gerade öffentlich-rechtliche Häuser hätten diesbezüglich großen Nachholbedarf.

Welche Rückschlüsse sind zu ziehen?
Langfristig wird es sicher für kein Krankenhaus und auch für keine Abteilung aus der Vergangenheit abgeleitete Bestandsgarantie geben. Mit der Gründung unserer gGmbH haben wir sicher schon einen erheblichen Schritt getan, um die zukünftigen Herausforderungen von der Struktur her zu leisten. Die wohnortnahen Kreiskrankenhäuser mit ihren Angeboten der Grundversorgung und mit ausgewählten Schwerpunkten bieten ebenfalls gute Ansatzpunkte für die Zukunft.

Eindeutig lässt sich sagen, dass der zukünftige Wettbewerb vornehmlich über die Qualität der Leistung und über die dazugehörigen Kosten entschieden wird.

Intensivpflege im Kreiskrankenhaus Schlüchtern

Bei uns liegen Sie richtig!

Es ist Samstagabend. Krimizeit im Fernsehen. Gerade wird es spannend, denn der Hauptbelastungszeuge, der mit schweren Schussverletzungen im Krankenhaus liegt, soll ermordet werden. Der beauftragte Killer kann ohne Probleme unbemerkt zu ihm vordringen, denn sein Opfer, schwerstkrank, umgeben von allerlei lebenserhaltenden Geräten und künstlich beatmet, liegt völlig unbeobachtet in einem Einzelzimmer. Er wird den wehrlosen Kranken ersticken, indem er ihm ein Kissen auf das Gesicht drückt.
Spätestens jetzt wird jeder, der auf einer Intensivstation arbeitet und sich diesen Krimi anschaut, laut schreiend das heimische Wohnzimmer verlassen, denn der Patient wird über ein Tracheostoma, also einen Luftröhrenschnitt, künstlich beatmet. In diesem Fall ist es völlig unmöglich, jemanden auf die gezeigte Art und Weise ins Jenseits zu befördern. Das ist jedoch für den Krimifortgang weniger störend. Der „Erstickte" stirbt sofort, und natürlich entkommt der Mörder ungesehen, denn augenscheinlich ist in diesem Krankenhaus kein aus dem Zimmer führendes Alarmsystem installiert. Die Schwestern erreichen den Patienten erst, als alles zu spät ist.

Nach so einem Fernsehabend fragt man sich natürlich, was für ein Bild sich die Öffentlichkeit über die Arbeit auf einer Intensivstation macht. Die klischeehafte Vorstellung eines den Geräten und Maschinen hilflos ausgelieferten Patienten scheint verbreitet zu sein. Dieses Bild zurechtzurücken und deutlich zu machen, dass trotz der Technik unverändert der Mensch im Mittelpunkt steht, ist auch eine der Aufgaben der Intensivpflege im Kreiskrankenhaus Schlüchtern. Wir in Schlüchtern haben, was für ein Haus unserer Größe die Ausnahme ist, zwei getrennte Intensivstationen.
Die Gruppe 2 im 1. Stock betreut die internistischen PatientInnen, im 2. Stock werden die intensivpflichtigen PatientInnen der Chirurgie und der Belegabteilung versorgt.
In Schlüchtern hat, um beim Fernsehkrimi zu bleiben, ein Mörder keine Chance, unbemerkt auf die Station zu gelangen. Die meiste Zeit verbringen die Pflegekräfte nämlich beim Patienten. Ob es die Hilfe bei den alltäglichen Dingen wie Körperpflege, Essen oder Aufstehen ist, ob es das Erfassen von Blutdruck, Puls und sonstigen Werten oder die umfangreiche Überwachung und Bedienung der technischen Geräte ist, fast alles spielt sich im Zimmer beim Patienten ab.
Die sogenannte Bereichspflege mit einer fest eingeteilten Pflegekraft als Bezugsperson lässt einen engen Kontakt zum Patienten und seinen Angehörigen wachsen. So können ihre Ängste und Unsicherheiten vor einer Intensivstation abgebaut und die Sicherheit vermittelt werden, hier gut aufgehoben und versorgt zu sein.

Auf der Gruppe 2 werden in vier Zweibettzimmern Patienten mit schweren internistischen Erkrankungen wie zum Beispiel Herzinfarkte, sonstige Herz-Kreislaufstörungen, schwere Lungenfunktionsstörungen oder andere lebensbedrohliche Erkrankungen behandelt. Alle Bettplätze sind mit einer umfangreichen Monitorüberwachung ausgestattet, hier können neben dem Puls und Blutdruck eine Vielzahl von Werten wie etwa die Körpertemperatur, der Venendruck oder die Blutsauerstoffsättigung ermittelt werden. Es stehen zwei Beatmungsgeräte zur Verfügung. Die Beatmungsstunden sind in den letzten Jahren beträchtlich in die Höhe gegangen.
Auf der chirurgischen Intensivstation gibt es für die vier Betten nur einen Patientenraum, der immer einsehbar ist. Auch hier sorgt ein Monitorsystem für die Rundumüberwachung der PatientInnen. Es steht ein Beatmungsgerät zur Verfügung. Behandelt werden auf der Station PatientInnen nach größeren orthopädischen Operationen (z. B. Hüft- und Knie-Endoprothesen) nach Magen- oder Darmoperationen, nach Verkehrsunfällen oder mit Schädel-Hirn-Traumen; vereinzelt auch PatientInnen der Belegabteilungen Urologie, Gynäkologie oder Neurochirurgie.

Die zwei getrennten Intensivstationen im Schlüchterner Krankenhaus werden jedoch bald der Vergangenheit angehören, denn derzeit entstehen im Anbau des Krankenhauses die Räumlichkeiten für eine interdisziplinäre Intensivstation. Die MitarbeiterInnen werden hier voraussichtlich Ende nächsten Jahres einziehen und dann ein gemeinsames Team bilden. Bei allen Unterschieden im Patientengut oder bei Therapien, viele Dinge verbinden uns schon jetzt. So müssen die Pflegekräfte auf beiden Stationen die Balance zwischen den stetig steigenden Anforderungen im Umgang mit immer weiterentwickelten technischen Geräten und den traditionellen pflegerischen Aufgaben halten.
Das rechtzeitige Erkennen von drohenden Komplikationen, die Betreuung von Schwerstkranken, das schnelle Reagieren in lebensbedrohlichen Situationen für PatientenInnen sind eine ständige Herausforderung.
Allerdings ist dies nur eine Seite der Intensivpflege, denn wir bewegen uns nicht ständig in den Grenzbereichen zwischen Leben und Tod. Im Gegenteil ! Die meisten PatientenInnen verlassen das Krankenhaus „fast gesund" und haben sich sehr wohl gefühlt.
Und auch lachen und scherzen mit PatientenInnen oder KollegInnen kann man auf einer Intensivstation. Mit einem fröhlichen Umgangston fällt sowohl das Gesundwerden als auch das Arbeiten leichter. Denn so hilfreich die Technik in der Intensivmedizin ist, sie kann ohne die dazugehörende Menschlichkeit nicht allein für die Gesundung und das Wohlbefinden der PatientenInnen sorgen.

Andrea Leipold

Neben der Maschine kommt es in der Intensivpflege auch auf die Menschlichkeit an. Die MitarbeiterInnen in der Intensivpflege im Kreiskrankenhaus Schlüchtern stellen sich dieser Aufgabe.

Patientenservice Gelnhausen:

Ein Team für alle Fälle: Existenzsicherndes „Rädchen" einer großen Maschinerie

Betritt man die Empfangshalle der Main- Kinzig-Klinken in Gelnhausen, erkennt man auf den ersten Blick, dass sich in den letzen drei Jahren einiges an Umbauaktivitäten auch im Bereich des Patientenservice getan hat.
Die „Männer an der Front", so genannte Empfangsassistenten, sitzen nicht mehr in einer gläsernen Pförtnerkabine, ihr Arbeitsplatz hat sich zu einer besucherfreundlichen Empfangsloge gemausert. Auch das Aufgabengebiet der „Pförtner" hat sich wesentlich verändert.
Aus dem „Telefonmann" an der Pforte ist heute ein „Allrounder" an der Empfangszentrale geworden.
Besucher erhalten detaillierte Auskünfte über Fachabteilungen oder über die Zimmernummern der PatientInnen. Aber nicht nur dies: Hilfestellungen bei der Bedienung der Telefonchipkarten-Automaten werden geleistet, die Eingangs- und Ausgangspost wird täglich sortiert. Auch der Bargeldverkehr gehört heute zu den alltäglichen Aufgaben des Empfangsassistenten.

PatientenInnen werden mittels Notaufnahmeprogramm in die Computerdatei aufgenommen – hin und wieder muss auch eine „kurze Diagnose" gestellt werden. Flexibilität und Ideenreichtum sind auf diesem Arbeitsplatz eine wichtige Grundvoraussetzung.

Der Patientenservice ist im Erdgeschoss des Kreiskrankenhauses angesiedelt und für PatientInnen, Angehörige und das Klinikpersonal als zentrale Anlaufstelle gut erreichbar.
Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft gegenüber den PatientenInnen ist für die Mitarbeiter selbstverständlich.
Auch wenn sich PatientInnen in der Türe geirrt haben – die Damen in der Patientenaufnahme helfen gerne weiter.
Rund 15.000 Patientenaufnahmeanträge werden in der Aufnahme jährlich bearbeitet. Eingabe der Patientendaten, Klärung der Versicherungsverhältnisse, die Aufforderung von Vorauszahlungen sowie die Eingabe von Diagnosen (ICD) und OP-Schlüssel (OPS/IKPM) sind nur ein kleines Spektrum der anfallenden Arbeiten, um eine Kostengenehmigung von der jeweiligen Krankenkasse zu erhalten.

Von der gläsernen Pförtnerloge zur Empfangszentrale: Der Eingangsbereich bietet ein imponierendes Bild

Der Fortschritt hat auch in der Kasse Einzug gehalten. Mittels EC-Karte können Vorauszahlungen für Ein- und Zweibettzimmer sowie Zuzahlungen zum Krankenhausaufenthalt geleistet werden. Ausgabe von privaten Arzneimittelbestellungen und der Verkauf von Telefon-Chipkarten für Wahlleistungspatienten sind in der Kasse angesiedelt.

„Existenzsichernd" ist für die Klinik der Bereich Patientenmanagement. Hier werden für die Krankenhäuser in Gelnhausen und in Bad Soden-Salmünster 95 Prozent der Einnahmen erzielt. Vor Erstellung einer Krankenhausrechnung muss die Kostenzusage mit den Krankenkassen abgeklärt werden. Detektivarbeit ist bei PatientenInnen gefragt, die keinen Krankenversichertenschutz bei einer Kasse nachweisen können.

Wurden noch vor einigen Jahren die Erlöse über einen tagesgleichen Pflegesatz ermittelt, so ist die heutige Abrechnung mit den Kostenträgern weitaus diffiziler. Basis- und Abteilungspflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte, vor- beziehungsweise nachstationäre Behandlungen sind die Schlagwörter einer heutigen Krankenhausabrechnung. Datenträgeraustausch mit der AOK Hessen, die Bearbeitung von Anfragen durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen – das Aufgabengebiet ist umfangreich und vielfältig.

Nach Zahlungseingang durch die Kostenträger werden die Erlöse für die Krankenhäuser Gelnhausen und Bad Soden-Salmünster in der Debitorenbuchhaltung verbucht und an das Zentrale Rechnungswesen (ZRW) weitergeleitet. Leider wird die Zahlungsmoral einiger Kassen und PatientInnen immer schlechter. Das Mahnbeziehungsweise Zwangsvollstreckungsverfahren ist heute zum festen Bestandteil der täglichen Arbeit geworden.

Im Archiv, der wichtigen „Bibliothek" für unser Pflegepersonal, Ambulanzen und Ärzte, werden durch konventionelle Archivierung circa fünf Jahrgänge an Krankheitsberichten der PatientInnen vorgehalten.
Drei Jahrgänge befinden sich neuerdings im „Kellerarchiv" und sechs Jahrgänge sind auf Mikrofilm abgespeichert.
Leider herrscht im Archiv ständiger Platzmangel, so dass 20 Jahrgänge ausgelagert werden mussten.
Ein weiteres Problem sind die fast schon zum Standard gewordenen Anfragen des medizinischen Dienstes, von niedergelassenen Ärzten, Rechtsanwälten und Gerichten.

Wettbewerbsfähigkeit – das Schlagwort in unserer Medienlandschaft – macht auch vor den Türen des Patientenservice nicht Halt.
Ambulantes Operieren – ein weiteres Standbein des Krankenhauses – bedeutet für den ambulanten Patientenservice die Abrechnung aller erbrachten ambulanten Leistungen gegenüber den Kostenträgern. Hier werden jährlich circa 5000 Patientendaten erfasst und die dazugehörigen Rechnungen erstellt.

Gerade die vielfältigen Aufgabengebiete motivieren die MitarbeiterInnen des Patientenservice weiterhin, den PatientInnen und BesucherInnen der Main-Kinzig-Kliniken den bestmöglichsten Service zu bieten.

Die MitarbeiterInnen des Patientenservice

Andreas Schaffrath

Psychiatrie in Schlüchtern

Tagesklinik mit 18 Plätzen eröffnet Erfahrenes, multiprofessionelles Team

In dem ehemaligen „Ärztehaus" in Schlüchtern hat die Psychiatrische Tagesklinik im Kreiskrankenhaus Schlüchtern seit dem 3. April 2000 ihre Pforten geöffnet. Bei der offiziellen Übergabe der Tagesklinik durch die Schlüsselübergabe von Kreisgesundheitsdezernent Günter Frenz (Foto rechts) hob Geschäftsführer Dieter Bartsch hervor, dass dieser erste Schritt eine wichtige Entscheidung zur Fortentwicklung des Standortes Schlüchtern darstelle.

Frenz und Bartsch bedankten sich bei allen MitarbeiterInnen für ihr überdurchschnittliches Engagement: „Damit haben sie maßgeblich zum Erfolg der Main-Kinzig-Kliniken beigetragen", so Frenz und Bartsch.

In der Tagesklinik stehen 18 Plätze zur Verfügung. Insgesamt sollen 121 Planbetten in der Psychiatrie in Schlüchtern entstehen.

Die ärztliche Leitung hat die Chefärztin Dr. med. Susanne Markwort, Ärztin für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie.

In der Tagesklinik arbeitet ein erfahrenes, multiprofessionelles Team. Es setzt sich wie folgt zusammen: (Foto unten von links nach rechts) Waldemar Lenhardt (Facharzt für Psychiatrie), Marion Kunze (Krankenschwester), Andrea Gärtner-Müller (Erzieherin), Kirstin Weigand (Dipl. Psychologin), Ursula Hansel (Ergotherapeutin), Elvira Bechthold (TK-Organisatorin), Angelica Epperlein (Vertreterin von Elvira Bechthold), Harald Kunz-Mrosek (Fachpfleger), Norbert Müller-Opp (Krankenpfleger) und Rüdiger Teetz (Sozialarbeiter).
Das Team wird extern supervidiert.

Angelica Epperlein

Kreisgesundheitsdezernent Günter Frenz übergibt zur Eröffnung der Tagesklinik symbolisch einen Schlüssel

Das Team der Tagesklinik

Pflegesatzverhandlungen 2000

Die Pflegesatzverhandlungen begannen am 30. Mai 2000 für die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Hier ging es um die Finanzierung einer neuen Klinik mit circa 50 Arbeitsplätzen und mehreren hunderttausend Mark Sachkosten. Der Kernbereich der anderen Kliniken wird erst nach den Sommerferien im Detail verhandelt.

Psychiatrie in Schlüchtern

Therapieziele ergeben sich aus der individuellen Situation des Patienten

Das Konzept
Die Tagesklinik bietet Hilfe bei psychischen Erkrankungen und in Krisensituationen. In der allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik werden Erwachsene mit Psychosen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, neurotischen Erkrankungen und in reaktiven Krisensituationen behandelt.
Als teilstationäre Einrichtung bietet die Tagesklinik psychisch Kranken eine ganztägige Behandlung an fünf Tagen in der Woche an. Den Abend, die Nacht und das Wochenende verbringen die Patienten in ihrer gewohnten Umgebung. Soziale Kontakte und Beziehungen können so erhalten werden.

Der Behandlungsansatz eignet sich
- für psychisch Kranke, die keiner vollstationären Behandlung mehr bedürfen, psychisch aber noch nicht so stabil sind, dass ambulante Maßnahmen ausreichen.
- als Krisenintervention zur Vermeidung einer vollstationären Aufnahme.
- für psychisch Kranke, bei denen eine ambulante Behandlung nicht ausreicht, aber eine vollstationäre nicht erforderlich ist.
- für Erkrankungen, die zur Chronifizierung neigen.

Eine Aufnahme ist nicht möglich, wenn das Krankheitsbild eine spezielle Behandlung erfordert, die im Rahmen einer allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik nicht geleistet werden kann. Dies ist bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung, bei primären Suchterkrankungen, bei schweren kognitiven Einschränkungen und bei Demenz der Fall.

Ziele der Behandlung
Die Therapieziele ergeben sich aus der individuellen Situation der PatientInnen. Sie werden detailiert besprochen und abgestimmt. Neben Symptomreduktion und Beschwerdelinderung wird die Fähigkeit angestrebt, das eigene Leben selbstbestimmt – mit so wenig wie möglich, aber so viel wie nötig ambulanter Unterstützung – zu gestalten und zu bewältigen.

Mögliche Behandlungsziele können sein:
- Stärkung des Selbstwertgefühls
- Förderung der Krankheitsverarbeitung
- Verbesserung der Problemlösefähigkeit und der Konfliktbewältigung
- Erhöhung der lebenspraktischen und der sozialen Kompetenzen
- Adäquate medikamentöse Einstellung im Hinblick auf soziale und berufliche Belastungen
- Förderung von gesunden und erhaltenen Eigenschaften und Fertigkeiten
- Erarbeitung von Perspektiven
- Stufenweise Reintegration in den Beruf und das soziale Umfeld
- Verbesserung der Lebensqualität

Das Angebot
Der Behandlungsansatz umfasst ein breites Spektrum verschiedener Methoden und Verfahren und orientiert sich an der besonderen und individuellen Situation des einzelnen Patienten. Die Sichtweise ist ganzheitlich. Es werden psychische, somatische und soziale Einflussfaktoren berücksichtigt.

Das therapeutische Angebot besteht aus:
- Psychotherapie in Gruppen und in der Einzelbehandlung
- Soziales Kompetenz- und Problemlösetraining
- Kognitives Training
- Medikamentöse Therapie
- Entspannung, Bewegung, Sport
- Soziotherapie
- Ergotherapie und Arbeitstherapie
- Lebenspraktisches Training
- Außenaktivitäten
- Gespräche mit Angehörigen
- Treffen mit Ehemaligen

Regionale Vernetzung
Die Tagesklinik arbeitet eng mit den niedergelassenen Ärzten, dem sozialpsychiatrischen Dienst und den verschiedenen psychosozialen Einrichtungen zusammen. Es besteht ein enger Kontakt zu den Kontakt- und Beratungsstellen, den Tages- und Begegnungsstätten und den Bereichen „Wohnen und Arbeiten für psychisch Kranke."
Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie möchte gemeinsam an einer flächendeckenden, wohnortnahen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung mitwirken.

Versorgungsgebiet
Die Tagesklinik ist für die teilstationäre psychiatrische Versorgung der Bewohner des Altkreises Schlüchtern und der westlich angrenzenden Kommunen Birstein, Brachttal, Wächtersbach, Bad Orb, Jossgrund und Flörsbachtal zuständig. PatientInnen aus anderen Städten und Gemeinden können aufgenommen werden, wenn freie Plätze zur Verfügung stehen.

Zuweisung und Kostenträger
Die Aufnahme erfolgt nach Überweisung durch niedergelassene Ärzte oder durch Verlegung aus dem vollstationären Bereich der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Anmeldung erfolgt telefonisch. Vor einer Aufnahme wird ein Vorgespräch mit zwei Mitarbeitern der Tagesklinik zum gegenseitigen Kennenlernen durchgeführt. Probetage sind nicht vorgesehen. In der Regel sind die Krankenkassen die Kostenträger.

Öffnungszeiten:

Mo., Di.	8.00 – 16.30 Uhr
Mi.	8.00 – 18.00 Uhr
Do.	8.00 – 15.00 Uhr
Fr.	8.00 – 15.30 Uhr
Telefon und Fax:	
0 66 61 / 81-4 80	0 66 61 / 81-3 89

Angelika Epperlein

Krankenschwester/Krankenpfleger: Bin ich richtig eingruppiert?

Die Eingruppierung der Angestellten in der Krankenpflege und Altenpflege sowie in der Geburtshilfe erfolgt nach dem Tarifvertag Kr.
Die wesentlichen Eingruppierungsrichtlinien von Vergütungsgruppe Kr. I – Kr. XIII sind:

Vergütungsgruppe Kr. I
- PflegehelferInnen (SchwesternhelferInnenkurs)

Vergütungsgruppe Kr. II
- KrankenpflegehelferInnen mit mindestens einjähriger Ausbildung
- PflegehelferInnen nach dreijähriger Bewährung in Kr. I

Vergütungsgruppe Kr. III
- KrankenpflegehelferInnen mit mindestens einjähriger Ausbildung, die in Einheiten der Intensivmedizin, OP, Anästhesie und Ambulanz tätig sind
- KrankenpflegehelferInnen nach zweijähriger Tätigkeit in der Vergütungsgruppe Kr. II

Vergütungsgruppe Kr. IV
- Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Tätigkeit direkt nach dem Examen
- KrankenpflegehelferInnen nach vier Jahren Tätigkeit in der Vergütungsgruppe Kr. III
- Hebammen mit entsprechender Tätigkeit

Vergütungsgruppe Kr. V
- Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Tätigkeit nach zwei Jahren in Vergütungsgruppe Kr. IV
- Krankenschwester/-pfleger (auch direkt nach dem Examen) in Endoskopien, in Ambulanzen, im OP, in Anästhesiediensten und in Intensiveinheiten
- Krankenschwestern/-pfleger in psychiatrischen und neurologischen Krankenhäusern
- Hebammen nach einem Jahr in der Vergütungsgruppe Kr. IV

Vergütungsgruppe Kr. Va
- Krankenschwestern/-pfleger, die durch ausdrückliche Anordnung als ständige VertreterIn von Gruppenschwestern/-pfleger der Vergütungsgruppe Kr. VI bestellt sind
- Krankenschwestern/-pfleger nach vierjähriger Bewährung in der Vergütungsgruppe Kr. V, frühestens jedoch nach sechsjähriger Berufstätigkeit
- Hebammen nach vierjähriger Bewährung in der Vergütungsgruppe Kr. V, frühestens jedoch sechs Jahre nach Erlangung der staatlichen Erlaubnis

Vergütungsgruppe Kr. VI
- Krankenschwestern/-pfleger in besonderen Behandlungs- und Untersuchungsräumen der Endoskopie, wenn mindestens vier Pflegepersonen durch ausdrückliche Anordnung unterstellt sind
- Krankenschwestern/-pfleger in Ambulanzen, denen mindestens sechs Pflegepersonen ständig unterstellt sind
- Krankenschwestern/-pfleger im OP, in Anästhesie- und Intensivdiensten, Fachweiterbildung in der Psychiatrie nach erfolgreicher abgeschlossener Weiterbildung
- Krankenschwestern/-pfleger in Zentralsterilisationen mit acht unterstellten Arbeitnehmern
- Krankenschwestern/-pfleger als Gruppenleitung, denen mindestens fünf Pflegepersonen durch ausdrückliche Anordnung ständig unterstellt sind

Vergütungsgruppe Kr. VII
- Krankenschwestern/-pfleger, die dem Operations- oder Anästhesiedienst vorstehen und denen mindestens zehn Pflegepersonen durch ausdrückliche Anordnung ständig unterstellt sind
- Krankenschwestern/-pfleger, die einer Einheit für Intensivmedizin vorstehen und denen mindestens 12 Pflegepersonen durch ausdrückliche Anordnung ständig unterstellt sind
- Krankenschwestern/-pfleger als Stations- oder Gruppenschwestern/-pfleger, denen mindestens 12 Pflegepersonen durch ausdrückliche Anordnung ständig unterstellt sind
- Krankenschwestern/-pfleger, denen mehrere Stationen, Pflegegruppen oder abgegrenzte Funktionsbereiche mit insgesamt mindestens 24 Pflegepersonen durch ausdrückliche Anordnung unterstellt sind
- Krankenschwestern/-pfleger, die durch ausdrückliche Anordnung als ständige VertreterInnen von Krankenschwestern/-pfleger der Vergütungsgruppe Kr.VIII bestellt sind.
- Krankenschwestern/-pfleger mit mindestens einjähriger erfolgreich abgeschlossener Fachausbildung an Schulen für Unterrichtsschwestern/-pfleger, die als Unterrichtsschwestern/-pfleger an Krankenpflegeschulen oder Schulen für Krankenpflegehilfe tätig sind

Vergütungsgruppe Kr. VIII
- Krankenschwestern/-pfleger, die dem Operationsdienst oder Anästhesiedienst vorstehen und denen mindestens 20 Pflegepersonen durch ausdrückliche Anordnung ständig unterstellt sind.
- Krankenschwestern/pfleger mit mindestens einjähriger erfolgreich abgeschlossener Fachausbildung an Schulen für Unterrichtsschwestern/pfleger, die als leitende Unterrichtsschwestern/pfleger an Krankenpflegeschulen oder Schulen für Krankenpflegehilfe mit durchschnittlich mindestens 40 Lehrgangsteilnehmern tätig sind.

Vergütungsgruppe Kr. IX
- Krankenschwestern/-pfleger mit mindestens einjähriger erfolgreich abgeschlossener Fachausbildung an Schulen für Unterrichtsschwestern/-pfleger, die als leitende Unterrichtsschwestern/-pfleger an Krankenpflegeschulen oder Schulen für Krankenpflegehilfe mit durchschnittlich mindestens 80 Lehrgangsteilnehmern tätig sind

Haben Sie weitere Fragen, so rufen Sie den Betriebsrat unter der Telefonnummer (0 60 51/ 87-22 52) an. **Erhard Möller**

Tarifrunde 2000 gescheitert

Der laufende Tarifvertrag wurde zum 31. März 2000 gekündigt. Die Forderungen der ÖTV lagen bei 5 Prozent mehr Lohn und Gehalt und Angliederung der Gehälter im Osten an das Westniveau.
Die Forderungen der Arbeitgeber lauten: Tariferhöhung im Rahmen des Inflationsausgleiches in Höhe von 0,6 Prozent für das Jahr 2000 und Absenkung der Leistungen der Zusatzversorgungskasse.
Diese Tarifverhandlungen brachten keine Einigung. Es wurde die Schlichtungskommission vereinbart. Diese hat am 25. Mai 2000 unter Leitung des stimmberechtigten unparteiischen Vorsitzenden Dr. Heinrich Lehmann-Grube folgende Einigungsempfehlung gegeben:

1. Die Grundvergütungen, Tabellenlöhne, Sozial- und Ortszuschläge der Angestellten- und Arbeiter sowie die Ausbildungsvergütungen und Entgelte werden nach der bisherigen Berechnungsweise ab 1. April 2000 um 1,8 Prozent und ab dem 1. April 2001 um weitere 2,2 Prozent erhöht.
2. Die Laufzeit dauert bis 31. März 2002.
3. Die Zuwendungen (Weihnachtsgeld) bleiben bis 31.März 2002 eingefroren.
4. Der Bemessungssatz für das Tarifgebiet Ost wird von derzeit 86,5 Prozent in drei Schritten bis zum Jahre 2002 auf 90 Prozent angehoben.
5. In der Zusatzversorgung bleiben die Versorgungsrenten der Rentner in der sich am 31. März 2000 ergebenden Höhe bis zum 31. März 2003 unverändert. Die Tarifparteien haben vereinbart, unverzüglich nach den Tarifverhandlungen weitere Verhandlungen aufzunehmen. Ziel ist, bei Vermeidung von Umlagesatzerhöhung die dauerhafte Finanzierbarkeit der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes sicherzustellen.
6. Teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die versicherungspflichtig sind, werden unter den Voraussetzungen des Altersteilzeitgesetzes entsprechend einer abgesenkten Arbeitszeit in den Tarifvertrag Altersteilzeit einbezogen.

Die Tarifverhandlungen wurden am 30. Mai 2000 fortgesetzt.
Die Arbeitgeber schlugen als Einigungsvorschlag den Schlichtervorschlag vor. Die große Tarifkommission der ÖTV u. DAG lehnten mit 75 zu 50 beziehungsweise 18 zu 5 Stimmen den Schlichtungsvorschlag ab.
Das endgültige Ergebnis der Tarifrunde lag bei Redaktionsschluß noch nicht vor.

Erhard Möller

Examen erfolgreich absolviert

Zehn Schülerinnen und vier Schüler der Krankenpflege sowie eine Schülerin der Kinderkrankenpflege konnten am 15. März 2000 aufatmen. Sie haben an diesem Tag ihre staatliche Prüfung in der Krankenpflegeschule der Main-Kinzig-Kliniken bestanden. Es sind dies Nancy Blankenburg (aus Bad Salzungen), Andrea Creß (Steinau), Peggy Fiedler (Herolz), Nicole Hartmann (Sterbfritz), Kathrin Kietzmann (Bad Salzungen), Sebastian Klaus (Ammern), Sabrina Lang (Hintersteinau), Jens Müller (Weyhers), Sandra Muth (Schlüchtern), Natalie Pissarek (Schlüchtern), Katrin Sippel (Sinntal-Sterbfritz), Marko Stütz (Großenlüder-Bimbach), Marko Volkmar (Borsch), Sabine Weiß (Immelborn) und Beate Schneider (Büdingen).

Die praktische Ausbildung umfasste alle Bereiche des Schlüchterner Krankenhauses, wo ihnen Praxisanleiter und Mentoren zur Seite standen, wie auch Einsätze in den umliegenden Sozialstationen und in der Psychiatrie in Fulda.

Das theoretische Wissen wurde den ExamenskandidatenInnen in Schlüchtern und Gelnhausen von Fachdozenten, Ärzten und LehrerInnen für Pflegeberufe vermittelt.

Zum Erlangen der Berufsbezeichnung „Krankenschwester/Krankenpfleger" gehören vier schriftliche Arbeiten, zwei Tage in der Praxis und die mündliche Prüfung in vier Fächern.
Der Prüfungsausschuss setzte sich zusammen aus Bernhard Schnabel, als stellvertretender Vorsitzender aus dem Regierungspräsidium in Darmstadt, der Schulleitung Gudrun Miksch, den LehrerInnen für Pflegeberufe Ina Pauli, Gerti Brünn-Betz, Carola Maier-Katins, Annett Seegebrecht, Thomas Hilfenhaus, Werner Billinger-Salathè und den Ärzten Prof. von Lilienfeld-Toal, Dr. Christoph Wartenberg, Miriam Bolender sowie Martin Langer. Der Erste Kreisbeigeordnete des Main-Kinzig-Kreises und Krankenhausdezernent Günther Frenz beglückwünschte die Prüflinge zu ihrem bestandenem Examen und überreichte den drei Klassenbesten einen Buchgutschein.
Am 1. April 2000 haben zehn der Prüflinge als examinierte Pflegepersonen im Pflegedienst der Main-Kinzig-Kliniken ihre Tätigkeit aufgenommen.

Gudrun Miksch

Die Neuen sind da

Im April hat in den Main-Kinzig-Kliniken ein neuer Kurs in der Krankenpflegeschule beziehungsweise in der Kinderkrankenpflegeschule begonnen. Folgende SchülerInnen nehmen an diesem Kurs teil: Albrecht Bartelt (Schlüchtern), Christina Bernt (Sinntal), Sabine Blos (Gelnhausen), Anne Grünen (Gelnhausen), Maria Grunow (Wechselburg), Katrin Helfrich (Gründau), Manuela Höhn (Wächtersbach), Julia Kahlig (Brachttal), Jessica Klug (Sinntal), Shirley Kotte (Bad Soden-Salmünster), Sabrina Kraut (Bad Orb), Diana Möller (Schlüchtern), Renata Pohl (Schlüchtern), Sandy Primas (Flörsbachtal), Vanessa Pückler (Gelnhausen), Sven Rehm (Bad Soden-Salmünster), Dorothee Runkel (Hasselroth), Helene Schneider (Nieder-Moos), Verena Schultheiß (Steinau), Tanja Wolferz (Gelnhausen).

NEO-Alltag

Wie die Bemühungen um ein „Frühgeborenes" zum Erfolg führen

25. April. 2000.
Morgenbesprechung in der Kinderklinik nach Ostern. Nach reichlich Arbeit über die Feiertage entsteht die allseitige Hoffnung auf eine ruhigere Woche. Dieser Wunsch wird jedoch rasch im Keim erstickt: Eine Schwangere in der beginnenden 28. Schwangerschaftswoche ist in der geburtshilflichen Klinik aufgenommen worden; wegen drohenden Platzens der Fruchtblase ist eine Verlegung in eine Uniklinik nicht mehr möglich. Alle wissen: es kommt viel Arbeit auf uns zu. Mittags dann zunächst vorläufige Entwarnung. Zumindest die sogenannte Lungenreife kann noch durchgeführt werden.

Was ist eigentlich Lungenreife?
Lungenreife ist das Verabreichen eines Cortisonpräparates an die Mutter. Führt zur (vorzeitigen) Reifung der kindlichen Lunge. Ein Hauptproblem sehr kleiner Frühgeborener ist die fehlende Funktionsfähigkeit der Lunge, was zum Teil zu langdauernder künstlicher Beatmung führt.

Christof im Inkubator

26. April 2000
Es wird ernst. Um 16.30 Uhr Kaiserschnitt. Nun muss alles zügig, aber mit Ruhe vorangehen. Zunächst gründliches, aber sanftes Abtrocknen und Einschlagen in warme Tücher, auf keinen Fall soll es zu einer Unterkühlung kommen, was dazu führt, dass in der Regel alle Beteiligten (aus verschiedenen Gründen) ins Schwitzen geraten. Die eigenen Lebensgeister des Kindes sind dann aber doch noch recht schwach entwickelt, so dass es zunächst mit einer Maske und nach der Intubation mit einer Beatmungsmaschine beatmet wird. Vorher wurde noch überschüssiges Fruchtwasser abgesaugt. Noch im Kreißsaal zeigt sich Blutarmut und ein tiefer Blutdruck. Deswegen wird sofort Blut gegeben. Schließlich wird noch ein Nabelarterienkatheter gelegt, um ständiges Stechen für Blutentnahmen zu verhindern. Und ab geht es per Transportinkubator auf Station.

Ach ja: Christof (Name wurde geändert) heißt er und wiegt 1195 Gramm bei einer Länge von stolzen 41 Zentimetern.

Begrüßung auf Station. Christof wird vorsichtig in einen für ihn bestimmten Inkubator gelegt, gewogen und die Beatmungsmaschine auf seine Bedürfnisse eingestellt. Dann wird er „verkabelt"; die Überwachungsgeräte der Sauerstoffsättigung im Blut, des Blutdrucks, der Herzfrequenz sowie der auf der Haut gemessenen O_2- und CO_2-Werte werden angeschlossen.
Schließlich wird er noch geröntgt und Surfactant über den Tubus gegeben. Dann ist aber erst einmal Ruhe angesagt. Auch wenn das alles sehr technisch klingt und bei näherer Betrachtung auch so aussieht („wo ist denn da das Kind?"), stellen die meisten dieser beschriebenen Maßnahmen das „minimal handling" dar.

Was ist eigentlich minimal handling?
Minimal handling ist der möglichst schonende Umgang mit Frühgeborenen, das heißt möglichst wenige schmerzhafte Prozeduren und Abstimmung der pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten auf den Rhythmus des Kindes.

Surfactant: Körpereigene, in der Lunge gebildete Substanz, die für die Entfaltung der Lunge und damit für ihre einwandfreie Funktion unabdingbar wichtig ist. Fehlt Frühgeborenen, ist deshalb seit einigen Jahren als Medikament erhältlich und wird über den Beatmungstubus direkt in die Lunge gegeben.

Der Bedarf an Beatmung ist für ein solch kleines Kind erfreulich gering und auch sonst erfreut Christof Schwestern und Ärzte durch Verzicht auf die solchen „Frühchen" oft eigenen Eskapaden. Abends gibt es dann die ersten 0,5 Gramm Nahrung per Sonde. Daneben beginnt die „Routine" mit regelmäßigem Lagern, Absaugen und Tätigkeiten der Überwachung.

Neben alldem müssen natürlich die Eltern vorsichtig mit der für sie neuen und auch beängstigenden Situation vertraut gemacht werden. Einerseits ist die Geburt zu diesem Zeitpunkt überraschend und unerwartet, zum anderen ist das Kind sehr klein, wirkt „zerbrechlich" und schließlich wirkt die technische Umgebung einer Intensivstation auf Eltern im Allgemeinen zunächst einmal furchteinflößend.

27. April 2000
Christof ist „stabil", verträgt die ihm gegebene Nahrung und beginnt, selbst mitzuatmen. Jetzt ist Fingerspitzengefühl gefragt. Die Unterstützung durch die Beatmungsmaschine ist langsam zu reduzieren, so dass er möglichst ungestört mitatmen kann. Im Gegensatz zu Erwachsenen werden Frühgeborene während der Beatmung in der Regel nicht sediert.
Der nächste Programmpunkt dieses Tages ist das Legen eines zentralvenösen Katheters. Dies ist ein haarfeines, spagettiähnliches Gebilde (wird deswegen auch „Spagetti" genannt), das durch eine kleine Braunüle hindurchgeschoben wird. Damit ist eine ergänzende parenterale Ernährung möglich.

Was ist eigentlich Ergänzende parenterale Ernährung ?
Kleine Frühgeborene können ihren Kalorienbedarf, der für das enorme Wachstum notwendig ist, in der Regel anfangs nicht durch Nahrung decken, weswegen eine zusätzliche Infusion mit Kohlehydraten, Fett, Eiweiß, Vitaminen und Spurenelementen benötigt wird.

28. April 2000
Christof erfreut alle mit ungebremster Vitalität. Lediglich das Absaugen durch den Beatmungstubus missfällt ihm, ansonsten verträgt er grammweise die Nahrung und atmet zunehmend selbst mit. Somit lassen

wir ihn, soweit es geht, einfach in Ruhe. Auch die Mutter fasst, nachdem sie sich Schritt für Schritt an diese ungewohnte Situation gewöhnt hat, Zutrauen und nimmt den von allen Beteiligten verbreiteten Optimismus auf. Im Laufe dieses Tages reift der Entschluss, ihn möglichst bald zu extubieren.

29. April 2000
Der Nachtdienst berichtet, dass keinerlei Probleme bestehen. Auch die Prozeduren der Versorgung werden gut überstanden; damit ist es dann soweit: der Beatmungstubus wird gezogen. Bei einem so kleinen Kind ist das immer eine spannende Sache, aber auch hier zeigt Christof mit einem ersten Schrei, dass der vielleicht noch vorhandene letzte Zweifel unbegründet ist. Um ihn etwas zu unterstützen, bekommt er einen CPAP.

Was ist eigentlich CPAP?
CPAP bedeutet „continuous positive airways pressure". Ein komplizierter Begriff für eine einfache Sache: Über einen Tubus, der nur in der Nase liegt, wird kontinuierlich ein sanfter Luftstrom in Richtung Lunge geblasen, dies verhindert einen Kollaps der Lunge und vereinfacht es einem kleinen Kind, selbst zu atmen.

Nach einigen Stunden passiert das Erwartete: Die ersten „Apnoen" treten auf. Damit war zu rechnen, weswegen sofort mit einer Behandlung mit Coffein begonnen wird. Trotzdem ist es jetzt ein wenig schwieriger. Einige Atempausen erfordern eine Stimulation durch eine Schwester, dann ist auch häufiger der Tubus des CPAP verstopft, so dass diese Situation durch ein häufiges „Auf und Ab" geprägt ist. Das in diesem Fall Entscheidende ist die „Begleitung" des Kindes durch eine erfahrene Schwester, die verhindert, dass es zu kritischen Situationen kommt.

Was ist eigentlich Apnoe ?
Apnoe ist eine Atempause von mehr als 15 bis 20 Sekunden Dauer, häufig begleitet von einem Abfall der Sauerstoffsättigung des Blutes und der Herzfrequenz. Apnoen sind ein bei Frühgeborenen häufiges Phänomen; das Atemzentrum des Gehirns ist einfach noch nicht ausgereift, so dass das Atmen schlicht „vergessen" wird. Die Behandlung kann mit Coffein erfolgen; dies steigert den eigenen Atemantrieb.

30. April 2000
Nun kommen sie doch, die kleinen Eskapaden! Christof muss häufig durch Absaugen von zähem Schleim befreit werden, die Atmung ist etwas erschwert und der Sauerstoffbedarf im Inkubator steigt etwas. Ein Röntgenbild zeigt die Ursache: es sind geringe Zeichen einer sogenannten „Bronchopulmonalen Dysplasie" entstanden.

Was ist eigentlich Bronchopulmonale Dysplasie ?
Dies ist eine Lungenerkrankung von Frühgeborenen, die zu einer variablen Dyspnoe und zu Sauerstoffbedarf führt. Kann in ihrem Schweregrad sehr unterschiedlich sein und resultiert aus spontanen oder durch die mechanische Beatmung bedingten Umbauvorgängen des noch unreifen Lungengerüstes.

Parallel dazu wird auch die Nahrung etwas schlechter vertragen, sichtbar ist dies an Magenresten und einem leichten „Blähbauch". Nun muss stundenweise entschieden werden, ob ein CPAP gebraucht wird und wie viel Nahrung gegeben werden kann. Damit verbunden ist häufig die Veränderung der Menge und der Zusammensetzung der Infusion. Insgesamt bedeutet dies viel Arbeit, die aber notwendig ist, um den Belangen Christofs gerecht zu werden. Ein Schlüssel zum Erfolg ist in solchen Situationen das Reagieren auf kleinste Veränderungen, um nicht rasch vor großen Problemen zu stehen.

1. bis 4. Mai 2000
Die nächsten Tage sind von einer langsamen, gleichmäßigen Aufwärtsbewegung gekennzeichnet: Die Nahrungsmengen steigen auf immerhin sieben Gramm pro Mahlzeit und Christof erreicht damit fast schon wieder sein Geburtsgewicht, nachdem er vorher – wie gewünscht – einige Gramm an Gewicht verloren hat. Auch die Lunge macht keine großen Sorgen. Zwischendurch bekommt er noch etwas Phototherapie, weil er einen sogenannten Ikterus entwickelt.

Was ist eigentlich Ikterus neonatorum?
Ein Ikterus neonatorum ist eine Neugeborenengelbsucht. Die „Gelbsucht" Neugeborener entsteht in der Hauptsache durch den anfangs beschleunigten Abbau von Erythrozyten, die in sogenanntes Bilirubin umgewandelt werden. Bis auf wenige Ausnahmen ist dies ein harmloser Vorgang, der bei Frühgeborenen häufig stärker ausgeprägt ist. Nur in exzessiv hoher Konzentration ist das Bilirubin schädlich für das Gehirn des Kindes. Die Routinebehandlung geschieht mittels Phototherapie, das heißt durch die Bestrahlung mit blauem Licht. Dadurch wird das in der Haut befindliche Bilirubin abgebaut.

5. Mai 2000
Christof ist so vital, dass er das erste Mal „känguruhen" darf. Das heißt, er darf aus dem Inkubator heraus und auf den Bauch der Mutter, so dass beide einen ersten intensiven Hautkontakt erleben. Das gefällt ihm (und der Mutter) ganz offensichtlich sehr gut. Während dieser Zeit bleibt er natürlich an seine Überwachungsgeräte angeschlossen. Viele Untersuchungen haben gezeigt, dass während solcher Phasen, trotz anfänglicher Bedenken, keine Probleme mit der Körpertemperatur oder der Sauerstoffsättigung entstehen; sogar beatmete Kinder werden heute teilweise so behandelt.

So sind erste wichtige Schritte in Richtung Selbständigkeit getan und wir blenden uns, obwohl noch viel zu berichten wäre, an dieser Stelle aus.

PS: Wussten Sie schon, dass die Arbeit mit kleinen Frühgeborenen einen Friseurtermin teilweise tagelang vereiteln kann?

Dr. Martin Wald

Das erste Bad von Christof

Es begann mit einer Arbeitsgruppe

Von einer Idee zur Institution Bundesweite Anerkennung

Wer sich mit den Aktivitäten der Arbeitsgruppe „Krankenhaushygiene Gelnhausen" befasst, stößt zwangsläufig auf den Namen der Hygienefachkraft Judit Dreisbach. Sie gehört nämlich zu deren Mitgliedern.

Die Geschichte dieser Arbeitsgruppe beginnt 1989 im Kreiskrankenhaus Gelnhausen, als die damalige Hygienefachkraft Wolfgang Dickheiwer zusammen mit anderen Verantwortlichen für die Krankenhaushygiene und Pflege die Idee verwirklichten, sich zu organisieren.

Ziel war, in einem ständigen Forum die Belange der Hygiene am Kreiskrankenhaus Gelnhausen zu fördern. Dieses Konzept hat sich in der internen Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung, den Medizinern, der Pflege, der Verwaltung und der Küche sowie mit dem Reinigungspersonal offensichtlich bewährt. Die Notwendigkeit eines optimalen Hygieneregimes ist unstrittig, und der Hygienestandard in den Main-Kinzig-Kliniken ist beispielhaft.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe gehen zwar davon aus, dass nicht alle Infektionen im Krankenhaus vermeidbar sind; es ist jedoch legitim zu fordern, dass alles unternommen werden muss, um vermeidbare Infektionen auch tatsächlich zu vermeiden.

Dieser Grundsatz gilt im gesamten Umfeld der Gesundheitsversorgung, also auch außerhalb von stationären Bereichen. Denn auch in der ambulanten Medizin, in der Pflege von Alten und Kranken sowie beim Umgang mit Lebensmitteln gibt es eine Vielzahl von Infektionsrisiken, die entsprechende Hygienemaßnahmen erfordern.

Aus dieser Erkenntnis entwickelte sich eine weitere Zielsetzung der Arbeitsgruppe: Über die Grenzen des Krankenhauses hinaus sollen das Knowhow und die praktische Hilfe zur Verfügung gestellt werden.

Mit Erweiterung des Aufgabenspektrums wurde die bisherige Bezeichnung Arbeitsgruppe „Krankenhaushygiene am Kreiskrankenhaus Gelnhausen" aufgegeben. Seit Oktober 1999 agieren die Experten für Hygiene und Pflege als eingetragener gemeinnütziger Verein unter dem Namen „Arbeitsgruppe Krankenhaushygiene Gelnhausen", für den Bürgermeister Jürgen Michaelis die Schirmherrschaft übernommen hat.

Am 4. März 2000 präsentierte sich die Gruppe mit einem „Tag der offenen Tür" der Öffentlichkeit und stellte ihr erweitertes Dienstleistungsangebot vor. In der Krämergasse 2 in Gelnhausen wird ein Büro unterhalten, das als Kontaktadresse und Beratungsstelle für alle Fragen und Probleme der Hygiene dient. Dort werden auch verschiedene Projekte und Seminare auf dem Gebiet der Kankenhaus- und Lebensmittelhygiene sowie der Pflege durchgeführt. Durch Aufklärung und Ausbildung über die Gesundheitsvorschriften und die aktuellen Forschungsergebnisse will die Gruppe dazu beitragen, dass der Wissensstand auf dem Gebiet der Hygiene erhalten beziehungsweise weiterentwickelt wird. Außerdem sollen alle, die im Gesundheitswesen und in der Lebensmittelversorgung tätig sind, ausreichend qualifiziert und motiviert werden.

Ausdruck einer gelungenen Öffentlichkeitsarbeit: die Gelnhäuser Hygienetage

Zur Gruppe gehören derzeit Martina Stehr, Wolfgang Dickheiwer, Judit Dreisbach, Ina Dachroth, Carola Maier-Katins, Kristin Fischer und Ulf Altvater. Die Mitarbeit ist ehrenamtlich, muss also neben der beruflichen Tätigkeit erbracht werden.

Unterstützt wird die Gruppe durch das Kreiskrankenhaus Gelnhausen und das Rote-Kreuz-Krankenhaus Frankfurt sowie zahlreiche weitere Institutionen und Kapazitäten aus der Medizin, der Pflege, der Rechtsprechung und der Wirtschaft.

Mit ihren vielfachen Aufgaben und Aktivitäten ist die Arbeitsgruppe sehr erfolgreich und hat sich dabei bundesweit in medizinischen und pflegerischen Fachkreisen einen guten Namen gemacht.

Besonders zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang die Vorbereitung und Durchführung der „Gelnhäuser Hygienetage", eine Fortbildungsveranstaltung im zweijährigen Rhythmus, die mittlerweile einen festen Platz im Terminkalender von Dozenten, Zuhörern und Fachausstellern hat. Sie fanden am 10. Und 11. Mai in der Stadthalle statt, übrigens zum sechsten Mal. Das Motto „Hygiene 2000". Namhafte Referenten boten rund um die Themen Krankenhaushygiene, Lebensmittelhygiene und Pflege eine Reihe von aktuellen, zukunftsweisenden und praxisnahen Beiträgen. Eine Ausstellung vermittelte einen Eindruck von der Leistungsfähigkeit der Medizintechnik und der chemischen Industrie. Aus dem ganzen Bundesgebiet waren die Teilnehmer angereist, den weitesten Weg hatten drei Schwestern einer privaten Klinik für Geburtshilfe in Flensburg.

Das Rahmenprogramm fand erstmalig in der Stadthalle statt. Der „Bunte Abend" bot mit Buffet, Tombola und Tanz den vielen Gästen Gelegenheit zum regen Gedankenaustausch, zur Entspannung und zum gegenseitigen Kennenlernen. Der Erlös der Tombola wird einem karitativen Zweck zugeführt.

Judit Dreisbach

Redaktionsschluß:
Redaktionsschluß für die nächste Ausgabe des Pulsschlag ist Dienstag, 8. August 2000. Bis zu diesem Tag können Texte und Bilder bei einem der Redaktionsmitarbeiter abgegeben oder an die Redaktionsadresse gesandt werden.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Chefärztin Dr. Susanne Markwort - Eine Frau mit Manpower

Sie heißt Dr. Susanne Markwort, ist seit 1. Januar 2000 die neue Chefärztin der Schlüchterner Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

Dr. Susanne Markwort ist 1960 in Trier geboren, aber in Hildesheim in Niedersachsen aufgewachsen. Aus der Schülerin, die zunächst die Elisabeth-Grundschule in Hildesheim besuchte, 1980 das Abitur am humanistischen Gymnasium Adreanum in Hildsheim ablegte, ist eine Studentin der Humanmedizin an der Ruhruniversität in Bochum (bis zum Physikum im Jahre 1982) geworden. In Berlin hat sie das Staatsexamen abgelegt und die Doktorarbeit geschrieben. 1990 promovierte sie mit einer tierexperiementellen Arbeit in der Neuropathologie mit summa cum laude.

Im Rahmen der Ausbildung zur Fachärztin für Neurologie stand ein Jahr lang auch die Psychiatrie auf dem Ausbildungsprogramm. „Ich hatte ein bisschen Angst davor, in die Psychiatrie zu gehen." Die Erfahrung war aber ausgesprochen positiv. So absolvierte sie auch ihre Zeit zur Anerkennung des Facharztes in der Psychiatrie, übrigens in Mannheim am Zentralinstitut für seelische Gesundheit.

Zunächst konnte sie sich nicht so recht entscheiden: Neurologie oder Psychiatrie? Dass sie sich letztlich auch für die Psychiatrie entschied, ist auf den „ganzheitlichen Ansatz" zurückzuführen. Neurobiologische Aspekte spielen eine Rolle, ebenso psychologische und soziale.

Für den Aufbau der Psychiatrie in Schlüchtern bringt sie ideale Voraussetzungen mit: Sie hat sich nicht nur am Zentralinstitut in Mannheim, sondern auch am Institut für Neuropsychopharmakologie an der FU in Berlin psychiatrisch weitergebildet,. Stationen der neurologischen Weiterbildung waren das Universitätsklinikum der FU in Steglitz, das National Hospital of Nervous Diseases in London, die Neurologische Klinik im Klinikum in Ludwigshafen und die Neurologische Klinik in Bad Aibling.

Seit 1996 ist sie Fachärztin für Neurologie und seit 1997 Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Vor allem aber war sie von 1996 bis zu ihrem Wechsel nach Schlüchtern Oberärztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Christian-Albrecht-Universität in Kiel, wo sie sich um eine gemeindenahe psychiatrische Versorgung kümmerte, das heißt vor allem um die Vernetzung mit den komplimentären psychosozialen Einrichtungen.

Dass sie sich für die Klinik in Schlüchtern beworben hat, hing auch damit zusammen, dass sie eigene, auch in der Praxis gewonnene Vorstellungen umsetzen wollte. Dazu gehört vor allem der Umgang mit den Mitarbeitern für eine patientennahe Versorgung. Die Chefärztin: „Ich hoffe, dass mein Stil der Mitarbeiterführung zu einer hohen Identifikation mit der Arbeit und damit mit der Einrichtung führt." Natürlich gibt es viele Standards, die vor Ort umgesetzt werden. „Es kommt aber auch auf den Umgang der Mitarbeiter mit den Patienten an, um zum Erfolg zu kommen", so die Philosophie der Chefärztin.

Unumwunden gibt die neue Chefärztin zu, dass es bei der Auswahl ihres neuen Arbeitsplatzes nicht unbedingt hätte Schlüchtern sein müssen, da sie hier nicht verwurzelt ist. Dr. Markwort: „Aber ein Neuanfang einer Klinik ist etwas Interessantes."

Dr. Markwort ist sich bewusst, dass „wir in Schlüchtern mit einer sehr kleinen Einheit anfangen." So wenig Betten und eine Tagesklinik sind nicht unproblematisch und für alle Beteiligte eine große Herausforderung, weil heute störungsspezifische Behandlungskonzepte für Schizophrene, für Depressive oder für Patienten mit anderen psychischen Störungen angeboten werden müssen. Und hierfür braucht man die Manpower. Die Chefärztin: „Die haben wir in Schlüchtern."

Es gibt einen Feststellungsbescheid vom Sozialministerium mit 121 Betten. Die Chefärztin: „Ich würde mich freuen, wenn wir so schnell als möglich 80 Betten und zwei Tageskliniken hätten. Damit könnte man ganz gut arbeiten. Als großen Erfolg würde sie ansehen, wenn sie in fünf Jahren kurz vor der Einweihung des Erweiterungsbaus stehen würde. Dr. Markwort: „Das wäre schön"

Wer die Chefärztin kennt, wird nicht daran zweifeln, dass dieses erreicht wird. Sie arbeitet sehr viel. Außerdem ist sie auch ein energiegeladener Mensch („Ich habe sehr viel Kraft"). Und auch die Entscheidungsfreude ist ihr zueigen, obwohl sie von sich sagt, dass „ich auch ein ängstlicher Mensch bin, der sich absichert." Dr. Markwort: „Ich arbeite gerne im Team, habe gerne Rückmeldungen über meine Vorstellungen und setze mich mit meinem Gesprächspartner auseinander."

Ihre freie Zeit verbringt sie gerne mit Freunden beim Wandern, obwohl sie hierfür in diesem Jahr noch nicht viel Zeit hatte. Beim Wandern möchte sie auch die Gegend um Schlüchtern noch kennen lernen. Allein schmökert sie gerne in Büchern. Zur Zeit liest sie den Krimi „Hühnerdieb".

Fitnesssport steht bei der 39-Jährigen ebenfalls oben an. Dr. Markwort: „Zum Ausgleich für den Alltagsstress gehe ich gerne ins Fitness-Studio."

Ein besonderes Hobby, wenn man dies so bezeichnen kann, hat sie aber noch. Sie schreibt sehr gerne Briefe. Beim Aufschreiben werden die Gedanken noch einemal sortiert und reflektiert. Und in dem Zeitalter von Internet und E-Mails („Das ist auch wichtig") ist ein Brief ein Geschenk.

In der Psychiatrie ist die Chefärztin in einem sensiblen medizinischen Bereich tätig. Dr. Markwort: „Ich merke sehr häufig die Befangenheit bei meinen Mitmenschen, wenn ich auf meinen Beruf zu sprechen komme." Es ist eine Mischung zwischen Neugierde und ängstlicher Zurückhaltung, der man begegnet. Dazu die Ärztin: „Ich bin aber kein ständig psychologisierender Mitmensch. Ich kann in meinen normalen Beziehungen so normal sein wie jeder andere auch."

Und dennoch der häufige Hinweis an vorurteilsbeladene Gesprächspartner: „Der psychisch Kranke sollte nicht nur mit seinem psychopathologischen Syndrom gesehen werden." Er hat auch Ressourcen, Qualitäten und Fertigkeiten. Mit diesen Fähigkeiten und Stärken hat er die Möglichkeiten, seine psychische Krankheit zu bewältigen. Dr. Markwort: „Darauf hinzuweisen, ist mir im Umgang ganz wichtig."

Die Öffentlichkeit für die neue Klinik in Schlüchtern will die Chefärztin nicht durch Selbstdarstellung ihrer Person gewinnen, sondern schon eher durch stetige Überzeugungsarbeit. Und natürlich durch ihre Qualifikation und ihre Leistungsbereitschaft. Sie will sich in den psychosozialen Arbeitsgemeinschaften aktiv beteiligen und Verbindungen knüpfen. Und sie hofft, dass die Menschen auch ihre Zuverlässigkeit schätzen. **(ks)**

DRG - Das neue Vergütungssystem kommt ab 2003

Wunderwaffe gegen die Krankenhäuser oder ein transparentes Entgeltsystem ?

Das mit dem Beginn des Jahres 2000 in Kraft getretene GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 sieht in seinem § 17b KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) die Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierten Vergütungssystems für alle voll- und teilstationären Krankenhausleistungen vor.
Dieses neue Vergütungssystem soll die bisher abgerechneten Entgelte (Fallpauschalen, Sonderentgelte, Abteilungspflegesätze) nach der Intention des Gesetzgebers ab dem 1. Januar 2003 ersetzen.

Was versucht das DRG- System letztendlich?
Mit DRGs soll versucht werden, die Gesamtheit aller vollstationären Fälle eines Krankenhauses, nach medizinischen Merkmalen nachvollziehbar, in bestimmte Untergruppen einzuteilen und entsprechend der Unterschiede verschiedene bundesweit beziehungsweise landesweit geltende Vergütungen zu bezahlen. Dies ist eine Abwandlung des heute schon teilweise praktizierten Vergütungsverfahrens für Fallpauschalen.
Bei den in unseren Häusern erbrachten Fallpauschalen werden wir auch für den Behandlungsfall, nicht für die Anzahl der in der Abteilung erbrachten Tage bezahlt. Dieses System soll nun flächendeckend für alle Behandlungsfälle des Krankenhauses angewandt werden.

Nach welchen Merkmalen wird die Einstufung von bei uns behandelten Patienten in das DRG-System vorgenommen?
Innerhalb des DRG-Systems spielen viele Daten eine Rolle, die von uns auch heute schon im Rahmen der Behandlung von PatientInnen an die Krankenkassen gemeldet werden müssen. So beispielsweise Haupt- und Nebendiagnosen, OP-Verschlüsselungen aber auch das Alter, das Geschlecht und die Entlassungsart der PatientInnen. Ebenso müssen im DRG-System in Zukunft Zusatzmerkmale verschlüsselt werden, wie beispielsweise das Geburtsgewicht oder eine Langzeitintensivbeatmung. Im Großen und Ganzen lässt sich sagen, dass die Daten zum großen Teil heute schon an die Krankenkassen geliefert werden müssen, aufgrund der bestehenden gesetzlichen Regelungen.

In welchen Stufen erfolgt die Einteilung der von uns behandelten PatientInnen?
Die Einstufung von PatientInnen verläuft in zwei Phasen. In der ersten Phase werden Patienten in sogenannte MDCs (major diagnostic categories), was soviel heißt wie „medizinisch sinnvollere Großkategorien", eingeteilt.
In der Phase 2 wird dann versucht, Untergruppen (DRGs) auf der Basis der bereits erwähnten medizinischen Merkmale zu bilden. Entscheidend ist, dass für eine DRG bundes- oder landesweit der gleiche Preis bezahlt wird. Darüber hinaus gibt es noch Sondergruppen, beispielsweise für die erwähnten langzeitbeatmeten PatientInnen oder PatientInnen, die am HIV-Virus leiden.

Welche Auswirkungen hat die Einführung des DRG-System auf den Betriebsvergleich?
Durch den Betriebsvergleich versuchen heute schon die Kostenträger, in den Pflegesatzverhandlungen mit den Krankenhäusern eine Reduzierung der Krankenhausbudgets zu erreichen oder zu verhindern, dass die Krankenhäuser die volle gesetzlich vorgegebene Steigerungsrate erreichen. Durch die Einführung des DRG-Systems wird der Krankenhausbetriebsvergleich noch zusätzlich erleichtert, da durch die gelieferten Daten und die Einklassifizierung in verschiedene Fallgruppen und damit verbunden in verschiedene Schweregrade, letztendlich ein Vergleich verschiedener Krankenhausabteilungen und Krankenhäuser zugelassen wird.
Über den sogenannten Fallmix-Index (case mix index = CMI) ist es möglich, den durchschnittlichen Behandlungsschweregrad einer Abteilung beziehungsweise eines Krankenhauses in Relation zu anderen Abteilungen oder anderen Krankenhäusern zu setzen. Konkret bedeutet dies, wenn in einem anderen Krankenhaus gleiche Fallbehandlungsschwere im Durchschnitt der behandelten PatientInnen erbracht wird, dies allerdings zu wesentlich günstigeren Kosten, haben die Krankenkassen einen Hebel, um eine Budgetreduzierung zu erreichen. Diese Erfahrungen wurden auch da gemacht, wo das DRG-System schon einmal probehalber innerhalb der Krankenhäuser des Landesverbandes Hamburg (18 Kliniken) eingesetzt wurde. Nach einer Auswertung der Fallschweregrade und der damit verbundenen Kosten hat der Landesverband Hamburg vier seiner 18 Krankenhäuser geschlossen.

Wie sieht der Fahrplan bezüglich der weiteren Vorgehensweise aus?
Zunächst soll bis zum 30.06.2000 auf der Ebene der Selbstverwaltung eine Vereinbarung über die Grundstrukturen des Vergütungssystems erzielt werden. Sollte keine Einigung bis zum 30.06. erfolgt sein, so wird die Bundesregierung durch Ersatzvornahme unverzüglich die Entscheidung über das anzuwendende System treffen. Bis 31.12.2001 soll eine Vereinbarung über die Bewertungsrelationen der einzelnen DRGs sowie die Bewertung der Zu- und Abschläge getroffen werden. Das Jahr 2002 dient dann der Erprobung des festgelegten Systems, und ab 1. Januar 2003 soll das bisherige System der Vergütungen im Krankenhaus durch das neue System der DRGs ersetzt werden.

Wie bereiten sich die Main-Kinzig-Kliniken auf die Einführung des neuen (revolutionären) Systems vor?
Wie jede Revolution, so wird auch die Einführung des neuen Vergütungssystems Gewinner und Verlierer innerhalb der Krankenhauslandschaft hervorbringen. Es ist das Interesse der Main-Kinzig-Kliniken, nicht zu den Verlierern dieses Systems und seiner Einführung zu gehören. Aus diesem Grund ist angedacht, nach der Entscheidung, welches System eingeführt werden soll, durch entsprechende Informationen an die relevanten Berufsgruppen (hier sind besonders die Ärzte zu nennen) und durch die entsprechenden Informationen und organisatorischen Veränderungen dafür zu sorgen, das die Einführung dieses Systems ohne Schaden für unsere Kliniken vonstatten gehen kann.
Es ist angedacht, die heute bereits vorhandenen Daten probehalber auf das DRG-System übertragen zu lassen und festzustellen, wo wir heute mit unseren Kliniken stehen würden, falls das DRG-System eingeführt wird.
Es liegt dann an uns, die notwendigen Entscheidungen und Veränderungen herbeizuführen.

Ralph Ries

Kurzmeldungen

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Seit 3. April ist die Tagesklinik für PatientInnen nunmehr geöffnet. Die Personalentscheidungen, auch für den stationären Bereich, sind weitgehend abgeschlossen. Die Bauarbeiten im Gebäude der ehemaligen „Alten Chirurgie" werden Anfang Juni abgeschlossen, so dass der stationäre Bereich bis Ende Juni seinen Betrieb aufnehmen wird.

Gastronomie der Kliniken
Bei der Suche nach einem geeigneten Standort für die zentrale Küche ist eine gute Lösung gefunden worden. Die zentrale Produktionsstätte wird räumlich an der Stelle des heutigen Stollberghauses neu entstehen. Dazu werden zunächst die beiden Kinderarztpraxen von Dr. Büning und Dr. Bier einen neuen Standort in Gelnhausen beziehen. Das leere Gebäude wird dann im Jahre 2001 abgerissen, um Platz zu machen, damit an gleicher Stelle ein Neubau entstehen kann. Angebunden wird die neue Küche unmittelbar an das Haus B und über eine verbesserte Verbindung auch an das Gebäude A. Ende 2002 sollen auf Cook-and chill-Basis von der neuen Küche aus alle drei Standorte mit warmen Mahlzeiten beliefert werden; außerdem auch viele externe Kunden. Nach ersten groben Schätzungen wird dieser Neubau bis zu sieben Millionen Mark kosten.

Neue Patientenbroschüre
Auch für das kleinste Krankenhaus in Bad Soden-Salmünster ist nunmehr eine Patientenbroschüre hergestellt worden. Sie steht seit kurzem allen Patienten und Besuchern zur Verfügung. Die Broschüre beschreibt außer den Möglichkeiten, die das Kreiskrankenhaus Bad Soden-Salmünster selbst bietet, im Mittelteil auch die Leistungen der beiden Partnerkrankenhäuser in Gelnhausen und Schlüchtern. Die Auflage liegt bei 7000 Stück.

Medizinische Klinik Gelnhausen
Der Aufsichtsrat hat noch 1999 zugestimmt, die Medizinische Klinik Gelnhausen in zwei weitgehend eigenständige Schwerpunkte zu unterteilen. Der eine medizinische Schwerpunkt soll sich mit der Gastroenterologie/Diabetes, der zweite mit der Kardiologie beschäftigen. Zur Umsetzung dieses Beschlusses ist eine Kommission gegründet worden, die nunmehr einen Vorschlag erarbeitet hat. Die Mehrheit der Kommission spricht sich dafür aus, den eigenständigen Bereich Kardiologie unter Führung eines leitenden Oberarztes zu organisieren und diese Stelle neu auszuschreiben.

Krankenpflegeschule
Gudrun Miksch, Leiterin der Krankenpflegeschule, wird altersbedingt zum 30. September aus den Diensten der Main-Kinzig-Kliniken ausscheiden. Deshalb wird die Stelle der Schulleitung zum 1. Oktober neu ausgeschrieben. Verbunden mit diesem Wechsel ist eine Erweiterung des Bildungsangebots zum 1. Januar 2001 im Bereich der Datenverarbeitung.

Dienstjubiläen im Jahre 2000

II. Quartal 2000
Kreiskrankenhaus Schlüchtern

- 25 Jahre öffentlicher Dienst
Raimund Weber
(Chirurgie Intensiv)
Hannelore Möller
(Innere Medizin)

- 40 Jahre öffentlicher Dienst
Erwin Hayn
(Anästhesie)

Kreiskrankenhaus Gelnhausen

- 25 Jahre öffentlicher Dienst
Martina Link
(Intensiv 2 Chirurgie)
Elke Fischer (Pädiatrie)
Rainer Jagemann
(Innere Medizin)

Kreiskrankenhaus Salmünster

- 25 Jahre öffentlicher Dienst
Kurt Borger (Anästhesie)

Unsere neuen Kollegen/innen

Kreiskrankenhaus Schlüchtern
Eintritte I/2000

Neueinstellungen
Gerhard Riethmüller
(Oberarzt/Chirurgie)
Dr. Susanne Markwort
(Chefärztin/Psychiatrie)
Stefan Horenkamp
(Ass.Arzt/Chirurgie)
Dr. Martin Kegel
(Ass.Arzt/Chirurgie)

In Rente
Karin Koschitzki
(OP-Dienst)
Renate Tolksdorf
(Bettenzentrale)
Gudrun Stumpf
(Verwaltung)

Kreiskrankenhaus Gelnhausen

Neueinstellungen
Julia Butz
(Ärztin im Praktikum)
Astrid Greschow
(Pflegedienst)
Beate König
(Pflegedienst)
Zimrje Maloki
(Pflegedienst)
Romina Sorell
(Reinigung)
Ulrike Kalbfleisch
(Reinigung)
Argun Aysun
(Reinigung)
Frank Weyland
(Arzt im Praktikum)
Anja Schmidt
(Arztsekretärin)
Dirk Steinbach
(Ass.Arzt)
Martin Jost
(Arzt im Praktikum)
Danny Klimansky
(Küche/SLÜ)
Gunhild Tapp
(Hebamme)
Michael Pfarr
(Werkstatt)
Wolfgang Joh
(Einkauf/Gastronomie)

In Rente

Hilde Weckmann
(Pflegedienst)
Marita Bohlender
(Reinigungsdienst)

Übernahme von der Schule

Beate Schneider (Pflegedienst)
Jochen Otto (Pflegedienst)

Der EURO kommt!

Umstellung in den Häusern erst 2002

Der Euro kommt. Allerdings gibt es in der Übergangsphase bis zum 31. Dezember 2001 noch keine EURO-Scheine und Münzen. Der EURO wird bisher nur als sogenanntes „Buchgeld" auf Bankkonten geführt.

Jedoch rückt die Zeit, wo auch für die Main-Kinzig-Kliniken die D-Mark nur noch ein halber EURO wert ist, immer näher.

Zur Bewältigung der Probleme dieser Währungsumstellung wurde am 27. April 1999 in den Main-Kinzig-Kliniken ein „EURO-Team" gebildet.

Zum EURO-Team gehören folgende Personen: Herr Bernd Bischof (Datenverarbeitung), Stefan Drechsler (Patientenabrechnung), Waldemar Gärtner (Geschäftsbereich Salmünster), Karin Gmell-Jackel (Einkauf/Lager), Erhard Hartmann (Technik), Hermann Kleinfelder (Finanz- und Rechnungswesen), Claudia Kugler (Pflegedienstleitung), Jörg Munderich (Geschäftsbereich Schlüchtern), Werner Reitz (Personalwesen), Ralph Ries (Geschäftsführung), Bernward Schratz (Controlling) und Gerlinde Ulbrich (Pflegedienstleitung).

Die Umstellung auf den EURO wird neben den „Geschäftsbeziehungen" zu externen Partnern auch fast alle Bereiche der Main-Kinzig-Kliniken tangieren.

Neben dem Nachteil, dass sich innerhalb der „EURO-Länder" ein größerer Wettbewerb ergeben wird, hat die Umstellung den Vorteil, dass die Preise vergleichbar sind. Außerdem entstehen keine Wechselkursrisiken und keine Wechselkursgebühren.

In der Zeit von Januar 1999 bis Ende Dezember 2001 gibt es keinerlei Umstellungszwang.

Der ursprünglich für die Main-Kinzig-Kliniken vorgesehene Umstellungstermin zum Mai 2001 wird voraussichtlich auf den Januar 2002 verschoben, da die wichtigsten externen Partner, die Krankenkassen, auch erst zu diesem Datum auf EURO umstellen werden. Somit werden die Lohn- oder Gehaltsabrechnungen auch noch bis Ende 2001 in „vollen" D-Mark ausgestellt.

Von der D-Mark zum Euro

Das EURO-Team hat sich bisher zu vier Sitzungen zusammengefunden. Dabei wurden folgende Themen besprochen:

- Entwurf eines Zeit- und Projektplanes
- Registrierung aller Belege mit D-Mark
- Umstellung von Geldautomaten (Getränke, Telefon, usw.)
- Umstellung der Barkassen
- möglicherweise Aufstellung von Wechselautomaten für eine kurze Zeit, in der es sowohl D-Mark als auch EURO gibt
- Umrechnung der Preise für Wahlleistungen, Kilometer- und Tagespauschalen sowie andere D-Mark-Beträge in Betriebsvereinbarungen
- Umstellung der Software
- Umstellung der Buchhaltung (Finanzbuchhaltung, Anlagenbuchhaltung, Materialwirtschaft)
- Umstellung der Personalabrechnung
- Umstellung der Patientenabrechnung
- Umstellung des Küchenwirtschaftssystems sowie der Betriebsarzt-Abrechnung

Die Umstellung der Währung von D-Mark auf EURO in den Main-Kinzig-Kliniken wird alle MitarbeiterInnen mehr oder weniger tangieren. Deshalb zum Schluss die Bitte an alle Bediensteten, sich mit Anregungen aber auch mit Fragen an die einzelnen Mitglieder des EURO-Teams zu wenden.

Hermann Kleinfelder

Geheimnis von Haus C gelüftet

Nach einiger Zeit der Ungewissheit kann nun das Schicksal von Haus C endgültig geklärt werden. Wie schon im Artikel des Klabautermanns, unter der Rubrik „Vermischtes", in der Ausgabe 1/2000, richtig gemutmaßt wurde, handelt es sich bei Haus C um das Verwaltungsgebäude, in dem derzeit die Kinderklinik 1 – Allgemeine Pädiatrie und Mutter-Kind-Station und die Verwaltung untergebracht sind.

Die Hinweise, daß es sich um Krankenpflegeschule oder die Konferenzräume im Personalhochhaus 1 oder 2 handeln könnte, haben sich somit als falsch erwiesen. Auch leider nicht den Tatsachen entsprechend war die Überlegung, ob sich im Rahmen der allgemeinen Umbruchsstimmung schon wieder ein möglicher Neubau hinter Gebäude C verstecken könnte.

In naher Zukunft, wenn die Pädiatrie komplett das Dachgeschoss des B-Gebäudes bezogen hat, wird Haus C dann auch auf dem zentralen Wegweiser nur noch auf die im Verwaltungsgebäude befindlichen Abteilungen beziehungsweise Einrichtungen hinweisen. **Ralph Ries**

Main-Kinzig-Kliniken gGmbH

Gelnhausen • Schlüchtern • Bad Soden-Salmünster

Innerbetriebliche Stellenausschreibung

Anästhesiologische Intensivstation

Am Standort Gelnhausen ist auf der operativen Intensivstation unter der Leitung der Anästhesie

ab 1.10.2000

eine Vollzeitstelle im Tag- und Nachtdienst als Krankenschwester/-pfleger zu besetzen.

Das Aufgabengebiet dieser Station umfaßt die Intensivbeobachtung, Intensivbehandlung und Beatmung operierter und traumatisierter Patienten.

Voraussetzung für die Besetzung der Stelle ist Interesse an der Intensivpflege, Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege oder die Bereitschaft eine Fachweiterbildung zu absolvieren.

Die Vergütung richtet sich nach Kr. V, Fg. 16 BAT mit Bewährungsaufstieg nach Kr. VI oder Kr. VI Fg. 6b mit Fachweiterbildung.

Die Bewerbung richten Sie bitte an die Pflegedienstleitung im Krankenhaus Gelnhausen.

Klaus Weigelt, Pflegedienstleiter

Regina Künzl kam auf „Wintersport"

Regina Künzl kam auf des Rätsels Lösung, schrieb auf ihre Karte das richtige Lösungswort und wurde von der Pulsschlag-Redaktion aus der Vielzahl der Einsendungen ausgelost. Das Lösungswort hieß übrigens Wintersport. Fünf Kinokarten haben den Besitzer gewechselt und wurden der Gewinnerin von Redaktionsmitglied Waldemar Gärtner der Gewinnerin übergeben (unser Bild).

Zur Einstimmung auf die kommende Ferien- beziehungsweise Urlaubszeit werden bei unserem heutigen Suchrätsel alle ost- und nordfriesischen Inseln gesucht. Es gibt insgesamt 21 davon. Um das Rätsel etwas schwieriger zu gestalten, haben wir nur 17 Inseln aufgeführt. Die restlichen vier Inselnamen haben sich allerdings auch in das Buchstabendurcheinander eingeschmuggelt. Die Namen können senkrecht, waagerecht und diagonal, vorwärts und rückwärts gelesen werden. Einsendeschluss ist der 8. August 2000.

1. Amrum
2. Foehr
3. Langeness
4. Memmert
5. Oland
6. Schahoern
7. Trischen
8. Baltrum
9. Groede
Appelland
10. Langeoog
11. Neuwerk
12. Pellworn
13. Spiekeroog
14. Wangerooge
15. Borkum
16. Hooge
17. Mellum
18. _____?
19. _____?
20. _____?
21. _____?

W	L	H	L	Z	B	A	L	N	G	E	I	D	C	Q	N	H
F	A	A	L	O	I	A	F	O	E	H	R	M	Z	N	R	O
P	R	N	R	B	N	G	O	K	O	Z	L	S	Q	L	E	O
X	E	K	G	G	M	R	N	E	H	C	S	I	R	T	O	G
B	U	L	E	E	E	B	A	L	T	R	U	M	T	G	H	E
M	O	O	L	K	R	D	N	A	L	O	G	L	E	H	R	G
Q	O	L	E	W	A	O	V	S	S	E	N	E	G	N	A	L
G	U	I	A	P	O	M	O	N	E	U	W	E	R	K	H	T
M	P	F	Z	N	H	P	C	G	T	S	I	U	J	F	C	R
S	Y	L	T	U	D	R	M	G	E	S	I	U	J	F	S	E
G	R	O	E	D	E	A	P	P	E	L	L	A	N	D	E	M
Q	F	O	F	L	W	A	F	C	K	N	V	F	U	L	Y	M
W	E	D	B	G	Y	E	N	R	E	D	R	O	N	W	A	E
Z	Z	D	N	A	R	T	S	D	R	O	N	A	M	R	U	M

Lösungsabschnitt eingereicht von:

..... *Name* ..... *Lösung Rätsel*

..... *Krankenhaus/Abteilung* ..... *Lösung Bilderrätsel*

Frank Stupp erkannte Rainer Strott

Die Ähnlichkeit ist auch heute bei genauerem Hinsehen ganz deutlich zu erkennen. Das Suchbild im letzten Pulsschlag zeigte den Leiter der Abteilung Materialeinkauf und stellvertretenden Geschäftsbereichs-

leiter in Schlüchtern, Rainer Strott. Ein Essensgutschein im Wert von 100 Mark geht an Frank Stupp, der Rainer Strott erkannte und den Namen bei der Redaktion eingereicht hatte. Unser Bild zeigt Frank Stupp bei der Gewinnübergabe durch das Redaktionsmitglied Angelica Epperlein.

Neues Spiel, neues Glück

Wie heißt das „saubere Madel"? Beim Suchspiel hat sich die Pulsschlag-Redaktion diesmal für eine Frau entschieden. Schon als Sechsjährige war sie eine kleine Schönheit. In Bayern würde man sagen: „Es wird einmal ein sauberes Madel." Und mit der Sauberkeit im weitesten Sinne hat sie auch beruflich bei den Main-Kinzig-Kliniken zu tun. Ihr sensibler Arbeitsbereich ist in den drei Krankenhäusern. Frau..... ist in Ungarn geboren, der leichte Akzent ist heute noch zu hören. Wer die Frau erkannt und die richtige Lösung eingesandt hat, nimmt an der Verlosung für einen Gutschein im Wert von 100 Mark teil. Einsendungen bitte an die Redaktion richten oder einem der Redaktionsmitglieder abgeben. Einsendeschluss ist der 8. August 2000.

Parkanlage

Erweiterung der Parkplätze im Krankenhausgelände Gelnhausen sowie Einrichtung eines neuen Parkplatzes auf dem ehemaligen PX-Grundstück.

Hellhörig

Hell und freundlich wurden die neuen Patientenzimmer im KKH-Gelnhausen gestaltet und außerdem mit einer neuen Schwesternrufanlage mit Sprechen und Hören am Patientenbett ausgestattet.

Krankenhausspitze

Das Bild zeigt das Gebäude B im Kreiskrankenhaus Gelnhausen mit dem neu ausgebauten Dachgeschoss. Das Gebäude wird ab 2001 mit 21,6 Millionen Mark saniert.

Aufhellung

Einrichtung der neuen psychiatrischen Tagesklinik im Kreiskrankenhaus Schlüchtern. Fertigstellungstermin: April 2000.

Sitzgruppe

Renovierung und Neugestaltung der Cafeteria im Kreiskrankenhaus Schlüchtern. Fertigstellungstermin: März 2000.

Gerüstet für die Deckelung

Dachdeckerarbeiten an dem Gebäude der neuen Psychiatrie im Kreiskrankenhaus Schlüchtern. Fertigstellungstermin: Juni 2000.

Bauaufsicht

Neubau der interdisziplinären Intensivstation und Ambulanz im Kreiskrankenhaus Schlüchtern.
Fertigstellungstermin: Dezember 2000.

Ihre wichtigste
Werkbank
direkt ab Werk

Ihre persönliche Arbeitshöhe
ist eine wichtige Lebensqualität.

Mehr **Wunsch**kombinationen finden Sie nirgendwo:

Ihre Küche direkt vom Hersteller

MÖBEL RUDOLF
EINRICHTUNGSHAUS

- fachgerechte Beratung
- genaueste Planung
- perfekte Montage
- eigene Produktion

Mehr **Wunsch**kombinationen finden Sie nirgendwo:

Die Manufactur
Küchedirekt
UNTER DEN LINDEN 48 • 36381 SCHLÜCHTERN
Tel.: (0 66 61) 1 51 70 • Fax (0 66 61) 1 51 75
MO-MI 9.30-18.00
DO-FR 9.30-19.00
SA 9.30-14.00

Impressum *„Pulsschlag"-Zeitung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Main-Kinzig-Kliniken gGmbH.*
Herausgeber: Main-Kinzig-Kliniken gGmbH, Geschäftsführer Dieter Bartsch, Herzbachweg 14, 63571 Gelnhausen, Telefon (0 60 51) 8 72-2 04.
Redaktion: Angelica Epperlein, Waldemar Gärtner, Ilka Larbig, Elke Pfeifer-Heiden, Klaus Weigelt, Erhard Möller, Jürgen Kunkel, Dr. Martin Wald.
Redaktionsanschrift: Kreiskrankenhaus Bad Soden-Salmünster (Herr Gärtner), Bad Sodener Straße 18, 63628 Bad Soden-Salmünster, Telefon (0 60 56) 73 00-1 35, Fax (0 60 56) 73 00-1 33.
Druck: Druck- und Pressehaus Naumann KG, Gutenbergstraße 1, 63571 Gelnhausen.
„Pulsschlag" erscheint viermal im Jahr und ist kostenlos in den Main-Kinzig-Kliniken gGmbH erhältlich.
Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen.

KREISKRANKENHAUS BAD SODEN-SALMÜNSTER
Bad Sodener Straße 18
63628 Bad Soden-Salmünster

KREISKRANKENHAUS GELNHAUSEN
Herzbachweg 14
63571 Gelnhausen

KREISKRANKENHAUS SCHLÜCHTERN
Kurfürstenstraße 17
36381 Schlüchtern