

Pflegebetten  
Nursing Beds  
Klinikbetten  
Hospital Beds  
Pfleagemöbel  
Care Furniture  
Krankenhausmöbel

# VÖLKER WORLD

Hospital Furniture  
Funktionsmöbel  
Utility Furniture  
Komfortbetten  
Convenience Beds  
Hilfsmittel  
Technical Aids

Ausgabe 22 · 2. Quartal 2006 · Direktversand · 36.000 Exemplare · Abgabe gratis · Deutsch/Englisch · Edition 22 · 2ndQuarter 2006 · Direct Delivery · 36,000 Copies · Free of Charge · German/English

Informationen für alle, die sich um die Pflege von Alten, Behinderten und Kranken kümmern · Information for all concerned with the care of the elderly, the sick and the handicapped  
This issue contains English translations of the main articles and shortened versions of most of the other texts.

## Erste Hilfe

Prozess-Optimierung mit Porsche Consulting an der Uniklinik Freiburg



Seite 3

## Die Gesundheitsfabrik

Der Pionier der Privatisierung vor seiner größten Herausforderung



Seite 11

## Heilen am Fließband

Der Kampf deutscher Kliniken ums Überleben



Seite 12

## Optimierung der Pflegeprozesse

Völker Betten unterstützen, entlasten, erleichtern



Seite 7

### INHALT:

#### KRANKENHAUS DER ZUKUNFT

- Grönemeyer: Das Krankenhaus der Zukunft..... 1
- Erste Hilfe: Porsche Consulting optimiert Uniklinik Freiburg..... 3
- Die Gesundheitsfabrik: Münch vor seiner größten Herausforderung..... 11
- Aus der Praxis: Prozess-optimierung am Klinikum Augsburg ..... 5
- Heilen am Fließband: Der Kampf ums Überleben ..... 12

#### REFERENZEN

- Altenzentrum Ansgar in Hamburg-Langenhorn ..... 6
- Universitätsklinikum München ..... 14

#### PRODUKT-INFORMATIONEN

- Völker: Pflegeprozesse optimieren ..... 7
- Derungs: Die Tageslicht-nachführung ..... 15

#### RUBRIKEN

- Rückenschule ..... 16
- Kreuzworträtsel ..... 16
- Comic: Bett-Man ..... 16
- Impressum ..... 16

#### Völker Betten finden Sie in und um Deutschland u. a. in diesen Ausstellungen:

- D-09661 Völker Hainichen
- D-10999 Medicalounge Berlin
- D-58454 Völker Witten
- F-67800 Völker Bischheim
- A-5201 Selmer Seekirchen
- CH-3072 Sedorama Zürich



### THEMA:

## Das Krankenhaus der Zukunft

### Grönemeyer: Schluss mit der einseitigen Spar- und Kostendiskussion

Prof. Dr. med. Dietrich H. W. Grönemeyer, Jahrgang 1952, ist Ordinarius für Radiologie und Mikrotherapie an der Universität Witten/Herdecke und Gründer und Direktor des Grönemeyer-Instituts für Mikrotherapie Bochum. Sein innovativ geführter Lehrstuhl für Mikrotherapie ist einzigartig. Weltweit wurde Dietrich Grönemeyer mit Auszeichnungen sowie Gastprofessuren geehrt. Er ist Autor von Bestsellern wie „Mensch bleiben“ und „Gesundheitswirtschaft / Kapital Gesundheit“.



Das Unerhörte denken: Nicht weniger ausgeben für unser Gesundheitswesen, sondern erheblich mehr, damit es sich rechnet. Wie das? Dietrich Grönemeyer ist Arzt und Unternehmer. Er hat erkannt: Politiker und Funktionäre des Gesundheitswesens denken zirkulär. Sie wollen sparen durch Kosten senken. Aber zwischen Kostendiskussion und Einsparpolitik gerät der Mensch, dem das alles nützen soll, allzu oft in Vergessenheit.

Nur umgekehrt wird ein Schuh daraus: Massiv investieren in eine bessere medizinische Versorgung, nur so glückt optimales Sparen. Lesen Sie hier seine Vision vom Krankenhaus der Zukunft und für eine menschliche Medizin:

In unserem heutigen Versor-

gungssystem zwischen Hausarzt, Fachärzten und Krankenhaus fehlt meiner Einschätzung nach ein wesentliches Element. Das sind organspezifische Kompetenzzentren, in denen Spezialisten verschiedener Disziplinen im Team zusammenarbeiten. Diese würden integrativ zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausumgebung eingepasst und eine Brücke zwischen ambulanter Medizin und Krankenhausmedizin schlagen.

Solche Kompetenzzentren wären u. a. zur Behandlung von Volkskrankheiten wie Erkrankungen der Wirbelsäule, des Herzens und der Gefäße, der Gelenke, bei Brustkrebs oder Diabetes, für Kinderkrankheiten usw. aufzubauen. Auch die Krankenhäuser sollten sich unter diesem Aspekt themenspezi-

fisch interdisziplinär aufbauen und neue Schwerpunkte definieren.

Hierbei ist jedoch ein wesentlicher Aspekt zu beachten: Unter dem Gesichtspunkt Kostenoptimierung geht es darum, kritisch die Krankenhausliegezeit zu reflektieren und die Patientenversorgung möglichst optimal zu „managen“. Aber gerade die Fürsorge und zum Teil auch Seelsorge, insbesondere wenn es sich um einen leidenden, chronisch erkrankten oder schmerzkranken Patienten oder einen vom Tode bedrohten Patienten handelt, ist unter dem finanziellen Gesichtspunkt so gut wie nicht zu erfassen. Daher lehne ich auch ein reines Fallpauschalensystem, das diesen Aspekt nicht großzügig berück-

Bitte umblättern

### EDITORIAL:

Fachleute fragen immer wieder ungläubig, warum ein Pflegebett von Völker so preiswert angeboten werden kann. Im Verhältnis zu seinen vielen ausgelobten Vorteilen. Wo denn da, wie man so schön sagt, „der Hase im Pfeffer liegt“? Ja, konnte ich da nur mitfragen, wo liegt er denn? Ein Klinik oder Krankenbett, das auf den ersten Blick auf den Angebotspreis teurer als das der Wettbewerber ist, wird von Fachleuten dennoch als preiswert eingeschätzt? Entscheidend ist der Blickwinkel. Für Fachfrau oder -mann ist ein Völker Bett objektiv preiswert, weil sich die Summe seiner Vorteile in einem weit höheren Preis ausdrücken müsste. Dass dies nicht der Fall ist, verdankt Völker u. a. der engen Zusammenarbeit mit Porsche Consulting, die gelehrt hat, dass hochwertige Produkte durchaus optimal, also preiswert produziert werden können. Subjektiv mag der Preis einem Einkäufer hoch erscheinen, etwa, weil er im Budgetrahmen denkt. Würde er auch nur ansatzweise berücksichtigen, wieviel niedriger die Folgekosten beim Einsatz eines Völker Bettes liegen, würde er erkennen: Dieser Mehrpreis für Mehrwert ist ein richtiges Schnäppchen.

Apropos Optimieren durch mehr Qualität: Wie Porsche Consulting der Freiburger Uniklinik Erste Hilfe leistet, warum Eugen Münch Kliniken privatisiert, wie das Klinikum Augsburg Prozesse optimiert und wie der Spiegel die Situation des bundesdeutschen Krankenhauses einschätzt, das alles können Sie in dieser Ausgabe lesen.

Sabrina Simon

Sabrina Jara

### MEINE MEINUNG:

Ist es verwerflich, wenn anerkannte Fachleute nach bestem Wissen und Gewissen – und natürlich schon allein deshalb ohne Honorar – eine Lanze für ein Produkt brechen, von dessen Nutzen sie überzeugt sind?

Und ist es bedenklich, wenn der Hersteller des Produktes ein solches Statement verbreitet? Warum ich das frage? Nun, in unserer letzten Ausgabe haben wir einen Beitrag zur Sturzprophylaxe veröffentlicht, der uns als Stellungnahme zu den so unterschiedlich wirkenden Aussagen von Expertenstandard und BfArM so wichtig erschien, dass wir ihn zusätzlich und kostenpflichtig in einem renommierten Fachtitel veröffentlichten. Das hat dort zu zwei recht tendenziösen Leserbriefen

geführt, in denen die anerkannte Lehrmeinung wiederum hinterfragt und Parteinahme unterstellt wird. Mit tendenziös meine ich: Quasi wettbewerbsgesteuert. Aber wie dem auch sei. Leserbriefe sind grundsätzlich eine gute Sache, öffnet die kritische Stellungnahme eines interessierten und fachlich versierten Publikums doch über den Horizont des Autors hinaus den Blick auf bestimmte Facetten zum Thema, die dieser nicht, zu wenig oder gar falsch bedacht hat.

Ganz anders verhält es sich aber mit Expertisen. In der Pflege verstehe ich darunter zum Beispiel jene Gutachten einer Gruppe von Fachleuten, die über Monate hinweg ihre jahrelangen Erfahrungen ausgetauscht und diese mit weltweiten Ver-

öffentlichungen abgeglichen haben, um zu einem Ergebnis zu kommen, das allgemein als Standard gelten kann: Expertenstandards. Das lateinische *expertus* meint soviel wie „erprobt“ und „bewährt“. Also „aus der Praxis für die Praxis“. Leser mit anderen Ansichten müssen überdenken, was sie vielleicht falsch machen oder falsch verstanden haben.

Nehmen wir ein Beispiel aus dem Expertenstandard „Sturzprophylaxe“. Die Experten stellen fest, dass Seitengitter möglichst gar nicht eingesetzt werden sollen; dass Menschen, die – aus welchen Gründen auch immer – ihr Bett verlassen wollen, auch hochgestellt, durchgehende Seitengitter überwinden; dass dieses ganz wesentlich die Folgen eines Sturzes erhöht; dass aus diesem Grund geteilte Seitengitter mit ausreichend großer Mittellücke eingesetzt werden sollen bzw. nur kopfseitige

Seitengitter-Elemente aufgestellt werden sollen, um so ein Verlassen des Bettes zu ermöglichen.

Was mich persönlich stört: Wenn Fixierungen – und diese nur bei durchgehenden Seitengittern – empfohlen werden, dann liest sich das als Freibrief für Fixierungen, insbesondere in den Fällen, wo nicht ausreichend Personal zur Verfügung steht. Dabei ist genau das Gegenteil Vorschrift. Muss fixiert werden, dann muss der Fixierte kontinuierlich überwacht werden. Dann kann aber kaum etwas passieren, auch dann nicht, wenn überhaupt keine Seitengitter benutzt werden.

Wenn Seitensicherungen überhaupt Sinn machen sollen, dann geteilte und variabel aufzustellende, die dem individuellen Schutzbedarf von Patient bzw. Bewohner angepasst werden können und ihn zugleich bei der Eigenmobilisation unterstützen.

H. Heine

Völker AG, Wullener Feld 79, 58454 Witten, PSdG, Deutsche Post AG, Entgelt bezahlt, H 59143

»Wenn ein Patient das Krankenhaus verlässt, sollte er eigentlich gesund sein und vor allen Dingen auch Kraft bekommen haben, sein Leben wieder positiv zu gestalten.«

sichtigt, vehement ab. Wenn ein Patient das Krankenhaus verlässt, sollte er eigentlich gesund sein und vor allen Dingen auch Kraft bekommen haben, sein Leben wieder positiv zu gestalten. Das Gegenteil ist leider häufig an der Tagesordnung.

Das Krankenhaus der Zukunft, so wie ich es mir vorstelle, ist integrativ verwoben mit den organspezifischen Zentren, die ambulant tätig sind oder für eine Nacht das Krankenhaus benötigen, oder das Krankenhaus ist selbst organspezifisches Zentrum. Es verfügt über die Maximalausstattung an technischer Gerätschaft und Personal und fungiert als Dienstleistungszentrum: Jedes therapeutische Team könnte kurzfristig darauf zurückgreifen.

Voraussetzung hierfür ist eine menschliche und digitale Vernetzung der Krankenhäuser mit den organspezifischen Zentren und den niedergelassenen Ärzten sowie den therapeutischen Einrichtungen. Auf kurzem Wege würden Bild und Schriftdokumente sowie Labordaten und physiologische Ergebnisse wie EKG, EEG usw. transferiert werden – sowohl zum Zuweisenden als auch zum Dienstleister.

Für die organspezifischen Zentren könnten die diagnostische Umgebung, die Untersuchungs- und Operationsräume bis hin zu Einrichtungen der Physiotherapie, Fitness und Wellness-Anwendungen vorgehalten werden; Nachsorge und Intensivüberwachung wären eingeschlossen: ein ganzheitlicher Fluss von Vorsorge, Diagnostik, Mikromedizin, minimal invasiver Medizin, Operationsmethodik, Rehabilitation, Fitness, Wellness und Sekundärprävention.

Da der Operations- und Behandlungsraum der Zukunft modernste radiologische Systeme aufweisen wird, wäre es sinnvoll, die radiologische Diagnostik und Operationsumgebung als Kristallisationskern neuer organspezifischer Zentren in einem Krankenhaus oder in der Nähe des Krankenhauses zu etablieren. Man könnte in organspezifischen Zentren flächendeckend radiologische und angiographische Bildsysteme (Angiographie ist eine Röntgenuntersuchung der Gefäße mit Kontrastmitteln) aufstellen und eine Vollaustattung rund um die Uhr durch Ärzte des Hauses und durch institutionenübergreifende Nutzung erreichen.

Das Krankenhaus der Zukunft könnte sich also in ein Gesundheitszentrum wandeln, organspezifische Zentren integrieren und Krankenhausärzte und niedergelassene Ärzte vernetzen, die sich wechselseitig vertreten und eine integrative Versorgung ermöglichen könnten. Auf diese Weise würde im Team ein schlüssiges Therapiekonzept realisiert, bei dem nicht ständig neue Medikamente und Behandlungen verordnet oder überflüssige Mehrfachuntersuchungen durchgeführt werden. Es gäbe in diesem Konzept ein Gesundheits-Oberzentrum, in dem diagnostische Geräte, Labors und Operationsräume vorgehalten werden sowie Unterzentren, z. B. kleinere Krankenhäuser in der Peripherie, die sich in der Vor- oder Nachsorge engagieren können und somit vollwertiger Partner in der gesamten Patientenversorgung werden. Eine Schließung dieser Häuser wäre fatal.

Gerade der Gesundheitstourismus könnte nach der neuen europäischen Rechtsprechung, welche jetzt die ambulante Behandlung in der EU ermöglicht, ein wesentliches Element für die Auslastung sein. In diesem Sinne sollten auch die Krankenhäuser prüfen, inwiefern es möglich ist, einer drohenden Schließung durch adäquate Umstrukturierungsmaßnahmen entgegen zu wir-

ken. Ich denke, dass jedes Krankenhaus das nötige Know-how hat, um eine besondere Spezialität mit eigenem Profil anzubieten. Ein Krankenhaus, dem es heute weniger gut geht, könnte etwa die Versorgung von Senioren anbieten oder ein organspezifisches Zentrum integrieren und aus dem Bettenrakt ein Hotel schaffen (Das „Hotel zum Herzen“ beispielsweise angegliedert an ein Herz-Kompetenzzentrum). Es könnte eine Wellness-Abteilung z. B. für Senioren eröffnen, Fortbildungen anbieten, sich an Schulen engagieren oder sogar Läden und Drogerien in die Stationen integrieren. Warum nicht auch Textilien verkaufen, schadstofffreie Kleidung für Allergiker anbieten? Schon jetzt könnten sofort Patienten aus England oder Holland versorgt werden, die dort monatelange Wartezeiten für Diagnostik und Operationen haben. Unsere Kreativität ist gefordert.

Heute wird zu wenig daran gedacht, das Krankenhaus wirklich zu verändern, also vom „Krankenhaus“ hin zum „Gesundheitszentrum“ oder zum „Gesundheitshotel“ (besser die Krankenhäuser sehen diese Chance jetzt, bevor amerikanische Hotelketten diese Aufgabe übernehmen). Warum nicht auch mit Event-Charakter, z. B. mit Clownerie und anderen Aktivitäten, eventuell gemeinsam mit dem örtlichen Theater- oder Opernhaus, und einer eigenen Theater- oder Musikgruppe mit oder ohne Einbeziehung von Patienten? Lachen und Singen ist die beste Medizin!

Die Idee, Krankenhäuser in Gesundheitszentren umzuwandeln, hat für mich viel Charme. Neben der medizinischen Versorgung ist auch die regionale Versorgung von Kindern, alten Menschen, chronisch Kranken und Behinderten mit entsprechenden Begegnungsstätten, etwa einer Kindergaststätte, eine große Herausforderung. Hier könnte nicht nur beraten werden, im Restaurant könnten auch gesunde Ernährung oder Kochkurse angeboten werden. Denkbar sind ferner Weiterbildungskurse, z. B. zusammen mit den Schulen und anderen Bildungseinrichtungen: zum Essen, zum gesunden

Wohnen usw. Gleichzeitig könnten Produkte wie Kissen, Möbel, Lebensmittel oder Medikamente und sonstige Gesundheitsprodukte verkauft werden.

An dieser Stelle möchte ich noch ein Wort zu Vorurteilen sagen, wir Ärzte seien nicht am Menschen, sondern nur am Geld interessiert. Natürlich gibt es auch unter uns wie in anderen Branchen auch schwarze Schafe, die leider vor Abrechnungsbetrug nicht Halt machen. Das ist sehr bedauerlich, diskreditiert es doch in einer Situation, in der ohnehin fast nur noch von Kosten, aber nicht mehr vom Arztsein und von einer Medizin im eigentlichen Sinne die Rede ist, die Ärzteschaft und auch die Medizin insgesamt. Aber die Realität sieht anders aus. Gerade in den Krankenhäusern gibt es so viele Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern, Pflegekräfte und sonstige Therapeuten, die mit unglaublichem persönlichem Engagement Tag und Nacht für die Patienten da sind, unter für sie selbst schwierigen Arbeitsbedingungen, manchmal an den Grenzen ihrer Kräfte. Allein in Deutschland werden zurzeit mindestens 15.000 Ärzte zusätzlich in den Krankenhäusern benötigt nachdem die Bereitschaftsdienstzeiten in Europa als Arbeitszeiten anerkannt wurden, vermutlich sogar noch mehr.

Arzt und Therapeut zu sein ist ein wunderbarer Beruf, und auch das sollten wir in der Kostendiskussion nicht schlecht reden. Medizinstudenten und junge Ärztinnen und Ärzte haben lange überhaupt kein ökonomisches Interesse, sondern wollen helfen und heilen. Diese Grundmotivation gilt es zu erhalten und zu fördern.

D. H. W. Grönmeyer ■

Aus: Gesundheitswirtschaft – Die Zukunft für Deutschland, Dietrich H. W. Grönmeyer, © ABW Wissenschaftsverlag Berlin

Es folgt eine englischsprachige Kurzfassung dieses Artikels! English short version of this article:

TOPIC:

Hospitals of the future

Thinking the unthinkable: Do not spend less on our health-care system but more, so that it will pay off! How's that? Dietrich Grönmeyer is a doctor and entrepreneur. He says:

The hospital of the future as I envisage it is linked with organ-specific centres operating on an out-patient basis or ne-



Planner arbeiten vielerorts bereits an den Kliniken der Zukunft.

ding hospital services for one night in an integrated way. The hospital might, of course, also be an organ-specific centre of itself. It has the maximum equipment in terms of technology and staff and serves as a service centre: any therapeutic team can use it on short notice.

The precondition is a human and digital networking of hospitals with organ-specific centres and registered doctors with their own practice and therapeutic institutions. Images and written documents, laboratory data and physiological results like ECG and EEG would be transferred to the service provider and the transferring party the shortest way possible. For the organ-specific centres, diagnostic environment, examination and operating rooms and physiotherapy, fitness and wellness treatments might be made available and follow-ups and intensive care would be included: a holistic flow of medical check-ups, diagnostics, micro medicine, operation methodology, minimally invasive medicine, rehab, fitness, wellness and secondary preventive care.

Thus, the hospital of the future would be turned into a health centre. In such a concept there would be a primary health centre, making available diagnostic equipment, laboratories and operating theatres, and secondary centres, e.g. smaller hospitals on the periphery, operating in preventive and follow-up care and thus being full-blown partners in patients' entire care. Closing such hospitals would prove fatal. A hospital not doing so well right now could offer care for senior citizens or integrate an organ-specific centre and turn the bed wards into a hotel. It could open a wellness de-

partment e.g. for senior citizens, become active in schools or integrate shops and chemist's shops. And why not sell textiles, clothing free of harmful substances for people suffering from allergies? Even now we could provide medical care for patients from England and Holland, where there are long waiting lists for diagnostics and operations. It's our creativity that's called upon. I find the idea of turning hospitals into health centres very charming. Medical care aside, the regional supply of meeting places for children, old people, the chronically ill and the disabled is also a real challenge. Here, people could not only get advice, they could take courses in healthy diets in the restaurant, advanced training courses, e.g. in conjunction with schools or other educational institutions, on diets, healthy living etc. At the same time, these centres could sell products like soft cushions, furniture, food or drugs and other health products.

I would also like to say something about the prejudice we doctors are only interested in money not in people. To be sure, there are some black sheep among us, just like in any other sector, who, unfortunately, commit fraud. This is very regrettable because it discredits doctors and the entire medical profession at a time when the only issue is costs not care at any rate. However, the reality is very different. Being a doctor and therapist is wonderful and we shouldn't run this profession down when debating costs. For quite some time in their lives, medical students and young doctors have no economic interest at all, they just want to help and cure people. We have to maintain and foster this basic motivation.

Transl: Vestido AG ■

Vertrieb Deutschland:  
**Herbert Waldmann GmbH & Co. KG**  
 D-78056 Villingen-Schwenningen  
 Telefon +49 7720 601-100, Fax +49 7720 601-290  
 www.derungslicht.com, info@waldmann.com

**Derungs Licht AG ist ein Unternehmen der Waldmann Group**

**Wir haben uns auf die besonderen lichttechnischen Anforderungen im Bereich der Altenpflege und der Krankenpflege spezialisiert!**

- Licht zur Förderung der Bewegungsfreiheit von Senioren und Patienten
- Licht zur Reduzierung der Unfallhäufigkeit - Sturzprävention
- Licht für Komfort, Wohnlichkeit und Atmosphäre
- Licht als Erleichterung fürs Pflegepersonal
- Licht zur komfortablen, blendfreien Leseunterstützung
- Licht zur Strukturierung des Tagesablaufs dementiell erkrankter Personen, Tageslichtnachführung

**Derungs®**  
Medical Lighting

**W**ertschöpfung in der Medizin: Porsche Consulting leistete in der Herz- und Gefäßchirurgie der Uniklinik Freiburg erfolgreich Erste Hilfe bei der Prozess-Optimierung.

Der Blick fürs Wesentliche schärft sich manchmal hinter verschlossenen Türen. Denn wo sich andere mit Grausen abwenden, hält der Berater tapfer seinen Kopf hin und stöhnt in seinen Mundschutz.

Einem fingerfertigen Chirurgen bei einer Operation am offenen Herzen konsequent über die Schulter zu schauen, ist für Laien nicht gerade ein Vergnügen. Im Dienst der Sache gilt die unfreiwillige Neugier aber als Pflichttermin. Schließlich gehört es zum Selbstverständnis der Mitarbeiter von Porsche Consulting, die Arbeitswelt ihrer Kunden mit allen Facetten selbst intensiv mitzuerleben, ehe sie (be)urteilen, Verbesserungen vorschlagen und sie dann konsequent umsetzen. Die klare Linie wird durchgezogen, bis hin zum harten Schnitt im OP. „Wir konnten“, sagt Berater Bernd Würsching, „gar nicht genug Eindrücke sammeln bei diesem Projekt.“ Dieses Projekt: „Schlanke Prozesse“ in der Herz- und Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums Freiburg, hieß das Ziel. Die Abteilung eines Krankenhauses sollte also noch effizienter gemacht werden.

Die Berater von Porsche Consulting sind ziemlich unerschrocken. Die Mit-

**»Wo sich andere mit Grausen abwenden, hält der Berater tapfer seinen Kopf hin und stöhnt in seinen Mundschutz.«**

tel und Wege von Lean Production, mit denen sie nach dem Vorbild Porsche die Fertigung vieler Unternehmen optimiert und zukunftsfähig gemacht haben, wurden längst erfolgreich in Bereiche wie Vertrieb, Einkauf oder Entwicklung transformiert. Auch immer mehr Dienstleister erkennen den Nutzen, den die Umsetzung der Methoden japanischen Ursprungs für die tägliche Arbeit bringt. Aber die Adaption von „Lean Thinking“ auf die Organisation eines Krankenhauses war eine ganz andere Herausforderung. Eine übrigens, der man sich unbedingt stellen muss. Denn den Deutschen ist ihre Gesundheit lieb, aber vor allem ist sie teuer. Im Schnitt kostet sie 25 Prozent mehr als in anderen europäischen Ländern. Bis im Jahr 2030, haben Experten errechnet, wird die Deckungslücke zwischen Kassenbeiträgen und Kosten jährlich 60 Milliarden Euro betragen. Die 2.200 Krankenhäuser mit rund einer Million Beschäftigten und 145.000 Ärzten (2004) gelten als der größte Kostenfaktor – und leiden hart unter den jüngsten Reformen. Seit die Kliniken mit den Kassen nur noch, wie in anderen Ländern längst üblich, Fallpauschalen abrechnen können und nicht mehr nach Tagessätzen den tatsächlichen Klinikaufenthalt eines Patienten, sind viele Häuser in finanzielle Not geraten.

THEMA:

## Erste Hilfe

### Prozess-Optimierung mit Porsche Consulting an der Uniklinik Freiburg



Porsche Consulting leistete in der Herz- und Gefäßchirurgie der Uniklinik Freiburg erfolgreich Erste Hilfe bei der Prozess-Optimierung.

„Deutsche Krankenhäuser müssen sich öffnen, den Veränderungen stellen und ihre Organisation überdenken“, sagt Professor Dr. Friedhelm Beyersdorf. Der Leiter der Freiburger Herz- und Gefäßchirurgie nimmt seine gut funktionierende Abteilung dafür gern als Beispiel. Von den 1.700 Operationen, die dort 2004 durchgeführt wurden, ließen sich 75

Fachbegriffen aus zwei völlig verschiedenen Welten. Die Ärzte mit dem Spezialgebiet Herzengangelegenheiten sprachen von „axialen Flusspumpen nach Jarvik“, von *thorakaler Aorta* und „HTX- oder LuTX-Transplantaten“. Die Berater, der Effizienzsteigerung verpflichtet, pochten auf *Lean-Management Tools* und propagierten „Wertstromanalyse“ und die Eliminierung von Verschwendung. So ist das eben, wenn die einen täglich versuchen, Leben zu retten – während die anderen

die Aufgabe haben, den Kreislauf betriebswirtschaftlicher Organismen auf Touren zu bringen.

Das Miteinander funktionierte trotzdem. Vom eigens eingerichteten Büro auf Station „Blalock“ aus ging das Beraterteam mit Cornelius Clauser, Bernd Würsching, Holger Brandt (Porsche Consulting) und Dr. Maren Rowold (McKinsey) auf Recherche. Zwei Wochen lang begleiteten sie Ärzte und Pflegepersonal auf Schritt und Tritt. Sie schoben Stations- und Nacht-

dienst, hielten Wache auf der Intensivstation, verfolgten die Eingriffe im OP, waren bei der Visite dabei und führten Interviews mit allen Beteiligten.

Begleitet von einigen Workshops und anderen Maßnahmen stärkten die Berater erst den Teamgeist in der Abteilung, um dann Veränderungen einzuleiten. Dabei ging es vor allem darum, die Wartezeiten von Ärzten, Pflegepersonal und Patienten zu eliminieren und die Auslastung des OP-Saals und der teuren medizinischen Geräte zu optimieren. Nicht zur Debatte standen die Genesungszeit der Patienten und die medizinische Kompetenz. Dennoch mussten sich auch die Ärzte erst einmal daran gewöhnen, dass ihre segensreichen Eingriffe wie Bypass- oder Herzklappen-Operationen von externen Beobachtern schlicht zur „Wertschöpfung“ degradiert wurden. Alles andere, was während des Klinikaufenthaltes eines Patienten geschieht, fiel dagegen im weitesten Sinne in den Bereich der „Verschwendung“.

Eine eigenwillige Sicht der Dinge, aber eine sehr ergebnisorientierte. Die Verbesserungen basieren auf zwei grundlegenden Veränderungen. Die eine ist die Einführung der Klinischen Behandlungspfade, die andere das neue Patienten-Management. Beim Klinischen Behandlungspfad handelt es sich um eine exakte Definition des Patienten-Durchlaufs während seines Klinikaufenthaltes. Dadurch konnten Arbeitsschritte standardisiert werden. Daraus resultiert auch die OP-Checkliste für Arzt und Pfleger. Anhand der Liste arbeitet der Pfleger die OP-

Bitte umblättern

Prozent – und damit auch derselbe Anteil an Klinikaufenthalten – planen. Tatsächlich aber kam es immer wieder zu Engpässen auf den Stationen, der Intensivstation und im OP. Der Grund: Mehrere Personen waren unabhängig voneinander berechtigt, Patienten anzunehmen, was immer mal wieder zu Kapazitätsknappheit vor allem auf der Intensivstation führte. Zudem kamen immer wieder Patienten nach Freiburg, die die erforderlichen Voruntersuchungen nicht nachweisen konnten. Die Folge: kurzfristige Verschiebungen geplanter Operationen, was für die Patienten in erster Linie ein mentales Problem ist. Außerdem verbrachten Patienten unnötige Zeit in teuren Betten, was für die Klinik ein Problem war. Ein typischer Fall für Selbsthilfe, glaubte Prof. Dr. Beyersdorf. Aber wie? Bei einem privaten Treffen diskutierte er das Problem mit Dr. Wendelin Wiedeking. Der Vorstandsvorsitzende von Porsche war sofort Feuer und Flamme. Porsche finanzierte das Projekt, schickte die Optimierungs-Experten der konzern-eigenen Porsche Consulting nach Freiburg und nahm die krankenhauserfahrenen Berater von McKinsey als gleichberechtigten Partner mit ins Boot. Ein ungewöhnliches Experiment auf hochsensiblen medizinischem Terrain.

Schon der Weg bis zur Verständigung führte durch ein dichtes Gestrüpp von

**Völker Betten bieten mehr. Sie sind Hilfsmittel für ein umfassendes Pflegekonzept. Das ist wichtig für Sie.**

**Denn über den Erfolg in der Pflege entscheiden Umfang und Güte der täglichen Arbeit, für den finanziellen Erfolg sind die Personalkosten ein ganz wesentlicher Faktor. Völker Betten helfen, Qualität und Prozesse in der Pflege zu optimieren. Damit wirklich Wichtiges wichtig bleibt.**



Chefsache: „Deutsche Krankenhäuser müssen sich öffnen und ihre Organisation überdenken“, sagt Prof. Dr. Beyersdorf.



Alles Handarbeit: Vor dem ersten Gang durch die Krankenzimmer gilt es, die Tabletten zu sortieren.

Vorbereitung eines Patienten ab, bevor der Chirurg die Bühne betritt.

Das neue Patienten-Management liegt in der Hand des neu eingesetzten Patienten-Managers. Nur er allein ist noch für die Patienten-Annahme zuständig. Er kennt sämtliche Belegungspläne (Station, Intensiv, OP) und kann so alle anstehenden Operationen mit der Belegung der Intensivstation in Einklang bringen. Zudem muss nun im Vorfeld vom Einweiser eine Patienten Checkliste exakt ausgefüllt werden, die umfassend Auskunft über den Zustand des Patienten gibt. Bei Unklarheiten kommt es vor der Einweisung zum direkten Gespräch zwischen Manager und Einweiser.

### »Die Verweildauer von Patienten konnte von bisher durchschnittlich 11,4 Tagen auf 9,6 Tage reduziert werden.«

Diese Verbesserungen, die hauptsächlich auf Standardisierung und Vereinfachung aufbauen, garantieren mehr Termintreue und eine größere Planungsgenauigkeit. So konnte die Verweildauer von Patienten von bisher durchschnittlich 11,4 Tagen auf 9,6 Tage reduziert werden. Unnötige Wartezeiten verringerten sich um insgesamt 10 Prozent, die Produktivität konnte um 30 Prozent gesteigert werden. „Wir sind Mediziner und keine Experten für Organisations-Management“, sagt Prof. Dr. Beyersdorf zufrieden, „ohne Porsche hätten wir diese Lösungen nie gefunden.“

So fiel das Fazit des Rettungseinsatzes der Berater mehr als positiv aus. Medizinisch betrachtet heißt das: Die Operation ist geglückt und der Patient wohl auf.

R. Schloz

Dieser Artikel erschien erstmalig in Christophorus Nr. 318



Es folgt eine englischsprachige Kurzfassung dieses Artikels!  
English short version of this article:

#### TOPIC:

### Porsche Optimizing

**Added value in medicine: Porsche Consulting successfully provided first aid for the Uniklinik Freiburg's heart-and-vascular surgery process optimisation.**

Sometimes you are simply better able to focus when the doors are closed. Others might turn away because they are horrified, a consultant will be brave and moan into his surgical mask. It is not really pleasant for a layperson to watch a surgeon perform open-heart surgery. However, duty calls and this kind of involuntary curiosity won't, for once, kill the cat. After all, the Porsche Consulting staff find it very important to experience all aspects of their clients' world of work vividly before they evaluate/judge them, suggest improvements and implement those in a consistent fashion. This policy is always pursued, even if it means watching open-heart surgery. Consultant Bernd Wür-

sching says: "We wanted to get as many impressions as we could in this project." This project has the objective to attain 'lean processes' in Freiburg university hospital's heart-and-vascular surgery, i.e. making this hospital department even more efficient than it is. The Porsche Consulting consultants are rather intrepid. The means and ways of lean production, based upon the example of Porsche itself, which they use to optimise many a company's production to make it fit for the future have long since been transferred to areas like sales, purchasing and development. There's also an increasing number of service providers who recognise that an implementation of these methods of Japanese origins is quite useful in terms of more efficiency in daily routines. However, adapting lean thinking to a hospital's organisation was another

matter entirely. A real challenge to be faced, though. After all, their health is very dear to the Germans, in every possible sense. On average, it is 25% more expensive than in other European countries. Experts have calculated the gap in provision between insurance contributions and costs to come in a Euro 60 bn p.a. by 2030. The 2,200 hospitals with about 1 m employees and 145,000 doctors (2004) are the biggest cost factor – and really suffer from the latest reforms. Since hospitals meanwhile are only allowed to invoice case-based lump sums instead of daily rates, as it has long since been customary in other countries, many a clinic has financial problems. "German hospitals have to open up, face the changes and review their organisational structure," says Prof Friedhelm Beyersdorf. The head of heart-and-vascular surgery in Freiburg likes to see his well-functioning department serve as an example. Of all 1,700 operations performed in 2004, 75% – and thus the same share of patients' stays at the clinic – could be planned in advance. However, there were always some shortages on the wards and in the operating theatres. The reason was that there was quite a number of people who had the authority to admit patients independently of each other, which sometimes meant insufficient capacities in the intensive care unit in particular. In addition, there were always some patients arriving at Freiburg who hadn't undergone the necessary preliminary examinations. The result was a short-term deferral of their operation, which for patients is primarily a mental problem. Further, patients spent unnecessary time in expensive beds, which was also a problem for the clinic. This required some self-help, thought Prof Beyersdorf. But how? At a private meeting he discussed the problem with Dr Wendelin Wiedeking. Porsche's CEO was enthusiastic about it right away. Porsche funded the project, sent its optimisation experts of the group's own Porsche Consulting to Freiburg and took on board the hospital-experienced McKinsey consultants as equal partners. An unusual experiment on highly sensitive medical territory. To get

to an understanding meant to find one's way through a real maze of technical terms from two entirely different worlds. The doctors with their special field of "matters of the heart" talked of "axial flow pumps according to Jarvik", "thoracic aorta" and "HTX or LuTX transplants". The consultants, committed to an increase in efficiency, talked of "lean management tools" and propagated "value stream analysis" and the elimination of waste. That's how it goes when one group's task is to save lives and the other's to get business going. Still, both groups cooperated without hiccups. The office furnished for the purpose on ward "Blalock" was the consultants', C. Clauser, B. Würsching, H. Brandt (Porsche Consulting) and Dr M. Rowold (McKinsey), HQ for their research. For two weeks they accompanied doctors and nursing staff everywhere they went. They worked on wards and on shifts, kept watch in the intensive care unit, watched operations, did rounds with the doctors and interviewed all those involved. Accompanied by a number of workshops and other measures, the consultants first reinforced the department's team spirit before initiating changes. These changes were primarily about elimination waiting times for doctors, nursing staff and patients and to utilise the operating theatre and the expensive medical equipment in an ideal way. Incidentally, patients' recovery times and doctors' medical competence were no issue here. Still, the doctors first had to get used to seeing their life-saving bypass or heart-valve operations being degraded to nothing more than "added value". Everything else done to patients during their stay at the hospital was, more or less, deemed "waste" at any

rate. This might be called a rather idiosyncratic view of things but at least it is result-orientated. The improvements are based upon two basic changes. One, the introduction of 'clinical treatment paths', the other, the new 'patient management'. The clinical treatment path is the exact definition of the patient throughput during his period of hospitalisation. This makes for a standardisation of treatment stages, resulting, for example, in an operation checklist for doctor and nurse. The nurse will use the checklist to prepare the patient's operation before the surgeon comes on stage. The new patient management is the newly appointed patient manager's responsibility. He alone is responsible for the admission of patients. He knows all occupancy schedules (ward, intensive care unit, operating theatre) and can thus harmonise all imminent operations with intensive care occupancy. In addition, the transferring doctor has to fill in a patient

ent checklist in detail, which provides comprehensive information about the patient's condition. In case of uncertainties, the transferring doctor and the manager will talk to each other directly. These improvements, in the main built upon standardisation and simplification, guarantee a better and correct schedule and a better planning exactitude. The duration of patients' stays at the hospital, for example, has been reduced from 11.4 days to 9.6 days on average. Unnecessary waiting times have been reduced by 10 per cent, productivity has even seen an increase of 30 per cent. "We are doctors, no experts in organisation management," says a pleased Professor Beyersdorf. "We wouldn't have been able to find these solutions if it hadn't been for Porsche." The consulting "paramedics" conclusion was thus rather positive. Or to put it in medical terms: the operation was a success and the patient is well!

Transl: Vestido AG

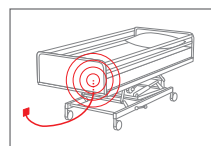
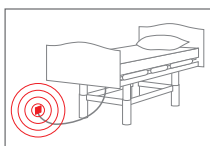


Einem fingerfertigen Chirurgen bei einer Operation am offenen Herzen konsequent über die Schulter zu schauen, ist für Laien nicht gerade ein Vergnügen.



Diese Netzfreischaltung gibt es nur bei Okin. Läuft kein Antrieb, läuft kein Strom: Er wird direkt und komplett am Netzstecker gekappt.

## Okin befreit.



**Netzfreischaltung ist nicht gleich Netzfreischaltung.** Übliche NFS's schalten die Spannung nicht komplett ab, es fließt noch

Standby-Strom (Abb. rechts). Allein die Netzfreischaltung von OKIN (Abb. links) trennt die Verbindung komplett mittels eines allpolig schaltenden Relais. Erst wenn der Hand-schalter betätigt wird, ist der Antrieb mit dem Netz verbunden. Ansonsten befindet sich das System in einem Zustand, als wäre der Netzstecker gezogen. Die OKIN Netzfreischaltung **befreit** ein Pflegebett garantiert von Strom und von Elektromog. Ein weiterer Vorteil: Bereits im Netzstecker ist eine Primärsicherung installiert. Diese trennt schon bei sehr geringen Unregelmäßigkeiten das Bett vollständig vom Netz und **befreit** so von Gefahren, die z. B. durch die Beschädigung eines Kabels auftreten könnten.



Okin Gesellschaft für Antriebstechnik mbH Marie-Juchacz-Str. 2 51645 Gummersbach Tel. (0 22 61) 79 42-0 Fax: (0 22 61) 79 42-118 info@okin.de www.okin.de

Ein Unternehmen unter dem Dach der Harald-Quandt-Holding

**B**ei zunehmendem Kostendruck im Krankenhaussektor besteht die Herausforderung, die Versorgungsqualität sicher zu stellen. Dazu müssen Strukturen kritisch betrachtet und aufgebrochen sowie Prozesse neu überdacht und optimiert werden. Das Krankenhaus muss sich von einer funktionalen Aufbau- und Ablauforganisation zu einer an einem durchgängigen Behandlungsprozess orientierten Organisation entwickeln.

Aus diesem Grund wurde am Klinikum Augsburg im Mai 2005 ein Projekt zur Neustrukturierung der hämatologisch-onkologischen und nephrologischen Ambulanz initiiert. Im Auftrag des Vorstands Anselm Berger, des Chefarztes Prof. Dr. Günter Schlimok, der Pflegedirektorin Christa Tischer und der Leiterin des Patientenservices Karin Döschner wurde eine Projektgruppe ins Leben gerufen, um die Prozesse der ambulanten Patientenversorgung neu zu strukturieren.

In der Ambulanz werden, in einer klassischen Ambulanzorganisation, täglich ca. 90 Patienten mit hämatologisch-onkologischen und nephrologischen Krankheitsbildern behandelt. Die Patienten verbringen bis zu sechs Stunden in den Räumlichkeiten der Ambulanz. Während dieser Zeit werden Therapiemaßnahmen, angefangen von der Blutabnahme über Knochenmarkpunktionen bis hin zur Verabreichung von Chemotherapien und der Behandlung von Nierenerkrankungen, vorgenommen. Dabei wird der Patient durch kompetentes Fachpersonal in Sprechstunden und während der Behandlung beraten und betreut. Für die Umsetzung des Projektes wurde eine interdisziplinäre Projektgruppe gebildet, bestehend aus Ärztlichem

THEMA:

## Ruhige Atmosphäre für Schwerkranke

### Prozessoptimierung am Klinikum Augsburg



Sprechstunde und Behandlung sind räumlich getrennt.

Arztgespräche, Redundanzen bei der Informationsweitergabe, lange Wege für Patienten und Mitarbeiter und unklare Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten für einzelne Aufgaben. Kern des Konzepts ist die Einteilung der Ambulanz in eine Sprechstunden- sowie eine Behandlungseinheit.

Der Sprechstundenbereich besteht aus zwei sog. „selbst steuernden Ambulanz-einheiten“, in denen Teams bestehend aus zwei Ärzten, einer Arzthelferin und einem Patientenkoordinator die Betreuung

Nach Abschluss der Umbaumaßnahmen wird das Konzept in der neu gestalteten Ambulanz umgesetzt werden. Die Projektarbeit zeichnet sich durch ein hohes Engagement aller Mitarbeiter der Ambulanz aus. Ebenso ist die volle Unterstützung durch die Projektauftraggeber für den Erfolg des Projektes von entscheidender Bedeutung. Denn nur durch die Einbeziehung aller Betroffenen in Entscheidungen und die Bereitschaft zu Veränderungen kann Prozessoptimierung gelingen.

Ch. Tischer, E. Rummel, C. Bergauer



Es folgt eine englischsprachige Kurzfassung dieses Artikels/ English short version of this article.

TOPIC:

### Optimizing Augsburg

**I**ncreasing cost pressure in the hospital sector notwithstanding, the quality of medical care has to be assured.

Transl. Vestido AG

**Christa Tischer**

Seit 1990 ist sie Pflegedirektorin im Klinikum Augsburg. Das Klinikum Augsburg ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit 1.614 Betten. Sie ist zuständig für den Pflege- und Funktionsdienst mit ca. 1.650 Mitarbeitern. Darüber hinaus ist sie Sekretärin und Kassenwartin der European Nurse Directors Association (ENDA).

**Carolin Bergauer**

Die Dipl.-Pflegerin (FH) absolvierte ihr Pflegemanagement-Studium an der Ev. FH Nürnberg. Seit 2005 arbeitet sie als Pflegedienstleiterin im Klinikum Augsburg. Ihr Schwerpunktbereich liegt in der Reorganisation der hämatologisch-onkologischen und nephrologischen Ambulanz und in den drei Medizinischen Kliniken.

**Elisabeth Rummel**

Die Krankenschwester (RbP) und zertifizierte Case Managerin ist seit 1996 am Klinikum Augsburg beschäftigt. Ihr Aufgabenschwerpunkt ist die Begleitung von Prozessoptimierungsprojekten.

Dienst, Pflegedienst und Administration. In gemeinsamen Workshops wurden im Rahmen der Aufbauorganisation alle Prozesse neu beschrieben und in Form von Verfahrens- und Arbeitsanweisungen festgehalten. Für die einzelnen Prozessschritte wurden klare Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten vergeben. Mit Unterstützung des externen Beraters, Robert Wieland von der Münchner Firma Econsult, wurde auf Grundlage der Ergebnisse der Ist-Analyse ein Soll-Konzept für eine neue Ablauforganisation entwickelt, mit dem Ziel der Vernetzung der Tätigkeiten aller beteiligten Berufsgruppen am Patienten- und Behandlungsablauf orientiert. Nach einer Ist-Aufnahme in Form von Interviews mit allen beteiligten Berufsgruppen und einer Begehung sowie Datenerhebung wurden die Prozesse in der Ambulanz in Form einer Stärken-Schwächen-Analyse näher beleuchtet. Kernpunkte der Betrachtung waren Bereiche wie Aufbauorganisation, Ablauforganisation, die räumliche und technische Ausstattung sowie die Kundenzufriedenheit. Es wurden unter anderem Verbesserungspotenziale aufgedeckt, wie lange Wartezeiten der Patienten auf Therapien und

ung des Patienten übernehmen. Der Patientenkoordinator, mit der Qualifikation eines/r Gesundheits- und Krankenpflegers/ in, ist verantwortlich für die gesamte Steuerung des Patientenflusses am Aufenthaltstag, die Planung von Aufnahme- und Diagnostikterminen und stellt die Kontaktstelle für interne (z. B. Stationen, Funktionsbereiche) und externe Schnittstellen (z. B. niedergelassene Ärzte) dar. Die Arzthelferin übernimmt neben den administrativen Tätigkeiten wie Patientenaufnahme an der sog. Patientenan-nahme, Leistungs- und Befunddokumentation und Aktenverwaltung, die direkte Assistenz des Arztes im Rahmen der Beratung und Untersuchung. Die Infusionstherapien und Punktionen finden in einer speziell dafür ausgestatteten Therapie- und Behandlungseinheit statt. Während dieser Phase ihrer Behandlung werden die Patienten durch erfahrenes Pflegepersonal betreut und beraten. Durch die räumliche und organisatorische Trennung von Sprechstunde und Behandlung wird eine ruhige Atmosphäre für die zumeist schwerkranken Patienten geschaffen. Den Patienten stehen in der Therapie- und Behandlungseinheit Serviceleistungen zur Verfügung (z. B. Fernseher, Zeitschriften, Getränke etc.), welche den Aufenthalt kurzweiliger und angenehmer gestalten sollen. Derzeit werden die vorhandenen Räumlichkeiten an die neue Aufbau- und Ablauforganisation angepasst und umgestaltet.

»Den Patienten stehen Serviceleistungen zur Verfügung, die den Aufenthalt kurzweiliger und angenehmer gestalten sollen.«

**Völker Betten bieten mehr.**  
**Mit ihrem stabilen Viersäulen-Teleskophub.**  
**Das ist wichtig für Sie.**  
**Wenn die Liegefläche auch in Arbeitshöhe und auch bei ungleichmäßiger Belastung stets horizontal und lateral absolut stabil gehalten wird, haben Pflege und Zupfleger mehr Sicherheit. Das beschleunigt Routinearbeiten. Und ist Teil eines Pflegekonzeptes, das Sie so nur bei Völker finden.**



**O**ffen sein nach innen und außen“ ist das Motto von Einrichtungsleiter Wolfgang Grunwald. Die Türen stehen Bewohnern, Angehörigen und Besuchern jederzeit offen, ebenso Grunwalds Büro. Damit sollen Schwellenängste abgebaut werden.

Viele Menschen, die einen Platz in der stationären Altenhilfe suchen, haben nur vage, negative Vorstellungen von ihrer Zukunft in der Einrichtung. Der dritte Lebensabschnitt sei doch nur ein Warten auf den Tod, hört Grunwald immer wieder. Aber Resignation ist fehl am Platz, wie das „Konzept Ansgar“ zeigt. Getragen von der Diakoniestiftung Alt-Hamburg, gestattet das Haus den 142 Bewohnern, ihr Leben so lange wie möglich aktiv mitzugestalten.

Das beginnt schon beim Einzug, denn neue Bewohner können neben Bildern, Andenken und anderen vertrauten Dingen auch die eigenen Möbel mitbringen. Die Grundausstattung der Zimmer besteht nur aus jeweils einem Völker Bett samt dazugehörigem Nachtschränken. „Wir haben auch schon einen anderen Hersteller angetestet, aber der konnte in punkto Service und Leistung nicht mithalten“, lobt Hausmeister Walter Jarren.

Das normale Leben geht also auch nach dem Umzug in die Einrichtung weiter. Die Bewohner können den eigenen Interessen nachgehen, ohne sich um all die lästigen Dinge des Alltagslebens kümmern zu müssen, dazu die Gewissheit, dass stets ein qualifiziertes Betreuerteam zur Seite steht. Grunwald spricht denn auch schmunzelnd vom „Mietvertrag mit Pflege“.

Und die Welt da draußen ist manchmal weit weg. Wäre auch schade, denn



Die Lokalpresse wunderte sich, dass das Gebäude „mehr an ein schönes, aufsergewöhnliches Hotel im stilvollen mediterranen Gesamtbild erinnert“.

... REFERENZEN:

## Die weite Welt kommt zu Besuch

### Das Altenzentrum Ansgar in Hamburg-Langenhorn

Fernsehstudio samt Schneideraum sorgt ein dreiköpfiges Team um Technik-Freak Walter Jarren für 24 Stunden Sendebetrieb täglich – ein Service, den längst nicht nur die gehbehinderten Bewohner schätzen.

Auf dem Programm stehen Nachrichten, Glückwünsche und Spiele zum Mitmachen, aber auch Film-Klassiker wie „Die Feuerzangenbowle“ mit Heinz Rühmann. Das Archiv umfasst 200 Streifen aus der Zeit, als die Bewohner jung waren.

Und dann hatte sie extra für uns einen leckeren Kuchen gebacken.“

Angefangen hat TV Ansgar mit einer zündenden Idee. Im alten Haus gab es eine Lautsprecheranlage, zum eigenen Fernsehsender fehlte also nur noch die Bildübertragung. Aber jede Idee braucht Geldgeber. In diesem Fall war es der Förderverein des Altenzentrums, der die Mittel für die technische Ausrüstung bereit stellte. 1991 von 25 Langenhornern gegründet, zählt der Förderverein heute nicht weniger als 440

Mitglieder. Manche haben Angehörige im Altenzentrum, andere planen, dort ihren eigenen Lebensabend zu verbringen. Der Förderverein organisiert eine ganze Reihe von Projekten, darunter ein Hunde-Besuchsprogramm und Lesungen mit renommierten Autoren, zuletzt Arno Surminski. Solche Namen

locken auch viele Zuhörer von außerhalb ins Haus. Auch das ist Offenheit nach außen.

An Ideen fehlt es im Haus Ansgar wahrhaftig nicht. Kein Wunder bei einem so großen Pool von Honorarkräften, Ein-Euro-Jobbern und Ehrenamtlern, denn jeder bringt seine speziellen Fähigkeiten und Ideen mit. So entsteht ein reichhaltiges Programm mit einigen großen Projekten, aber auch vielen kleinen Highlights wie Tai-Chi-Kursen und Ausflügen zum Hafen. Und das ist auch gut so, findet Wolfgang Grunwald: „Wir alle brauchen abwechslungsreiche Eindrücke, sonst werden wir irgendwann stumpfsinnig.“

Beim Projekt „Sütterlinstube“ können die Bewohner sogar ihr Wissen einbringen. Sütterlin, das ist die alte Schreibschrift, die von 1915 bis 1941 in der Schule gelehrt wurde, den meisten Senioren also von Kindesbeinen an vertraut ist. Die Jüngeren können sie dagegen oft gar nicht mehr entziffern. So ging es auch den Nachkommen eines früheren Weltkriegs-Soldaten, die noch einen – für sie freilich nicht lesbaren – Brief aus der Kriegszeit besaßen. „Übersetzer“ waren im Haus Ansgar schnell gefunden. Sie lasen den Brief ins Diktiergerät, sodass der Text später abgetippt werden konnte.

Es sollte nicht der einzige Auftrag bleiben. Bald etablierte sich die *Sütterlinstube*, ein Zusammenschluss von

»TV Ansgar hat sich längst einen Namen gemacht, sodass sich inzwischen auch Promis gern interviewen lassen.«



**Inge Hüsgen**

ist Redaktionsleiterin des *Skeptiker*, der sich aus einem interdisziplinären Blickwinkel mit umstrittenen Behauptungen aus Wissenschaft und Forschung beschäftigt. Als Redakteurin des *SinnesOrgan*, Newsletter des Hands-on-Museums „Turm der Sinne“ in Nürnberg, schreibt sie ferner über verblüffende Sinnes-täuschungen, die viel über die Mechanismen unserer Wahrnehmung verraten.

Die besten Einschaltquoten aber bringen Live-Berichte, so die Erfahrung von Walter Jarren. Dazu zählen nicht nur die wöchentlichen Übertragungen des Gottesdienstes in der Ansgar-Kir-



Für Bewohner und Besucher wird ein abwechslungsreiches Angebot bereitgehalten.

Hamburg-Langenhorn liegt mitten im Grünen, am Rand der pulsierenden Metropole. Ein nahe gelegener Park mit altem Baumbestand lädt zum Spazieren gehen ein, und der Ortskern mit seinem Einkaufszentrum ist ebenfalls nur wenige Straßen entfernt. Wolfgang Grunwald weiß die Lage als Wohlfühlfaktor zu schätzen: „Menschen, die Jahrzehnte lang auf dem Langenhorn Markt eingekauft haben, können auch im Alter noch die Stände besuchen und mit den Marktkeuten schnacken.“ Auch Ausflüge in die Innenstadt sind schnell gemacht, die U-Bahn braucht nur wenige Minuten.

Langenhorn und der Rest der Welt kommen auf Knopfdruck auch direkt aufs Zimmer. Möglich macht's „TV Ansgar“, der kleinste Fernsehsender Deutschlands, der ausschließlich in der Einrichtung zu empfangen ist. Produziert wird direkt vor Ort: Im eigenen

che gleich nebenan. Auch hauseigene Veranstaltungen werden gern angeschaut, sogar als Wiederholungssendungen: „Wenn sich unsere Bewohner selbst auf dem Bildschirm wiedererkennen – etwa in einem älteren Bericht, der Erinnerungen weckt – dann sind immer alle ganz begeistert.“

TV Ansgar hat sich längst im ganzen Norden einen Namen gemacht, sodass sich inzwischen auch Promis gern vor Walter Jarrens Kamera interviewen lassen. Dagmar Berghoff, Hannelore Hoger, Jeannette Biedermann, Ilse Werner und „Tagesschau“-Urgestein Jo Brauner sind nur einige der vielen Persönlichkeiten, die sich dem Fernseh-team von ihrer ganz privaten Seite zeigten. Besonders gern erinnert sich Jarren an den Termin bei der Altbundeskanzler-Gattin Loki Schmidt. „Wir mussten zwei Sicherheitsschleusen passieren, ehe wir endlich bei Frau Schmidt ankamen.

## Mehr Wissen über Pflege

„Bei der Pflege alter oder kranker Menschen wird in Deutschland immer noch zu sehr nach dem Motto ‚Das haben wir schon immer so gemacht‘ verfahren“, beklagt Prof. Christel Bienstein vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke und eine der Gründerinnen des Pflege e.V. Sie schätzt: „In der Medizin sind 20% der Verfahren auf modernstem wissenschaftlichen Standard. In der Pflege sind es vielleicht 0,005% und das muss anders werden.“

In Deutschland müsste viel mehr Forschung geleistet werden, um einer immer älter und damit pflegebedürftiger werdenden Bevölkerung adäquat zu helfen. Um diese Forschung mit Geld zu ermöglichen und diese Forschungsergebnisse auch

öffentlich zu machen, hat sich der Verein Pflege (künftig Stiftung Pflege) gegründet.

Der Verein Pflege will wissenschaftliche Forschung finanzieren und öffentlich machen. Schon jetzt können Sie auf der Internetseite [www.stiftung-pflege.com](http://www.stiftung-pflege.com) sehen, wie dies aussehen wird: Ein großer Wissensspeicher zu Pflegethemen wie Demenz, Dekubitus oder Schmerzen erschließt durch Verlinkungen den aktuellen Wissensstand für Betroffene und Angehörige. Auch das passende Krankenhaus, Altenheim oder ein häuslicher Pflegedienst in der Nähe lässt sich dort zukünftig recherchieren. Eine Reihe namhafter Unternehmen im Gesundheitssektor wie etwa die BARMER engagieren sich bereits für den Verein Pflege.

**Wenn Sie mehr wissen möchten, schreiben Sie bitte an:**

Pflege e.V., Geisbergstraße 39, 10777 Berlin  
oder Sie wählen das Info-Telefon: 030 - 21 91 57 20

**Wir brauchen Ihre Unterstützung. Spenden an:**

Pflege e.V. (gemeinnütziger Verein), Konto 021 332 4600  
Dresdner Bank AG, BLZ 440 800 50  
Eine Spendenbescheinigung schicken wir Ihnen gern zu.



Dr. Norbert Blüm, Kurator

„Pflege ist eine neue soziale Frage, die nicht nur mit Geld beantwortet werden kann. Gefragt ist auch eine neue Kultur der Zuwendung.“

**Pflege geht uns alle an!**

Dies ist das Motto des Pflege e.V., mit dem Bürger, Unternehmen, Fachleute und die Politik angesprochen werden.

- Ein Thema, das jeder am liebsten vor sich her schiebt, aber auch meist mit persönlichen Ängsten verbindet.
- Ein Thema, das die Verantwortung der Menschen und Generationen füreinander, aber auch die Verantwortung eines jeden Einzelnen für sich betrifft.
- Jeden kann es treffen, jeder kann pflegebedürftig werden und auf die Hilfe anderer angewiesen sein.

Wissen Sie, wer Sie pflegen wird und mit welcher Qualifikation?



Gesund bleiben! Gesund werden!  
2010, wenn nötig, gut gepflegt werden!

Senioren zwischen 65 und 95 Jahren, die ehrenamtlich und aus Freude an der Arbeit handgeschriebene Sütterlin-Texte in die moderne lateinische Schrift übertragen, jeder wie es seine Gesundheit erlaubt. Der Service steht jedem zur Verfügung, der alte handschriftliche Dokumente, Familienurkunden oder Verse aus Omas Poesiealbum besitzt. Die Anfragen kommen inzwischen aus der ganzen Welt, selbst aus den USA schicken die Nachkommen deutscher Auswanderer und jüdischer Flüchtlinge ihre Aufträge per E-Mails und CD-ROM.

Eine enorme Aufgabe, die indes auch gleich einen neuen Kooperationspartner auf den Plan gerufen hat. Dank der Zusammenarbeit mit dem Deutschen Senioren-Computerclub können die Sütterlin-Dokumente jetzt direkt am Bildschirm übertragen werden. *I. Hügen*



Es folgt eine englischsprachige Kurzfassung dieses Artikels/ English short version of this article.

REFERENCE:

The world visiting

Open to the outside and inside," is the Hamburg old people's centre Ansgar's director Wolfgang Grunwald's motto. The doors are open for residents, relatives and visitors at any time, as is Grunwald's office. This is supposed to reduce the fear of entering these places. Operated by Diakoniestiftung Alt-Hamburg (a charitable Protestant foundation), the centre allows 142 residents to co-determine their lives proactively for as long as possible. This starts as early as when they move in because all new residents may not only bring familiar things but also their own furniture. The rooms' basic equipment only consists of a Völker bed and a small bedside cupboard coming with the bed. "We have also tried another manufacturer but he wasn't up to scratch in terms of service and performance," is caretaker Walter Jarren's praise.

The environment and the rest of the world will visit the rooms at the push of a button. This is made possible by TV Ansgar, the smallest TV station in Germany, which can only be received in the old people's centre itself. Production takes place on site: in its own studio. There are news, congratulations and games to join in plus film classics. The best audience ratings, however, are reached by live broadcasts of church services in the Ansgar church and internal events. TV Ansgar has long since acquired a very good reputation up north and even celebrities like to be interviewed on this 'channel'. Another project is the 'Sütterlinstube'. This is a team of senior citizens between 65 and 95 years of age who transcribe texts written by hand in Sütterlin, the old script taught at school between 1915 and 1941, into our modern Latin script on a voluntary basis and out of pure pleasure. The service is available to everyone who has old hand-written texts or family register documents. *Transl: Vestido AG*

PRODUKTE & SERVICES:

Optimierung der Pflegeprozesse  
Völker Betten unterstützen, entlasten, erleichtern

Bestmögliche Eigenmobilisierung der Zupflegenden durch die elektromotorische Verstellung von Höhe und Liegefläche in Kombination mit geteilten Seitensicherungen mit Mittellücke entlasten die Pflege.



Abb.: Völker AG

»Die vielen Entwicklungen haben Völker Betten zu Produkten gemacht, die vom Wettbewerb gern nachempfunden werden.«

und ihrer Größe – gibt es schon zwei bis zwanzig Mitentscheider. Aber grundsätzlich – da haben Sie Recht – gilt schon das vorgegebene Budget.“

VöWö: „Wie kann man dann dennoch ein teures Bett verkaufen?“

HV: „Indem man den Verantwortlichen klar macht, dass mehr Wert auch mehr Preis bedingt. Wir machen das ja

jeden Tag, und jeden Tag machen wir unsere Aufträge. Natürlich vorzugsweise bei jenen Entscheidern, die eins und eins zusammenzählen können.“

VöWö: „Das interessiert nicht nur uns, sondern ja auch diejenigen, die Völker Betten – aus welchen Gründen auch immer – bislang nicht gekauft haben.“

HV: „Wer Budgets für Investitionen vorgibt, ohne diese vorher bereits im Sinne eines Return on Investment definiert zu haben, kann den Mehrwert eines Produktes oder einer Dienstleistung nicht bewerten. Oder aber – wie in unserem Fall – den Mehrwert eines Produktes, der sich aus seinem Beitrag zu einer mehr oder weniger aufwändigen Dienstleistung, nämlich der Pflege, ergibt.“

VöWö: „Können Sie das bitte noch einmal einfacher sagen?“

HV: „Return on Investment bemisst ursprünglich die Rendite des eingesetzten Kapitals. Das lässt sich aber auch auf Einzelinvestitionen erweitern. Ich kann ein Budget von 500.000 Euro einsetzen, ohne dass sich dadurch Rückflüsse ergeben – ich kaufe also einfach nur Betten, weil ich Betten als Liegeplätze benötige. Dann ist das eine Investition, die nichts zum Unternehmenserfolg beiträgt.“

Ich habe also für 500.000 Euro 250 Klinikbetten gekauft. Aber die Perso-

nalkosten für die Pflege ändern sich nicht.

Oder ich habe ein Angebot von Völker vorliegen: 250 Klinikbetten à 2.200 sind 550.000 Euro. Uups!

Wenn der Einkaufsverantwortliche aber eine Bewertung der Rückflüsse

Bitte umblättern

**Völker Betten bieten mehr.**  
**Mit vielen Möglichkeiten zur Mobilisierung und Eigenmobilisation.**  
**Das ist wichtig für Sie.**  
**Denn Multifunktionalität aller Features, elektromotorische Unterstützung aller Positionierungen und die Kombination dieser Möglichkeiten machen Zupflegende mobil und unterstützen so die Pflegemaßnahmen der Pflegenden. Nur ein Teil eines Pflegekonzeptes, das Sie so nur bei Völker finden.**



Abb.: Völker AG

Das einfach zu händelnde Völker MIS® ist wichtiger Baustein im umfassenden Völker Care Concept.



# Das meinen Experten zu Hea

## Experts on future HealthCare:



**Völker Klinikbetten sind vielfach ausgezeichnet. Für ihr Design. Und dafür, dass sie Pflegeprozesse wirksam optimieren.**

„Das Krankenhausbett ist in den letzten zehn Jahren außerordentlich optimiert worden – auf jeden Fall optisch betrachtet. Es hat sich von einem oft steril-weißen Stahlrohrbett in ein bestens designtes Pflegemöbel verwandelt. Auslöser war ein Völker Klinikbett, das 1996 auf den Markt gebracht wurde und binnen weniger Jahre den Krankenpflegemarkt aufrollte. Nicht nur, weil es ganz anders aussah, sondern auch, weil es viele Funktionen hatte, die so oder in dieser Vielzahl kaum ein anderes Bett aufweisen konnte. Das ist bis heute so geblieben. Bis heute ist das Völker Klinikbett das Original, dessen einzelne Produktvorteile die Pflegeprozesse erleichtern, praktikabler und sicherer machen und sich so zu einer Optimierungskette verbinden. Erwähnenswert sind hierbei die maximale Stabilität durch Vier-Säulen-Teleskophub, die elektromotorischen Positionierungen, die perfekte Mobilisierung bei optimalem Schutz, das einmalige Seitensicherungs-System, der Liegekomfort und die Dekubitusprophylaxe durch das wirksame Völker Micro-Stimulations-System und insgesamt das bessere Handling durch die Multifunktionalität. Rechnet man die umfassende elektrische Sicherheit und die permanente Bereitstellung auf Grund geringster Ausfallquoten hinzu, optimiert dies alles die Pflege um insgesamt 27 Prozent. Und zu Buche schlägt nach wie vor bestes HealthCare Design, das Pflegezimmern Hotelcharakter gibt und Ihrer Klinik Vorteile im zu erwartenden Wettbewerb.“

**Völker beds have got many awards. For their design. And because they efficiently optimise nursing processes.**

“Over the past ten years, hospital beds have been thoroughly optimised – visually, at any rate. They have turned from a frequently very sterile white steel tube bed into a top-design piece of nursing furniture. The whole development was triggered by a Völker hospital bed launched in 1996 and turning the entire hospital nursing aids market upside down in only a few years. Not only because it looked completely different but also because it had so many functions hardly any other bed featured, at least not in that number. And this hasn't changed, The Völker hospital bed is still the original whose individual product advantages make nursing processes easier, more practical and safer. Thus, the advantages form a whole optimisation chain. Notable in this context are the maximum stability provided by the four-telescope lift, electromotive positioning, perfect mobilisation at optimal protection, the unique side rail system, lying comfort and bedsore prophylaxis, the latter provided by the effective Völker Micro-Stimulation-System. This multifunctionality also makes for much better handling. Add to this the comprehensive electrical safety and the permanent provision because of shortest downtimes and you got it. All this optimises nursing by about 27%. And let's not forget our best HealthCare Design, which lends nursing rooms a hotel ambience and your clinic the edge in the competition to be expected.”

Heinrich Völker

Vorstandsvorsitzender Völker AG

CEO Völker AG



**Das Krankenhaus der Zukunft sieht anders aus. Denn Patienten wollen als Gäste behandelt werden. Das können Völker Klinikbetten bieten.**

„Unser Gesundheitswesen ist im Wandel. Krankenhausbetriebe werden sich von reinen Fürsorgeeinrichtungen zu Unternehmen entwickeln und sich als Dienstleister auch dem Wettbewerb stellen müssen. Das Selbstbewusstsein und damit die Ansprüche der Menschen haben zugenommen. Die rasante Entwicklung der Medizin verlangt, dass sich Abläufe und Bereiche im Krankenhaus ändern müssen. Durch die demografische Entwicklung der Bevölkerung gewinnen andere Krankheitsbilder an Bedeutung, die auch andere Aufgabenstellungen nach sich ziehen. Der reine Funktionalismus muss neuen Strukturen weichen. Die Kunst der Architekten besteht darin, das Detail zu gestalten. Wir müssen daran arbeiten, allen Menschen, die sich in einem Krankenhaus aufhalten – Patienten, Pflegepersonal und Besuchern – Orientierbarkeit zu geben: Der Mensch steht im Mittelpunkt; insbesondere der Patient, der oft mit großer Angst in das Krankenhaus kommt. Hier sollten wir, als Architekten, ein Ambiente gestalten, das Vertrauen schafft. Das gilt auch für das Pflegezimmer. Wenn hier Pflegemöbel im besten HealthCare Design die Arbeit des Architekten ergänzen, sind wir unserer Vision einen weiteren, guten Schritt entgegen gekommen.“

**The hospital of the future looks different. After all, patients want to be treated as guests. Völker hospital beds can do that.**

“Our healthcare system is subjected to changes. Hospitals will develop from mere nursing facilities to companies and, as service providers, face competition. People's self-confidence has grown and thus their standards risen. The rapid medical development demands that processes and departments in a hospital have to change. The demographic pattern means that it's new diseases which become predominant, in turn entailing different tasks and treatments. The mere functionalism has to give way to new structures. An architect's art is to design the details. We should endeavour to give orientation to all people in a hospital – be it patients, nursing staff and visitors: People are at the heart of things, especially patients, who are often very afraid when getting hospitalised. Here we architects should create an ambience which builds confidence. This also applies to the nursing room. If the best HealthCare Design complements an architect's dream, we have taken another step into the right direction.”

Prof. Christine Nickl-Weller

Professorin des Lehrstuhls für Entwerfen von Krankenhäusern und Bauten des Gesundheitswesens an der TU Berlin, Geschäftsführung der Nickl & Partner Architekten GmbH

Chair in hospital and healthcare building design, TU Berlin; Nickl & Partner Architekten GmbH Managing Board



**Pflege muss sich den Rahmenbedingungen anpassen. Sie muss sinnvoll strukturiert und konsolidiert sein. Dazu müssen wir alle einen wesentlichen Beitrag leisten.**

„In Zukunft wird Medizin verstärkt verantwortlich sein, die Pflege aber für die Folgen, die aus der Krankheit resultieren, die auf die Zukunft der Patienten abgibt. Chronische Erkrankungen werden in der Folge verbleibt der der Genesung wird, in von der Pflege geleitetem Klinikgelände verantwortlich übernommen. Die Pflege muss es sein, den immer komplexeren Anforderungen adäquate Lösungen gegenüberzusetzen. Dazu gehören intelligente Systeme zur Diagnostik und Therapie. Genau wie Instrumente zur Mobilisierung der Patienten, die Funktionalität gefordert, um die tagtäglich zu optimieren.“

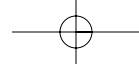
**Nursing has to face its basic conditions. It has to be appropriately structured and consolidated. We all have to partake in such a development.**

“In future, medicine will be more responsible for the results of disease and nursing for the results of disease and nursing. How the future will look like? Chronic diseases. As a result, the treatment of acute diseases. The time of recovery will be the result of the hospital's premises and run by nursing. The purpose should be to have adequate solutions in nursing. We have to create conditions for the nursing staff's work is made much easier. This includes intelligent bedsore prophylaxis prevention tools which also provide sufficient functionality in order to achieve high quality.”

Prof. Christel Bienstein

Leiterin des Instituts für Pflegewissenschaften Witten/Herdecke, Professorin für Pflegewissenschaften an der Universität Witten/Herdecke, Vorsitzende der Stiftung Pflege

Head of the healthcare sciences institute Witten/Herdecke; Chair in healthcare sciences Witten/Herdecke University; Chairwoman



# HealthCare der Zukunft:



**Ergebnisse stellen. consequent optimiert werden. lichen Beitrag leisten.**

verantwortlich für Diagnostik und Therapie  
ie aus Krankheit und Therapie resultieren.  
rankungen haben inzwischen die akuten  
der Akutbereich in den Kliniken. Die Zeit  
geleiteten ‚Genesungshäusern‘, auf dem  
ommen. Ziel und Zweck der Pflegewissen-  
plexer werdenden Pflegesituationen mit  
treten. Es müssen Voraussetzungen ge-  
in wichtigen Bereichen zu entlasten.  
zur Dekubitusprophylaxe und zur Dekubi-  
nte zur Sturzprävention, die gleichzeitig  
obilisierung bieten. Insgesamt ist höchste  
ägliche Pflege bei hoher Qualität sinnvoll

**ions.  
d and consistently optimised.  
velopment.**

responsible for diagnostics and treatment  
e and treatment.

ic diseases have replaced acute syndro-  
te diseases will remain in the clinics' do-  
he responsibility of 'recovery wards', on  
nursing. Healthcare sciences' intent and  
e solutions for ever more complex situati-  
nditions in which in very important areas  
ch easier.

rophylaxis and therapy systems plus fall  
sufficient mobilisation support. All in all,  
order to optimise everyday nursing at a

nschaft an der privaten Universität  
legewissenschaft an der Universität  
decke, Vorstandsvorsitzende

stitute at the private university  
e sciences at Bremen University and  
oman of Stiftung Pflege Foundation

**Die Pflegequalität kontinuierlich zu steigern,  
gelingt nur mit der richtigen Ausstattung.  
Deswegen haben wir uns für Völker Betten entschieden.**

„Kliniken und Krankenhäuser, die eine Investition in Krankenhausbetten pla-  
nen, haben intern einen umfangreichen Fragenkatalog abzuarbeiten.  
Das Klinikum Augsburg hat bereits vor Jahren eine Qualitätsinitiative als  
Antwort auf die sich wandelnden Prozesse im Krankenhaus und die veränderten  
Strukturen im Gesundheitswesen gestartet. Schon 2002 wurde das Pflege-  
management zertifiziert, denn nur so lassen sich die Leistungen im Pflege-  
und Funktionsdienst kundenorientiert, mit hoher Qualität, rationell und wirt-  
schaftlich erbringen. Dabei wird die Lösung komplexer Aufgabenstellungen  
fach- und bereichsübergreifend in Form von Projekten gelöst. So wurde auch  
die Entscheidung für die Investition unserer 1.300 Klinikbetten – die europä-  
weit ausgeschrieben war – getroffen: Alle Abteilungen, von der Pflege bis zur  
Technik, von der Hygiene bis zur Versorgung hatten die Betten aller Anbieter  
nach einem vereinbarten Prozedere zu bewerten.  
Völker Betten haben in den Bewertungskriterien des Auswahlverfahrens am  
Besten abgeschnitten. Wir sind sicher, mit dieser Entscheidung unsere Ziel-  
setzungen am besten und schnellsten realisieren zu können.“

**To increase the quality of nursing continually  
can only be done with the right equipment.  
That's why we opted for Völker beds.**

“Clinics and hospitals which plan an investment in hospital beds have to work  
through a comprehensive internal questionnaire. As early as a few years ago,  
Klinikum Augsburg launched a quality offensive in response to the changing  
processes at hospitals and changed structures in the healthcare system.  
Nursing management was certified as early as 2002. After all, this is the only  
way of rendering the nursing and functional services not only at a high quali-  
ty, but also in profitable and economical fashion. It is interdepartmental and  
interdisciplinary projects which solve complex problems, e.g. the decision on  
the investment in our 1,300 hospital beds, for which we had a Europe-wide in-  
vitation to tender: All departments, from nursing to the technical department,  
from hygiene to supply, had to evaluate all tenderers' beds in accordance with  
an agreed procedure.

On that agreed evaluation criteria's basis, Völker beds emerged as the winner.  
We are quite certain that this decision is the fastest and best way to attain our  
objectives.”

Christa Tischer

Pflegedirektorin, Klinikum Augsburg,  
Kuratoriumsmitglied der Stiftung Pflege

Head of nursing, Klinikum Augsburg; Member of the board of trustees  
Stiftung Pflege Foundation

**Völker Klinikbetten gelten weltweit als innovativer Marktführer.  
Das verpflichtet uns zum Total Quality Management.  
Nur so können sich Patienten und Pflege ganz sicher sein.**

„Betten sind ein wichtiges Hilfsmittel in Klinik und Krankenhaus. Umso wich-  
tiger ist es, bei der Risikobetrachtung auf der Basis von Normen und Richt-  
linien, aber auch bei der Bewertung aller Funktionen, höchste Maßstäbe an-  
zusetzen.  
Elektrische Krankenhausbetten unterliegen u. a. der ‚Norm für Medizinisch  
elektrische Geräte, Teil 2: besondere Festlegung für die Sicherheit von elek-  
trisch betriebenen Krankenhausbetten‘. Normen und Richtlinien schreiben  
den Mindeststandard vor, der eingehalten werden muss. Wie hoch der einzel-  
ne Hersteller darüber hinaus die Latte legt, bleibt ihm und seiner mehr oder  
weniger kritischen Risikobetrachtung überlassen.  
Risiken, die sich bei Klinikbetten trotz Einhaltung der Richtwerte ergeben kö-  
nnen, aber auch die Ausprägungen bestimmter Funktionen, betreffen Patien-  
ten, Pflege und Versorgung. Wie umfangreich z. B. ist das Schutzsystem für  
die elektrische Sicherheit? Entsprechen Seitensicherungen nur bei horizontale-  
rer Liegefläche oder auch noch bei Verstellung den Vorschriften? Besteht die  
Liegefläche aus HPL-Platten oder aus Micro-Stimulations-Elementen? Ist  
Waschstraßentauglichkeit tatsächlich gegeben?  
In diesem Sinne bieten Völker Klinikbetten eine Vielzahl von Vorteilen, die  
sich auch als Verminderung der Folgekosten auswirken.“

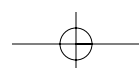
**Völker hospital beds are deemed global market leader.  
This obligates us to pursue Total Quality Management.  
That's the only way to make patients and nursing staff feel safe.**

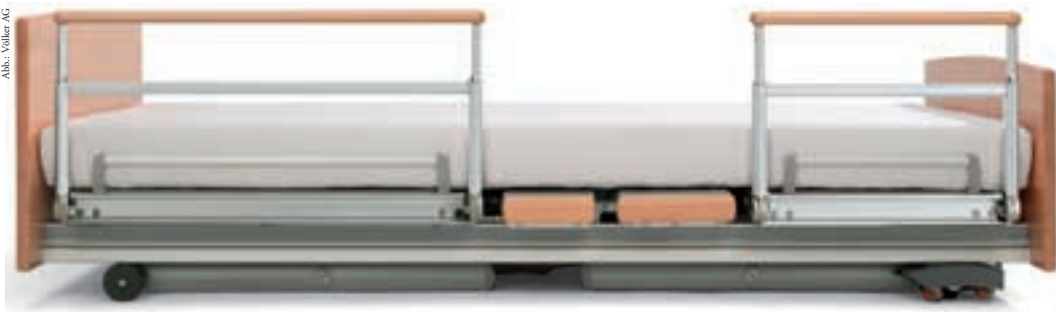
“Beds are an important aid in hospitals and clinics. This makes it even more  
important to apply the very highest standards in terms of a risk analysis ba-  
sed upon national and international standards and guidelines and also in  
terms of an evaluation of all functions.  
Electrical hospital beds are subject to the standard for ‘Medical electrical  
equipment – Part 2: special definitions for the safety of electrically driven hos-  
pital beds’. Standards and guidelines set the minimum standard which has to  
be complied with. Whatever a manufacturer wants to do beyond this standard  
is up to him and his either more or, perhaps, less critical risk analysis.  
Risks, which might, after all, become a factor despite all our compliance with  
standards and guidelines, but also some of the beds' functions do indeed af-  
fect patients, nursing staff and medical care in general. Think of these questi-  
ons, for example: How extensive is the electrical safety system? Do side rails  
only meet the regulations when the lying surface is in a horizontal position or  
also when adjusted? Does the lying surface consist of HPL plates or Micro-  
Stimulation elements? Can the beds really be jet-washed?  
In this sense, Völker hospital beds provide a lot of advantages which also re-  
duce follow-up costs.”

Stephanie Cieslak

Leitung Total Quality  
Management der Völker AG

Head of Total Quality  
Management, Völker AG





Ganz neu und ein zusätzliches Instrument zur Optimierung der Pflege bei extrem Sturzgefährdeten: das Niedrigstbett von Völker

vorgenommen hat, mit dem Ergebnis, dass hier ein Optimierungsbeitrag von 13% realisiert werden kann, dann liegt das Völker Bett bereits nach einem Jahr Nutzung im Plus.“

VöWö: „Wie lässt sich das denn feststellen?“

HV: „Das geschieht meist im Rahmen einer Musterstellung und damit verbunden durch einen Check, um so die Auswirkung aller angepriesenen Benefits auf die pflegerischen Routinearbeiten und die technische Bettenversorgung bestimmen zu können.“

VöWö: „Und da schneidet Völker immer um so viel besser ab?“

HV: „Da schneiden Völker Betten immer um so viel besser ab, dass sich ein Mehrpreis rechnet! Was nutzen Pflegebetten, die den Kostenblock für die Pflege in keiner Weise – und schon gar nicht positiv – verändern? Nichts.“

VöWö: „Sie erwarten, dass bei einer Investition in Pflegebetten die Rückflüsse, also ihr zu erwartender Beitrag zum Unternehmenserfolg, im Rahmen einer betriebswirtschaftlichen Analyse erkannt und entsprechend berücksichtigt werden. Und das dies bei Völker Betten signifikant ist?“

HV: „Ich hätte es nicht besser sagen können. Wir haben erste Studien vorliegen, die in der Pflege eine Einsparung allein bei Routinearbeiten von 6 Minuten pro Tag pro Völker Bett ge-

genüber anderen High-End-Betten ausweisen. Das hört sich erst einmal wenig an. Wenn man das aber bewertet, sind das 3,60 Euro pro Tag, die sich im Jahr auf 1.300 Euro summieren.“

VöWö: „Die Bezugsgröße zu 3,60 Euro ist ...?“

HV: „... ist ein Stundensatz netto/netto von 36 Euro für das Pflegepersonal.“

VöWö: „Und der Beitrag zum Unternehmenserfolg ergibt sich bitteschön wodurch?“

HV: „Er resultiert daraus, dass Völker Betten nicht einfach nur Pflegehilfsmittel sind. Sie sind durch viele Features zu einem ganz wesentlichen Faktor für die Optimierung von Pflegeprozessen und zur Maximierung der Qualität geworden, die zudem mit dem Grad der Immobilität der Zupflegenden überproportional anwächst.“

VöWö: „Das sind welche Features?“

HV: „Fangen wir mit der elektromotorischen Unterstützung sämtlicher Positionierungen an: Hub, Liegefläche

und die Kombination beider Möglichkeiten von Trendelenburg bis zur Komfortsitzstellung. Das funktioniert mit garantierter elektrischer Sicherheit, macht Zupflegende mobil, entlastet die Pflege.

Zweitens: Der patentierte und deshalb nicht zu übertreffende stabile Hub über vier Teleskopsäulen, die die Liegefläche auch in Arbeitshöhe und auch bei ungleichmäßiger Belastung stets absolut horizontal halten. Das bedeutet mehr Sicherheit für Pflege und Zupflegenden.

Drittens: Das patentierte Seitensicherungs-System mit seinen vier variabel und zweifach aufzustellenden Elementen mit Ausstiegs-Mittellücke. Das entspricht voll und ganz den Empfehlungen des Expertenstandards Sturzprophylaxe. Das gibt variable Sicherheit bei der tagtäglichen Pflege, gleichzeitig individuell abgestimmten Schutz für die Zupflegenden.

Ganz neu haben wir ein Niedrigstbett entwickelt, aus dem extrem Sturzgefährdete nur noch herausrollen können (s. Abb. oben links).

Viertens: Die individuelle Verstellung der verteilten Liegefläche per Handschalter in jede gewünschte Position. Das ist eine enorme Entlastung und damit Zeitersparnis für die Pflege.

Fünftens: die Kombination dieser

drei Features, von Hub, Liegeflächenpositionierung und variablem Einsatz der Seitensicherungen als Mobilisierungs-, Aufrichte- und Ausstiegshilfe zur Eigenmobilisation der Zupflegenden.“

VöWö: „Das alles macht sich in der Pflege wie bemerkbar?“

HV: „Man kann elektromotorisch betriebene Völker Betten natürlich überhaupt nicht mit mechanischen oder hydraulischen Betten vergleichen. Innerhalb der Gruppe der sogenannten High-End-Betten – jene, die überhaupt Kostenvorteile in der Pflege bringen können – haben gesundheitsökonomische Vorstudien einen Optimierungs-

lingt ihnen aber immer nur eine technische Umsetzung zweiter Wahl. Und mit fünf Mal zweiter Wahl liegen sie dann 17% zurück.“

VöWö: „Nun bieten Sie seit drei Jahren das Völker Micro-Stimulations-System an ...“

HV: „Ja. Eine wirkliche Innovation und ein weiterer Baustein für ein ganzheitliches Pflegekonzept. Das macht sich – auf jedes Bett anteilig umgerechnet – mit weiteren 10% positiv bemerkbar und beeinflusst im selben Umfang positiv auch den entsprechenden Kostenblock.“

VöWö: „Macht summasummarum 27% Optimierungsvolumen?“

HV: „Richtig gerechnet. Und wenn diese Zahlen eine Minimierung der entsprechenden Personalkosten im gleichen Umfang

### »Was nutzen Pflegebetten, die den Kostenblock für die Pflege in keiner Weise – und schon gar nicht positiv – verändern? Nichts!«

versprung aufgrund der genannten Features für Völker von 13% ermittelt. Das entspricht ziemlich genau den durchschnittlich und pro Tag eingesparten 6 Minuten bei Routinearbeiten.

Hinzu kommen elektrische Sicherheit und die permanente Bettenbereitstellung durch geringe Wartung und geringste Reparaturanfälligkeit. Dann liegen wir bei 17%.“

VöWö: „17% gegenüber anderen sogenannten High-End-Betten?“

HV: „Ganz richtig.“

VöWö: „Was machen die anderen falsch?“

HV: „Gar nichts. Sie können es nur nicht ganz richtig machen, weil alle unsere Entwicklungen geschützt sind. Ich vermute mal, sie arbeiten nach folgender Strategie: Erst halten sie unsere Entwicklungen für überflüssig, dann ahmen sie diese nach. Unter Umgehung unserer geschützten Innovationen ge-

mit sich bringen, kann ich leicht den Return on Investment bewerten und damit den Mehrwert bei einer Investition in Völker Betten auch unter Berücksichtigung höherer Einstandspreise.“

VöWö: „Lassen Sie uns rechnen. Wie hoch sind denn z. B. die Personalkosten in der Altenpflege?“

HV: „Rund 10.000 Euro pro Bett und pro Jahr.“

VöWö: „Da haben sich ja 100 Euro Mehrpreis schon bei einer Nutzungsdauer von nur einem halben Monat amortisiert. Und die Personalkosten pro Bett und Jahr in Krankenhäusern?“

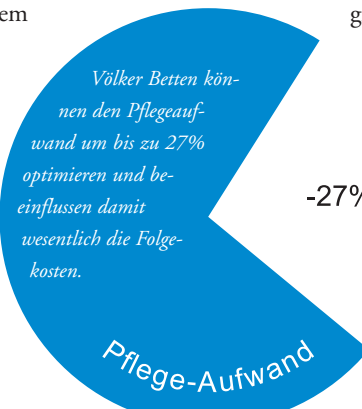
HV: „Über 20.000 Euro.“

VöWö: „Und es gibt immer noch Einrichtungen, die keine Völker Betten kaufen?“

HV: „Ja. Aber – wie wir feststellen können – es gibt immer weniger.“

VöWö: „Vielen Dank für dieses Gespräch.“

Interview: H. Heine



### »Wir haben erste Studien vorliegen, die in der Pflege eine Einsparung von 6 Minuten pro Tag pro Völker Bett gegenüber anderen High-End-Betten ausweisen.«

Es folgt eine englischsprachige Kurzfassung dieses Artikels/ English short version of this article:

#### PRODUCTS&SERVICES:

### Care Optimization

We asked Heinrich Völker what's behind the Völker Care Concept.

HV: "This is the idea of a bed which comes up to the residents' and patients' expectations and, at the same time, also meets nursing standards and bed management's requirements. And it has to be profitable for the operator."

VöWö: "To the best of our knowledge, the usual procedure is this. 100 beds are required, there's an invitation to

tender, the cheapest bed will be purchased and the purchasing manager has done his job as best he could."

HV: "Indeed, purchasing managers often have a pre-set budget."

VöWö: "How do you sell an expensive bed, then?"

HV: "Who has a clearly defined budget for investments without having predefined them in terms of a return on investment is totally unable to assess the added value of a product or a service. Or, as in our case, the added value of a product which is yielded by its contribution to a more or less expensive service, viz. nursing."

VöWö: "Could you please put that a bit simpler?"

HV: "Return on investment' measures the return on individual investments as well. I can have a budget of Euro 500,000 without any returns, i.e. I simply buy beds because I need them to lay people in. This is not an investment which would lead to any business success."

So, I have bought 250 hospital beds for Euro 500,000, but there's no reduction in nursing personnel costs.

But I also might have a tender submitted by Völker: 250 hospital beds for Euro 550,000, i.e. Euro 2,200 apiece. If a purchasing manager has evaluated the return on the investment he will find out that it could come in as high as 15%. That means, the Völker bed has the edge after all."

VöWö: "Does Völker always have such an edge?"

HV: "It always has an edge that will make the additional amount pay off! What use are healthcare beds that are of no use at all, that do not reduce nursing personnel costs in the slightest – forget them!"

VöWö: "To put it this way: You expect that for an investment in healthcare beds their return will have been noticed and taken into account? And you deem it significant for Völker beds?"

HV: "The added value results from the fact that Völker beds are no mere nursing aids. There are many features which make them an integral part of nursing process optimisation and quality maximisation."

VöWö: "What features are these?"

HV: "Let's start with the electromotive support for all positions: lift, lying surface and the combination of both possibilities, from Trendelenburg to a comfortable sitting position. This makes patients mobile and the nursing staff's work easier."

In the second place, the patented and thus unsurpassable and stable four-telescope lift, which keeps the lying surface absolutely horizontal at working height and even when loaded unevenly. This means much more safety



Völker Betten bieten absolute Stabilität der Liegefläche auch in Arbeitshöhe und auch bei ungleichmäßiger Belastung durch einen Viersäulen-Teleskop-Hub.

for the patient and the nursing staff. In the third place, the patented side rail system with its four variable two-level elements and central exit gap. This makes for variable safety during nursing and, at the same time, individually adjusted protection for the patient. In the fourth place, the individual positioning of the four-part lying surface with the ergonomic advantages of mattress retraction when sitting up or being sit up. This makes for more comfort for the patient and the nursing staff's work much, much easier. In the fifth place, the combination of lift, lying surface position and variable employment of the side rails as a mobilisation, sitting-up and exiting aid for the patient."

VöWö: "How does that affect nursing?"

HV: "Preliminary health-economic studies have already revealed an optimisation edge of 15% Völker has for the above-mentioned features."

Now you have to add the permanent supply of

beds based upon low maintenance and almost no repairs: that's another 2%, which makes it 17% in all in terms of routine nursing."

VöWö: "17% more than in other so-called high-end beds?"

HV: "Indeed."

VöWö: "What's the other manufacturers' mistake?"

HV: "There's none: They can't get it right because our developments are patented."

VöWö: "And there are still facilities not buying Völker beds?"

HV: "Yes. Although, and we are the first to know, these are getting less and less."

VöWö: "Mr Völker thanks very much for this very interesting talk."

Transl: Vestido AG

### »The added value results from the fact that Völker beds are no mere nursing aids. There are many features which make them an integral part of nursing process optimisation and quality maximisation.«



Das patentierte Seitensicherungs-system mit geteilten Elementen und ausreichend großer Mittellücke unterstützt alle Pflegemaßnahmen bedarfsgerecht.

**D**ie Rhön-Klinikum AG war Pionier bei der Privatisierung deutscher Krankenhäuser. Gegründet von einem krassen Außenseiter mit ausgeprägter Fantasie ist dem Konzern bislang alles geglückt. Nun steht das Unternehmen vor seiner größten Herausforderung.

Eugen Münch, 60, ist eher klein, trägt einen Oberstudienratsbart und raucht unentwegt Pfeife. Bart und Pfeife hat er sich zu Beginn seiner unternehmerischen Karriere vor rund 30 Jahren zugelegt, um etwas gegen den Milchbubi-Eindruck zu tun. Das hat offenbar funktioniert. Der geborene Schwabe und gelernte Müller hat 1974 mit 5.000 Mark Startkapital in Bad Neustadt an der Saale den Grundstein zu einem der erfolgreichsten deutschen Krankenhauskonzerne gelegt. Seine Geschichte fasst der Mann, den ein guter Bekannter „einen sympathischen Bulldozer“ nennt, irgendwann so zusammen: „Alle haben gesagt, es geht nicht, und ich habe bewiesen, dass es doch geht.“

Münch hat als Erster bewiesen, dass sich private Spezialkliniken auch mit Kassenpatienten rechnen. 1989 hat er seine Rhön-Klinikum AG als erstes Unternehmen der Branche an die Börse gebracht, um dann zu demonstrieren, dass auch Allgemeinkrankenhäuser privat funktionieren. Und nun versucht er sich an der ersten Übernahme eines Universitätskrankenhauses in Europa.

Die Rhön-Klinikum AG bekam jüngst den Zuschlag des Landes Hessen für die Übernahme der Unikrankenhäuser Gießen und Marburg. Gemacht hat den Deal nicht mehr Münch, sondern sein neuer Vorstandsvorsitzender Wolfgang Pföhler. Der Gründer und

»Alle haben gesagt, es geht nicht, und ich habe bewiesen, dass es doch geht.«

Hauptaktionär hat sich vor etwa einem halben Jahr auf den Aufsichtsratsvorsitz zurückgezogen und überlässt das Geschäft dem Vorstand. Sagt er jedenfalls. Beim Interview mit Münch und Pföhler kommen an der Rollenverteilung leise Zweifel auf: Der Gesprächsanteil liegt schätzungsweise bei 80 zu 20.

Pföhler ist das Gegenmodell zu Münch: groß, schlank, diplomatisch. Er kann reden wie ein Politiker, weil er einer war. Der CDU-Mann hat auch einen Rekord vorzuweisen: Mit 28 war er jüngster Bürgermeister der Republik in Mannheim. Später hat er dort als Geschäftsführer die Universitätsklinik saniert. Pföhler wird in der Branche geschätzt, er ist gut verdrahtet und unter anderem Vizepräsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Er weiß, wie Gremien funktionieren. Das war bei den Verhandlungen in Hessen nützlich. Der Wechsel an der Spitze deutet auf eine Zeitenwende nicht nur bei Rhön hin: Die Krankenhausprivatisierung, die Münch als Pionier vorangetrieben hat, ist zum Selbstläufer geworden. Die Zahl der Kliniken in öffentlicher oder gemeinnütziger Trägerschaft sinkt, die in privater steigt. Viele kommunale Hospitäler stehen vor der Pleite, werden geschlossen oder von Konzernen übernommen. Die Akquisitionsmaschine Rhön läuft wie geschmiert. Seit dem Börsengang sind Umsatz und Ertrag jedes Jahr gewachsen, heute gehören 41 Kliniken mit rund 22.000 Mitarbeitern zum Konzern, der nun vor allem mit der Integration der Unikliniken Marburg und Gießen zu tun haben wird.

Dabei ist Geschmeidigkeit gefragt, Bulldozer könnten kontraproduktiv wirken. Über die jüngsten Ärzteproteste sagt Münch beispielsweise: „Wenn Gerhart Hauptmann heute noch lebte, müsste er nicht ‚Die Weber‘, sondern ‚Die Ärzte‘ schreiben. Die reagieren auf die Industrialisierung des Gesundheitssystems genauso hilflos wie die Weber

THEMA:

## Die Gesundheitsfabrik

Der Pionier der Privatisierung vor seiner größten Herausforderung



Bulldozer mit Pfeife: der Macher Eugen Münch in der noch ungewohnten Rolle des Aufsichtsratsvorsitzenden.

im 19. Jahrhundert auf die Textilindustrie.“ Industrialisierung klingt nicht nur für viele Ärzte, die sich als Handwerker, wenn nicht als Künstler verstehen, unschön, doch es trifft die Sache. Krankenhäuser werden reorganisiert wie Autofabriken vor 20 Jahren. Nach Schätzungen von Heinz Lohmann, ehemaliger Chef des mittlerweile privatisierten Landesbetriebs Krankenhäuser in Hamburg und heute Berater, schlummern im Gesundheitssystem Produktivitätsreserven von 30 Prozent.

Die könnten mit sattem Profit gehoben werden, ohne dass die Qualität der Krankenversorgung leide. Im

Gegenteil.

Ein prima Geschäft. Eugen Münch hat es früh erkannt, weil er von außen kam und nicht an der im Gesundheitssystem verbreiteten Betriebsblindheit litt. In die Branche geriet er aus purem Zufall. Nach seinem Diplom in Betriebswirtschaftslehre arbeitete er Anfang der 70er Jahre bei einem Steuerberater, um sein Zweitstudium in Jura zu finanzieren. Damals kamen Steuersparmodelle auf: Besserverdienende investierten in obskure Bauprojekte, um dem Fiskus ein Schnippen zu schlagen. Über seinen Chef geriet Münch an ein solch gescheitertes Hotelprojekt im Bayerischen Wald, das im Rohbau stecken geblieben war. Die Anleger waren verzweifelt, und der Steuerberater fragte, ob Münch, den er als fantasiebegabt kennen gelernt hatte, nicht sein Glück versuchen wollte – es konnte ja nur schief gehen. So kam der 27-Jährige an einen Geschäftsführerposten in einer Abschreibungsgesellschaft, die er tatsächlich rettete. Er wandelte das Hotel in eine Kurklinik um, weil das steuerlich vorteilhaft war, brachte sie ins Laufen und verabschiedete sich, um weiter zu studieren. Doch da wartete schon der nächste hoffnungslose Fall auf ihn.

In Neustadt an der Saale, im damaligen Zonenrandgebiet, hatte eine Gruppe von Investoren ein monumentales Reha-Zentrum über die Altstadt gesetzt (die Karl der Große, so geht die Sage, als Zeichen seiner Liebe der Kaiserin Fastrada in Herzform zu Füßen gelegt hatte). Die vier 14-stöckigen Betonklötze mit schlichten Einzimmer-Apartments waren grotesk überdimensioniert für einen Kurbetrieb, der nie in Gang gekommen war.



Es folgt die englischsprachige Fassung dieses Artikels/ English version of this article

TOPIC:

### The Health Factory

Rhön-Klinikum AG pioneered the privatisation of German hospitals. Founded by a complete and really imaginative outsider, this group has, as yet, been very successful.

Now the company faces its biggest challenge.

Eugen Münch, 60, is rather small, sports a “headteacher’s” beard and smokes the pipe relentlessly. He got the beard and the pipe at the beginning of his entrepreneurial career about 30 years ago to fight the milk face impression he left. It seems to have worked. Born in Swabia and trained as a miller, in 1974 he laid the foundation stone for one of the most successful German health groups with seed money of DM 5,000

in Bad Neustadt. Mr Münch, whom a friend calls “a pleasant bulldozer” summarises his vita as follows: “All have always said, it can’t work, but I have proven that it does.”

Münch was the first to prove that private specialised hospitals are profitable even when admitting patients with statutory health insurance (as opposed to those having taken out a private insurance). In 1989, Rhön-Klinikum AG went public as the first company of the sector and Münch subsequently showed that even general hospitals work when run privately. Now he tries his hand at the first European acquisition of a university hospital.

The State Hessen has recently accepted Rhön-Klinikum AG’s tender for the acquisition of the university hospitals Gießen and Marburg. The deal had no longer been brokered by Münch but by the new CEO, Wolfgang Pföhler. About six months ago, the founder and principal shareholder retired to the position of chairman of the supervisory board and now leaves running the company to the executive board. At least, that’s what he says. During the interview with Münch and Pföhler we got some doubts. Münch beat his CEO 80%: 20% in terms of talking.

Pföhler is Münch’s opposite: tall, slim, diplomatic. He can talk like a politician because he used to be one. In Mannheim, at 28 the Christian Democrat once even was the youngest mayor in Germany. Later he became managing director of the university hospital there, which he put back on even keel.

To be continued in Völker World 23

Transl.: Vestido AG

This Article was first published in Brand Eins, 3/2006

Anzeige

**Völker Betten bieten mehr.**  
**Mit ihrem System von geteilten Seitensicherungen mit Mittellücke.**  
**Das ist wichtig für Sie.**  
**Denn nur dieses Seitensicherungssystem lässt sich so variabel einsetzen und bietet bei den unterschiedlichsten Pflegemaßnahmen jeweils größtmögliche Sicherheit bei gleichzeitig bedarfsgerechtem Schutz des Zupflegenden. Und ist Teil eines Pflegekonzeptes, das Sie so ausgereift nur bei Völker finden.**



Fortsetzung in Völker World 23

J. Bergmann

Dieser Artikel erschien erstmalig in Brand Eins, 3/2006

**L**eere Betten und leere Kassen: Verzweifelt kämpfen viele Kliniken in Deutschland ums Überleben. Zugleich waren die Ärzte nie zuvor so unzufrieden. Das deutsche Krankenhaussystem steht vor einem gewaltigen Umbau. Die Streiks sind die Folge der Krise – und verschärfen diese zugleich.

Im Untergeschoss des Bonner St.-Johannes-Hospitals ist nur das Summen der Klimaanlage zu hören; die Flure sind menschenleer. „Noch vor ein paar Wochen war hier voller Betrieb“, sagt Krankenhaustechniker Georg Liehsem, „diese Totenstille jetzt – das ist schon erschreckend.“ Mitte Dezember wurde die Klinik, von den Anwohnern liebevoll „Joho“ genannt, nach 156 Jahren Betrieb geschlossen. Nur Liehsem und ein Kollege halten die Stellung, bis das, was an Geräten noch verwendbar ist, abtransportiert ist. Im Souterrain, wo die Krankengymnastik untergebracht war, geht Liehsem vorbei an nackten Massagebänken und leeren Badewannen. Im Personalraum steht die Kaffeemaschine auf dem sauber gewischten Tisch. Liehsem steigt die Treppe mit dem schmiedeeisernen Geländer zum Spitzbogengewölbe des Erdgeschosses hinauf. „Wir waren wie eine große Familie“, erzählt er. „Viele Kollegen haben 20 Jahre lang hier gearbeitet.“ Jetzt hängen in der Intensivstation, wo einst die Ärzte um das Leben ihrer Patienten kämpften, die Kabel aus der Wand. Die Betten sind weg, die Beatmungsgeräte mit Laken verhängt. Das Johannes-Hospital war das älteste Krankenhaus

THEMA:

## Heilen am Fließband

### Der Kampf deutscher Kliniken ums Überleben



Kliniken im Um- und Abbruch: Laut Studien sollen bis zum Jahr 2020 ein Viertel der deutschen Kliniken vom Markt verschwunden sein.

34 Universitätskliniken in Deutschland und an zahlreichen Landeskrankenhäusern traten sie in den vergangenen Monaten in den Ausstand. In Leipzig, Köln, Hannover und Ulm gab es Großkundengebungen. Die Forderung der Mediziner: 30 Prozent mehr Gehalt. Das klingt weltfremd, und doch äußern viele Klinikchefs Verständnis. Denn sie wissen: In kaum einem anderen Industrieland verdienen die Klinikärzte so

schalen abgerechnet werden, sogenannten DRG (Diagnosis Related Groups). Wo die Krankenkassen einst Tagessätze zahlten, erhalten die Krankenhäuser jetzt für jeden Patienten eine Pauschale – die je nach Diagnose unterschiedlich hoch ist. Die Entfernung eines Blinddarms etwa bringt ungefähr 1.900 Euro, eine laparoskopische Gallenblasenoperation rund 2.500 Euro und eine Herztransplantation bis zu 110.000 Euro.

Seither gilt: Schafft es das Kranken-

haus, den Patienten effizient zu behandeln und schnell wieder zu entlassen, verdient es an ihm. Schafft es das nicht, zahlt es drauf. Noch erhalten zwar große Kliniken in Ballungsräumen pro Fall etwas mehr Geld, da sie im Durchschnitt besonders teuer arbeiten. Doch ab 2009 sollen für alle gleiche Bedingungen herrschen.

Eine „betriebswirtschaftliche Revolution“ nennt Heinz Kölling, Präsident des Verbands der Krankenhausdirektoren, diese Veränderung. Jörg-Dietrich

Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, meint gar: „Die deutsche Krankenhauslandschaft wird umgepflügt.“

Effizienz und Spezialisierung, so lautet nun das Überlebensrezept. Gleichgültig ob kommunales, kirchliches oder Universitätskrankenhaus, egal ob groß oder klein – wer irgendwie mithalten will, wird sich umstellen müssen. Das zeigen auch zwei neuere Studien, in denen das Essener Wirtschaftsforschungsinstitut RWI und die Wirtschaftsprüfer von Ernst & Young unabhängig voneinander prognostiziert haben, wie die Krankenhauslandschaft der Zukunft aussehen wird. Demnach verkürzen sich die Liegezeiten drastisch, viele Behandlungsformen wandern ganz in den ambulanten Bereich ab; nach der Prognose von Ernst & Young wird sich die Anzahl der Betten je 100.000 Einwohner von 636 im Jahr 2000 auf 293 im Jahr 2020 mehr als halbieren. Es werden bis 2010 zehn Prozent (RWI), bis 2020 sogar ein Viertel (Ernst & Young) der zurzeit etwas mehr als 2.100 deutschen Kliniken vom Markt verschwunden sein. Es wird der Einfluss privater Krankenhausbetreiber massiv ansteigen – vor allem auf Kosten der kommunalen Hospitäler.

Bereits im Jahr 2010 wird es nach der RWI-Prognose genauso viele private wie öffentlich-rechtliche Krankenhäuser geben. Ernst & Young zufolge wird bis 2020 die Zahl der öffentlich-rechtlichen Häuser sogar auf nur noch 225 sinken, die Zahl der privaten hingegen auf 675 ansteigen. Des Weiteren müssen Kliniken, die am Markt bestehen wollen, ihre Effizienzreserven deutlich besser nutzen. Dazu gehören vor allem die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, eine Spezialisierung und die

### »Die deutsche Krankenhauslandschaft wird umgepflügt.«

der Stadt, der berühmte Chirurg August Bier hat Anfang des 20. Jahrhunderts hier operiert. Doch das Joho war und blieb ein Krankenhaus alten Typs: ein Allgemeinkrankenhaus, geliebt von Mitarbeitern und Anwohnern – aber ohne markante Spezialisierung, ohne Profil, mit dem es sich von den anderen neun Bonner Krankenhäusern hätte absetzen können.

„Schade“, sagt Meinolf Martini, ehemals Oberarzt am Joho, „dass solche Häuser in unserem Gesundheitssystem keine Chance mehr haben.“ Denn er weiß: Wie dem Bonner Traditionskrankenhaus wird es bald vielen Hospitälern in der Republik ergehen. Rasant ist die Zahl der Klinikbetten in Deutschland gefallen, noch rasanter die Zahl der Patienten, die darin liegen (s. Grafik). Grund dafür sind die verkürzten Liegezeiten: Verbrachte der Patient 1994 durchschnittlich noch fast 12 Tage im Krankenhaus, blieb er 2004 nur 8,7 Tage.

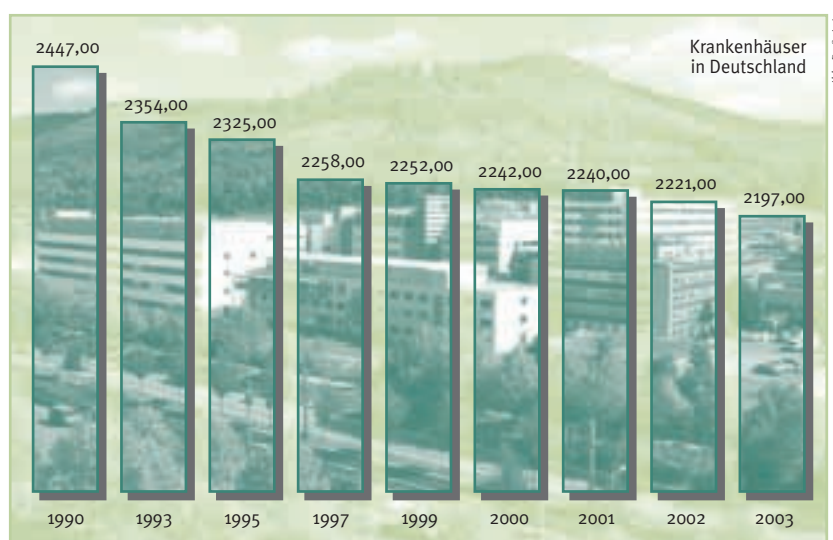
Zudem plagen die Klinikchefs ganz andere Sorgen: Oft fällt es schwer, wirklich moderne Krankenversorgung zu bieten. Denn den öffentlichen Kassen fehlt das Geld zum Krankenhausbau. Auf 30 bis 50 Mrd. Euro wird der Investitionsstau inzwischen geschätzt. Vor allem aber drücken die Personalkosten. Sie machen zwei Drittel der Betriebskosten aus.

Wie ein Hohn klingt es da, wenn die Ärzte auch noch streiken. An fast allen

wenig wie in Deutschland (s. Grafik). Vor allem aber: Nicht nur wegen der Gehälter gärt es im Personal. Starre Hierarchien, Überstunden, lästige Krankenakten – Jahr um Jahr ist der Frust in der Ärzteschaft gestiegen. „Es geht nicht nur um mehr Gehalt“, glaubt Joho-Mediziner Martini. „Es ist einfach so, dass wir uns unseren Beruf so, wie viele von uns im Moment arbeiten, nicht vorgestellt haben.“

Tatsächlich geht es um weit mehr als nur Geld: Es geht um den radikalsten Wandel, den die deutsche Kliniklandschaft je durchgemacht hat. Denn nun rächt sich, dass die Politiker die Krankenhäuser jahrelang von Reformen verschont haben. „Zehn Jahre lang ist nichts passiert“, sagt Matthias Schrappe, Dekan der Medizinischen Fakultät der Uni Witten/Herdecke und Mitglied des Sachverständigenrats von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt. „Jetzt passiert alles auf einmal.“

Unversöhnlich prallen zwei lange verdrängte Missstände aufeinander: Nie zuvor waren Deutschlands Klinikärzte so unzufrieden. Und nie zuvor mussten Deutschlands Kliniken so verzweifelt um ihr Überleben kämpfen wie heute. Tief steckt das Krankenhaussystem in der Krise. Die Streiks sind Folge der Krise – und zugleich verschärfen sie diese noch. Vor allem eine Reform wirkte als Katalysator des Wandels: Seit Januar 2004 soll überall nach Fallpa-



Die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland fällt seit einigen Jahren kontinuierlich.

Umspannwerk Berlin

**Keuco GmbH & Co. KG**  
barrierefreie Badezimmer

**Record Türautomation GmbH**  
automatischen Türanlagen

**SimonsVoss Technologies AG**  
Schließsysteme

**Karl Storz GmbH & Co. KG**  
Endoskope

**Trilux Lenze GmbH & Co. KG**  
Leuchten und medizinische Versorgungseinheiten

**Tyco Healthcare Deutschland GmbH**  
minimal-invasive Chirurgie

**Völker AG**  
Pflege- und Klinikmöbel

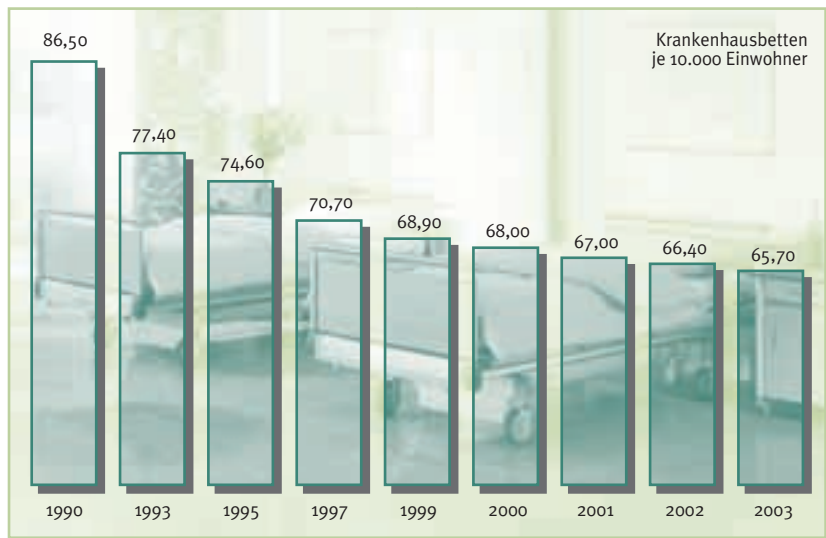
**Xylo-Wolf GmbH**  
Orientierungssysteme

### In Berlin. Auf einen Blick. Einrichtungen für Klinik und Heim von morgen schon heute.

Berlin bietet für Mitarbeiter, Leitende und Entscheider in Krankenhäusern und Pflegeheimen einen Ausblick in die nahe Zukunft. In der medicallounge.

In einem attraktiven Umfeld präsentieren sich Unternehmen mit Visionen in der Hospital Galeria. Dazu gibts Besprechungszimmer, Seminarräume, Restauration, Eventzonen und viele andere Möglichkeiten, um in einem spezifischen Umfeld Mitarbeiter, Interessenten, Kunden und Meinungsbildner für die eigene Sache zu begeistern.

**medicallounge**  
Ohlauer Straße 43/Ecke Paul-Lincke-Ufer 20-22 · 10999 Berlin  
Tel. (0 30) 6 16 54 4-0 · Fax (0 30) 6 16 54 4-29  
www.medicallounge.com · info@medicallounge.com



Noch stärker als die Anzahl der Krankenhäuser sinkt die Zahl der Betten pro Einwohner.

Optimierung der krankenhausesinternen Abläufe.

Doch so düster die Aussichten auf den ersten Blick scheinen mögen, Boris Augurzky, ein Autor der RWI-Studie, warnt vor Schwarzmalerei: „So marode viele Krankenhäuser auch sind, insgesamt ist der Gesundheitssektor eine Boombranche.“ 347 kommunale, kirchliche und privatisierte Kliniken untersuchte er für seine Studie und stieß, wirtschaftlich gesehen, auf ein breites Spektrum: 20 Prozent der Häuser steckten tief in den roten Zahlen, bei weiteren 14 Prozent kriselte es. Zwei Drittel jedoch arbeiteten profitabel. Gerade das Interesse privater Investoren zeigt, dass sich mit einem Krankenhaus durchaus Gewinn machen lässt wenn man es richtig anstellt. Das beweisen auch die meisten kirchlichen Häuser, die zunehmend leistungsstarke eigene Verbände bilden.

Viele der kommunalen Hospitäler dagegen hätten die Entwicklung verschlafen, berichtet Augurzky: „Die lebten bisher in einer Art Schutzraum.“ Verluste übernahmen einfach die Kommunen, sodass es wenig Anreiz gab, sich wirtschaftlich aufzustellen. „Viele haben lange Zeit einfach wie früher weitergemacht, obwohl klar war, dass das auf die Dauer nicht mehr geht“, bestätigt auch der Mediziner Burkhard Sommerhäuser, der auf seiner Webseite „Kliniksterben.de“ Fall für Fall den dramatischen Umbau der Krankenhauslandschaft dokumentiert.

Irgendwann sehen Kommunen und Länder dann in der Privatisierung den einzigen Ausweg aus der Schuldenfalle. Zu der Klinikette Helios etwa, die kürzlich vom Gesundheitskonzern Fresenius gekauft wurde, gehören inzwischen 51 Krankenhäuser, darunter Aushängeschilder wie das ehemalige Universitätsklinikum Erfurt oder das Groß-Klinikum Berlin-Buch. Konkurrent Rhön (s. Seite 11), zu dem inzwischen 45 Krankenhäuser gehören, kaufte kürzlich das zuvor fusionierte Uniklinikum Gießen/Marburg. Andere Ketten prägen ganze Städte; in Lübeck etwa ist es Sana, und auch in Kiel, Bremen oder Düsseldorf wird über den Verkauf der Städtischen Kliniken heftig diskutiert. Selbst vor der forensischen Psychiatrie machen die Privatisierer nicht halt – in den Brandenburgischen Landeskliniken etwa werden die Straftäter nun von den Unternehmen Asklepios und GLG verwahrt.

Hauptvorteil der Privaten: Ihre Personalkosten sind geringer. Oft wird nach der Privatisierung erst einmal entlassen und outgesourct; statt Küchenpersonal zu beschäftigen, lässt beispielsweise Helios das Essen für alle Häuser zentral zubereiten und dann vom Lkw in ganz Deutschland verteilen. Außerdem können private Klinikbetreiber Haustarifverträge abschließen; vor allem die sonst übliche Betriebsrente entfällt dabei.

Aber auch sonst heißt die Devise: Sparen!

Fortsetzung in Völker Wörl 23

V. Hackenbroch, J. Koch

Dieser Artikel erschien erstmalig im Spiegel, 17/2006



Es folgt eine englischsprachige Kurzfassung dieses Artikels/ English short version of this article.

TOPIC:

Healthcare changes

**E**mpty beds and empty tills: Many university hospitals in Germany fight for their lives. At the same time, doctors have never before been so discontented. The German hospital system faces a huge restructuring. The strikes are the result of this crisis – and also make it worse.

In the basement of the St.-Johannes-Hospital in Bonn the only sound you hear is the AC's humming; the corridors are utterly devoid of people. "Just a few weeks ago, this place was very busy," says hospital technician Georg Liehsem, "this deadly silence is really horrible." In mid-December last, this university hospital, lovingly called "Joho" by its neighbours, was closed. Only Liehsem and a colleague are still there until all the equipment that may still be used has been moved away.

Johannes-Hospital was the oldest hospital in town; the famous surgeon August Bier did his work here at the beginning of the 20th century. Still, Joho was and remained an old-style hospital, which is to say, a general hospital, loved by its neighbours and staff, but without having developed any special profile which would have let it stand out against other hospitals in Bonn.

"A pity, really," says Meinolf Martini, formerly a consultant at Joho, "that such places don't stand a chance in our healthcare system." For he knows that many a hospital in Germany will suffer the same fate as the traditional one in Bonn. The reason are the shortened times of hospitalisation: while a patient would be hospitalised for almost 12 days on average in 1994, in 2004 the number of days had dropped to 8.7.

And the directors of hospitals have other concerns too: It's often difficult to provide really modern medical care. There are so many holes in the public tills that there's hardly any money left to build hospitals. The investment shortfall is estimated to come in between 30 and 50 bn Euro. However, the largest burden are the personnel costs, which run to two thirds of operating costs.

It could be construed as utter mockery, then, that the German doctors are on strike. They demand 30 per cent more money. This sounds rather outlandish, and yet: many hospital directors sympathise with them. After all, they know that there is no other industrialised country where hospital doctors earn so very little. And above all: salaries are not the only reason the staff are discontented. There also is a rigid hierarchical structure, very much overtime and a lot of bureaucracy. Doctor's frustration has built up year after year until it reached this climax.

"This isn't only about money," says Joho doctor Martini. "The thing is that we didn't imagine our jobs to turn out like they did."

And indeed it's about much more than money. It's about the most radical change the German hospital system has ever seen. It turned out very counterproductive that politicians have spared hospitals reforms for years on end. "For ten years, we have seen nothing," says Matthias Schrappe, member of the council of experts under Health Minister Ulla Schmidt. "And now it all happens at once."

Two long-suppressed deplorable state of affairs will now collide in an unreconcilable fashion: Never before have German hospital doctors been so discontented; and never before have German hospitals fought for their lives as desperately as now. The hospital system is in a real crisis, a crisis enhanced by the strike, which was a result of the crisis in the first place.

It is one reform in particular which served as a catalyst of change: Since 2004, invoicing is supposed to be based on Diagnosis Related Groups, i.e. case-based lump sums) only. Where health insurance companies once paid daily rates, hospitals now get a lump sum per patient related to their diagnosis. If the hospital is able to treat a patient efficiently and to discharge him or her rapidly, it earns money. If not, it makes a loss.

Heinz Kölking, President of the Association of Hospital Directors calls this change a "revolution in accounting". Jörg-Dietrich Hoppe, President of the Federal Medical Association even says: "The German hospital system is going to be turned upside down."

Efficiency and specialisations is now the rule of survival. Be it a municipal, denominational or university hospital, be it large or small – if it wants to survive it needs to change.

According to studies, hospitalisation periods will be much, much shorter and some treatments will be out-patient treatments in their entirety. According to one forecast, the number of beds per 100,000 inhabitants is going to more drop from 636 in 2000 to 293 in 2020, less than half the former number. Until 2010 ten per cent, until 2020 even a quarter of the currently 2,100 hospitals will have been shaken out of the market. The influence of private hospital operators is going to increase drastically

There is also evidence of this provided by most of the denominational hospitals, which increasingly form their own high-quality combines.

Many of the municipal hospitals, however, have slept through this development, Augurzky reports: "They were living in a kind of safe haven." Losses are simply borne by the municipalities, i.e. there was no real incentive to be profitable. "Many have just gone on doing what they have always done, although it was quite clear this was very wrong in

»The German hospital system is going to be turned upside down.«

– to the cost of municipal operators in particular.

According to one forecast, in 2010 there are going to be as many private hospitals as hospitals under public law. According to another, until 2020 the number of hospitals under public law is even going to drop down to a mere 225, while the number of private hospitals is going to rise to 675.

And yet: while at first glance the prospects might be bleak indeed, says Boris Augurzky, one of the authors of the study, it's not too bad after all: "As deadbeat as some hospitals are, the healthcare sector in its entirety is on the boom." He surveyed 347 municipal, denominational and privatised hospitals for his study and found, in business terms, a huge spectrum: 20 per cent were deep in the red, at another 14 per cent there is a crisis looming. Two thirds however make a profit. It is the interest shown by private investors in particular which shows that there is a profit to be made with hospitals if you know how to do it.

the long run," confirms the Dr Burkhard Sommerhäuser, who on his website Kliniksterben.de documents the drastic realignment of the German hospital system on a case-by-case basis.

In the event, municipalities and Länder's only solution will be the privatisation of hospitals to get out of debt. The private sector's main advantage is that personnel costs are lower. After an acquisition, staff are often dismissed or outsourced; instead of employing kitchen staff, has meals prepared centrally for all hospitals and then distributed all over Germany by lorry. In addition, private hospital operators can enter into company collective agreements, which, in the main, means there is no company pension scheme as it is customary elsewhere.

But it's "save money" all over at any rate.



To be continued in Völker Wörl 23

Translation: Vestido AG

This Article was first published in Spiegel, 17/2006

Annex

**Völker Betten bieten mehr.**  
**Mit ihrer standardmäßigen, microstimulierenden Liegefläche.**  
**Das ist wichtig für Sie.**  
**Denn Microstimulation unterstützt die Dekubitusprophylaxe und -therapie. Die Gefährdung wird um 30 Prozent vermindert, Heilungserfolge über 70 Prozent sind nachgewiesen. Das befreit enorm von Schmerz, Arbeit, Frust. Und ist Teil eines Pflegekonzeptes, das Sie so umfassend nur bei Völker finden.**

THEMA:

# Investition in die Zukunft

## Völker Betten fürs Universitätsklinikum München

In jeder Arztpraxis spielen sie mittlerweile eine (erfolgs-) entscheidende Rolle: Die so genannten Ersatzkriterien, nach denen Patienten – mangels medizinischer Fachkenntnisse – die ärztliche Dienstleistung stellvertretend beurteilen. „Ersatzkriterien“ sind zum Beispiel Hygiene, äußeres Erscheinungsbild, telefonische Erreichbarkeit oder die Flexibilität und Freundlichkeit des Teams. Ersatzkriterien sprechen sich rum, schaffen ein positives Image und etablieren die Praxis als „Marke“.

*Ersatzkriterien sind so wichtig wie Medizin-Standards*

Und das Krankenhaus? Auch die Kliniken finden sich mehr und mehr in der Situation wieder, gezielt um Patienten werben zu müssen. Mit erstklassigen medizinischen Standards, gewiss. Aber eben nicht nur. Ersatzkriterien gelten auch für Krankenhäuser, selbst in einem Haus, das sich „mit jeder medizinischen Einrichtung der Welt messen kann“. So jedenfalls liest man im Vorwort der bündeligen Patientenbroschüre des Klinikums der Universität München. Aber obwohl der Weltruf des „Zentrums der Hochleistungsmedizin, der Innovation und des

»Auch die Kliniken finden sich mehr und mehr in der Situation wieder, gezielt um Patienten werben zu müssen.«

medizinisch-technischen Fortschritts“ an der Isar locker ausreichen müsste, um im verschärften Wettbewerb zu be-



Die neuen Betten rollen heran, die alten sind ausgemustert.

triebstechnik zusammensetzte und den Auftrag hatte, ein Leistungsverzeichnis für eine europaweite Ausschreibung zu erstellen – das heißt, die Grundlagen des Anforderungsprofils für ein Krankenhausbett festzulegen. Für die Ausschreibung wurde ferner von der Vergabestelle eine Wertungsmatrix erstellt, die

Pflegedirektorin heute mit der Wahl zufrieden? „Schon die ersten Patienten, die am Tag der Anlieferung ihr altes gegen das neue Bett tauschen durften, waren begeistert“, erzählt Birgit Müller. Mit Hilfe eines Handschalters können die Patienten ihre Lagerungswünsche individuell und selbstständig einstellen. „Dadurch“, so Müller, „wird nicht nur das Pflegepersonal bei der tagtäglichen Pflege entlastet, sondern auch die Patienten werden schneller wieder mobil und unabhängig.“

### Arbeitsmedizinische Aspekte und Komfortgesichtspunkte

Da eine Uniklinik viele Schwerkranke zu versorgen hat, ist nicht zuletzt der Schiebekomfort der Betten von gro-

ßer Bedeutung. „Wir hatten Betten zum Testen hier, da musste man richtig kräftig Schwung holen, um sie in Bewegung zu setzen“, erinnert sich die Vize-Pflegedirektorin. Anders das S 960, dessen Räder sehr leicht laufen. Und damit sind bei weitem nicht alle Vorteile aufgezählt, die bei der Anschaffung der 520 Völker Betten eine Rolle spielten. Eine ganze Weile noch erzählt Birgit Müller, die selbst lange als Krankenschwester gearbeitet hat, von den wirtschaftlichen und arbeitsmedizinischen Aspekten ebenso wie von den Komfortgesichtspunkten („besonders die in die Liegefläche integrierte, zweiteilige Seitensicherung kommt bei den Pflegenden, aber auch bei den Patienten sehr gut an“). Und auch die Ästhetik sei letztendlich mit ausschlaggebend gewesen, die Farbe sowie die austauschbaren Kopf- und Fußsteile.

Kurz gesagt: „Diese Neubeschaffung ist für die Patienten und auch für die Kollegen, die mit den Betten umgehen und arbeiten müssen, eine überaus begrüßenswerte Investition“, schließt Birgit Müller. „Insgesamt eine Investition in die Zukunft.“

B. Harder



Es folgt eine englischsprachige Kurzfassung dieses Artikels! English short version of this article.

### Bernd Harder

Der Autor war Redakteur im Gesundheitsressort der Zeitschrift *Wellfit* und ist derzeit Chefredakteur des monatlich erscheinenden Magazins *IGeL aktiv*, das aus interdisziplinärer Perspektive das Thema Selbstzahler-Medizin beleuchtet. Er hat zahlreiche Bücher veröffentlicht, zuletzt „Der große IGeL-Check“.



Die Dialyseabteilung des Krankenhauses.

stehen, stehen auch hier Ersatzkriterien im Fokus der Patientenwahrnehmung – in erster Linie das Essen sowie die Ausstattung und der Komfort der Zimmer. Und weil das so ist, wurden in 2005 die Patientenbetten am Standort Innenstadt ersetzt. Vorausgegangen war ein fast einjähriger Entscheidungsprozess, an dessen Ende es für den Klinikumsvorstand und die Pflegedirektion nur eine Wahl geben konnte – nämlich Völker Betten.

### Mit Wertungsmatrix auf der Suche nach dem idealen Klinikbett

„Augen auf beim Bettenkauf“ ist ein bekannter Werbeslogan. Am Klinikum der Universität München (ein Krankenhaus der Maximalen Versorgungstufe mit 9.000 Mitarbeitern und 44 Kliniken, Instituten und Abteilungen an den beiden Standorten Großhadern und Innenstadt) machten die Verantwortlichen ernst damit. Zunächst wurde eine Projektgruppe ins Leben gerufen, die sich aus Kolleginnen und Kollegen des Einkaufs, der Pflegedirektion, der Hygiene und der Be-

eine genaue Bewertung der eingehenden Angebote zuließ.

Wie es weiterging, beschrieb die stellvertretende Pflegedirektorin Birgit Müller in einem Bericht für das *Klinikumsmagazin* so: „Pfleger der Chirurgischen Klinik, der Augenklinik, der Kinderklinik und der Frauenklinik hatten die Aufgabe, anhand von vorgegebenen Kriterien die Testbetten der vier Anbieter objektiv zu bewerten. Bei der Auswahl der Betten ging es vor allem um Funktionalität, Qualität, niedrige Betriebs- und Folgekosten, aber auch um Komfort und Ambiente (...).“

Während der Testphase wurden auch die Patienten befragt, wie sie mit dem Komfort und der Bedienung zufrieden waren. Mitarbeiter der Betriebstechnik überprüften den Zeitaufwand, den man für Reparaturen benötigt, die Ersatzteilversorgung, die Wartung etc., um dadurch Rückschlüsse auf die Folgekosten zu ziehen. Anhand der Bewertungsmatrix, die eine bestmögliche Kosten/Nutzen-Relation bei höchster Qualität ermöglichen sollte, wurde schließlich im vorgeschriebenen Ausschreibungsverfahren durch die Vergabestelle ein Bett als ‚Sieger‘ identifiziert.“

Und das hieß Völker S 960. Und wie ist die stellvertretende

»Schon die ersten Patienten, die am Tag der Anlieferung ihr altes gegen das neue Bett tauschen durften, waren begeistert«.

**Völker bietet mehr.**  
**Zum Beispiel das neue Völker Niedrigbett.**  
**Das ist wichtig für Sie:**  
**Mit 23 cm Niedrigsthöhe ist es das richtige Bett für extrem Sturzgefährdete. Mit patentierten Seitensicherungen und MiS® Liegefläche bietet es allen Komfort wie jedes Völker Bett. Und ein stabiler Trapezhub bringt es auf ideale 74 cm Arbeitshöhe. Also mehr Sicherheit und Schutz für Pflege und Zupflegende.**



TOPIC:

Into the Future

**H**ospital managers and doctors increasingly come into situations where they have to canvass patients. With first-class medical standards, of course, but not exclusively.

Some proxy criteria by which patients, lacking medical knowledge, assess medical services are, for example, hygienic conditions, appearance, flexibility and the team's friendliness. Such qualities get around and create a positive image.

This even applies in a hospital "second to none". That's at least how it reads in the preface to the book-like brochure for patients published by the University of Munich's hospital.

But although the worldwide reputation of the "high-performance medicine's, innovation's and medical-technological progress" centre" should suffice to hold its ground amidst much harsher competitive conditions, the above-mentioned proxy criteria are at the forefront of what patients actually perceive – primarily the food and the rooms' equipment and comfort. And for that very reason in 2005 the patients' beds were replaced. This replacement was preceded by a one-year decision-making process at the end of which the executive board of the hospital and the heads of nursing only had one choice – Völker beds.

Initially, there was a project team made up of colleagues from the purchasing, nursing management, hygiene and technical departments. These got the job of defining the requirement specifications for a hospital bed. For the invitation to tender, an evaluation matrix was drawn up which allowed an exact evaluation of all incoming tenders. Nursing staff from various departments had the task of evaluating the test beds of various tenderers in an objective fashion and on the basis of the previously established criteria. When selecting the beds these were functionality, quality, low operating and follow-up costs but also comfort and ambience.

During the test phase, the hospital also asked patients what they thought of their respective bed's comfort and control. The technical department's staff tested the time to be expended on repairs, spare part supply, maintenance etc., in order to find out about follow-up costs. On the basis of the evaluation matrix, one bed turned out to be the winner: Völker S-960.

"The very first patients who were allowed to exchange their old bed for the new one on the day of delivery were already very excited," deputy head of nursing, Birgit Müller, tells us. The patients can adjust their bed individually and independently with a manual control. "This doesn't only make nursing a bit easier for our nursing staff," says Müller, "the patients also regain their mobility and independence." The pushing comfort is also an important criterion when choosing a hospital bed. "We tested some beds for which you needed a lot of force to get them moving".

The Völker S-960 is different. It's wheels are easy-turning. And it has a lot more advantages which also played a role when procuring the 520 Völker beds. "It was the two-part side rail, integrated into the lying surface, which went down very well with our nursing staff and also our patients," Birgit Müller says. And the aesthetic appearance was also decisive, she adds, both the colour and the exchangeable foot and headboard.

"This purchase is a welcome investment with regard to the patients and also the colleagues who have to handle and work with the beds," Birgit Müller concludes. "All in all, this is an investment into the future." Transl: Vestido AG ■

PRODUKTE & SERVICES:

Die Tageslichtnachführung  
Innovative Lichtlösung von Derungs



Die „Tageslichtnachführung“ (Visual timing light) der Dlite® vanera: Morgen, Mittag, Nachmittag, Abend

**L**icht in schlichter Eleganz: Die Derungs Licht AG stellt innovative Neuentwicklung vor.

Flure müssen gleichmäßig und gut beleuchtet sein, damit sich Besucher, Bewohner und Personal schnell und sicher zurechtfinden. Derungs Leuchten sind besonders dafür hergestellt, die Lebensqualität der Menschen zu erhalten und zu fördern.

Die Bewegende: Flure sind Begegnungsräume und Bewegungszonen. Vor allem im Winter oder bei schlechtem Wetter sind Flure vielfach die einzige Möglichkeit sich Bewegung zu verschaffen. Die Dlite® vanera erfüllt durch ihre innovative Lichtführung (Licht über die Decke, an die Wände und dann auf den Boden) alle wichtigen Kriterien zur optimalen Flurbeleuchtung. Ausreichende Beleuchtungsstärke, Blendfreiheit, Schatten- und Reflexionsfreiheit am Boden.

Bewohner und Personal fühlen sich sicher, können sich orientieren und Stürze durch schlechte Sicht können weitgehend verhindert werden. Durch die direkte und einfache Deckenmontage, eignet sich die Dlite® vanera ausgezeichnet auch für niedrige Flure (< 2.30m). Diese kann somit in Neubauten als auch in Sanierungsprojekten bedenkenlos eingesetzt werden. Die Dlite® vanera ist die ideale Lösung für jeden Flur.

Die Unauffällige: Licht in schlichter Eleganz. Die Dlite® vanera zeichnet sich durch ihr kubisches, schlankes, modernes und doch unauffälliges, in die Architektur integrierbares Design aus. Die Leuchte selber rückt dezent in den Hintergrund, lässt Raum für Architektur und erfüllt zu 100% ihre Aufgabe – die Flurausleuchtung.

Die Unterstützende: Aufgehellte Wände verbreitern enge Flure optisch, indirektes Licht an der Decke lässt sie einladender und freier erscheinen. Gewöhnlich ist die Beleuchtung von Fluren lange eingeschaltet, der Strombedarf entsprechend hoch. Leuchtstoffröhren und elektronische Vorschaltgeräte (EVG), wie sie bei der Dlite® vanera angewendet werden, verbessern die Energiebilanz.

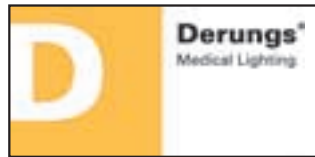
Die Modulare: Der modulare Aufbau in Bezug auf Lichttechnik und Design, ermöglicht uns, spezifisch auf die Kundenwünsche einzugehen und somit eine Vielzahl von kostengünstigen Varianten anzubieten. Von der einfachen Eco-Version mit Kunststoff Abdeckungen bis hin zur edlen High-End-Version in hochwertigem Aluminium. Die Leuchte bietet zudem Spielraum zur lichttechnischen Gestaltung des Raumes, z. B. durch optionale Anbringung einer Toolbox mit einem Spot (Akzentbeleuchtung). Hinweisschilder und Orientierungspunkte können durch Akzentbeleuchtung betont werden für

das schnelle und sichere Zurechtfinden.

Eine komfortable, wirtschaftliche und zeitgemäße Lichtsteuerung in geschlossenen Räumen ist sinnvoll. Das gewünschte und erforderliche Beleuchtungsniveau kann dem individuellen Bedarf entsprechend angepasst werden.

Licht ist aber auch Zeitgeber für die biologische Uhr, bringt eine direkte Stimulation und beeinflusst die Stimmung des Menschen. Unsere

zukunftsorientierte Beleuchtung berücksichtigt sowohl die visuellen als auch die biologischen Bedürfnisse der Menschen.



Licht und die biologische Uhr des Lebens

Der körpereigene Cortisol-Spiegel steigt Morgens an und bereitet Körper und Geist auf die Aktivität des kommenden Tages vor. Gleichzeitig sinkt der Melatonin-Spiegel (Schlafhormon), wodurch die Schläfrigkeit sinkt. Der Melatonin-Anstieg am Abend bereitet den Körper auf den Schlafzyklus vor und sorgt für eine gute Schlafqualität die ganze Nacht hindurch. Licht als Zeitgeber – als wichtigsten Faktor bei der Regulierung unserer inneren Uhr – des zirkadianen Rhythmus'.

Durch ein innovatives Lichtmanagementsystem bietet die Dlite® vanera die Möglichkeit, den 24-Stunden Lichtverlauf vom Sonnenauf- bis -untergang sowie die Nacht zu simulieren. Dank dieser „Tageslichtnachführung“ mit entsprechendem Farb- und Helligkeitsverlauf, kommuniziert die Dlite® vanera Deckenflurleuchte, wann es Zeit für Aktivität und wann es Zeit zum Schlafen ist. Diese nonverbale Art der Kommunikation durch Licht stellt eine wichtige Lebensbereicherung für die Bewohner dar, eine erhebliche Unterstützung für das Personal und ein Gewinn für die Angehörigen.

Um den in der Medizin-Branche hohen Sicherheits- und Qualitätsanforderungen gerecht zu werden, erfüllt Derungs alle in der Medizinbeleuchtungsbranche obligaten Normen und Standards: EN60598-1, EN60598-2-1, EN60598-2-25.

Ch. Derungs

➤ Nähere Informationen zu Derungs Leuchten erhalten Sie unter [www.derungslicht.com](http://www.derungslicht.com) oder Tel. +49 7720 601-100 oder Fax -290. ■

PRODUKTE & SERVICES:

Fortbildung  
Uni Witten/Herdecke

**U**m Studien professionell und qualitativ hochwertig durchführen zu können, bedarf es entsprechend ausgebildeter Studienassistenten.

Im Rahmen der Weiterbildung „Medizinischer Studienassistent/in“ bieten das Institut für Pflegewissenschaft, das Institut für Herz-Kreislaufforschung und das Zentrum Weiterbildung der Universität Witten/Herdecke das Ergänzungseminar „Pflegerwissenschaftliche Studienassistent“ (Modul D) an. Ziel ist es, pflegewissenschaftliche Forschungsgrundlagen zu vermitteln und diese anhand praktischer Beispiele zu vertiefen.

1. Seminartag: Grundlagen des Projektmanagements; Umsetzung des Forschungsprozesses; Bewertung von Forschungsergebnissen und Literaturartikeln; Schriftliche Abschlussprüfung. Termin: 2.-5. 11. 2006. Kosten: 450,- Euro (inkl. USt.).



2.-4. Seminartag: Grundlagen des Projektmanagements; Umsetzung des Forschungsprozesses; Bewertung von Forschungsergebnissen und Literaturartikeln; Schriftliche Abschlussprüfung. Termin: 2.-5. 11. 2006. Kosten: 450,- Euro (inkl. USt.).

➤ Nähere Informationen unter [weiterbildungpflege@uni-wh.de](mailto:weiterbildungpflege@uni-wh.de) oder [www.uni-wh.de/zwb](http://www.uni-wh.de/zwb) -> Zertifizierte Lehrgänge. ■

**Völker Betten bieten mehr.**  
**Deshalb kosten sie auch mehr. Aber das macht sich ruckzuck bezahlt.**  
**Das ist wichtig für Sie:**  
**Der höhere Investitionspreis für ein Völker Bett rentiert sich bereits nach wenigen Monaten durch eine Optimierung der Pflegeprozesse um ca. 27 Prozent und eine entsprechende Minimierung der Folgekosten. Das maximiert sich über die Nutzungsdauer zu einen Betrag, den Sie keinesfalls verschenken sollten.**



GESUNDHEIT:

# Hals über Kopf gesund

## Rückenschule 15: Übungen für die Halswirbelsäule

**H**ätten Sie's gewusst? Mögliche Folgen von Schwächen der Halswirbelsäule sind nicht nur Verspannungen von Nacken und Schulter, sondern auch Kopfschmerzen und Schwindel, Gleichgewichts- und Sehstörungen, bis hin zu Tinnitus, Kiefergelenks- und Schluckbeschwerden. Vermeiden Sie also Fehl- und Überbelastungen im Alltag (z. B.

Hervorstrecken des Kinns und „Überkopf“-Arbeiten) und stärken Sie Ihre Halswirbelsäule durch unsere neun speziellen Halswirbelsäulen-Übungen:

1. Halswirbelsäule strecken und das Kinn langsam im Halbkreis von links nach rechts über die Brust pendeln. Die Seite wechseln, je 10 Mal.

2. Den Kopf zur Seite drehen und das Kinn in dieser Position langsam auf

und ab bewegen. Je Seite 10 Mal.

3. Den Kopf nach links neigen und den rechten Arm nach unten drücken. Je Seite 2 Mal, je ca. 10 Sekunden.

4. Die rechte Hand drückt gegen die rechte Kopfseite. 2 Mal, ca. 10 Sekunden. Die Seite wechseln.

5. Beide Hände drücken gegen den Hinterkopf. 2 Mal, ca. 10 Sekunden.

6. Beide Hände drücken gegen die

Stirn. 2 Mal, ca. 10 Sekunden.

7. Die rechte Hand drückt gegen die rechte Kinnschuppe. 2 Mal, ca. 10 Sekunden. Die Seite wechseln.

8. Beide Hände drücken von unten gegen das Kinn. 2 Mal, ca. 10 Sekunden.

9. Beide Hände drücken von oben auf den Hinterkopf. 2 Mal, ca. 10 Sekunden.

Achten Sie bei allen Übungen auf die korrekte Haltung und schieben Sie nie das Kinn vor – lieber ein leichtes „Doppelkinn“ bilden. Atmen Sie bei Beginn der Spannungsübungen (3–9) aus, und atmen Sie dann normal weiter.

S. Gerke



Abb.: S. Gerke

Impressum

Völker World berichtet über aktuelle Trends aus den Bereichen Altenheim und Krankenhaus, insbesondere zur Thematik Pflege mit dem Schwerpunkt Betten, Lagern und Liegen. Völker World bietet damit ein ideales, redaktionelles Umfeld für alle Produkte, die im gleichen Teilmarkt angeboten werden und nicht in direkter Konkurrenz zu Völker Pflegebetten und Pflegemöbeln stehen, sondern diese vielmehr ergänzen oder im weitesten Sinne komplettieren oder sich an dieselben Zielgruppen richten.

Alle bisherigen Ausgaben der Völker World stehen unter [www.voelkerworld.de](http://www.voelkerworld.de) zum Download zur Verfügung. Völker World erscheint 4x jährlich.

Herausgeber: Völker AG, Wüllener Feld 79, 58454 Witten.

Verlag: ProScript, Leisewitzstr. 39 a, 30175 Hannover, [proscript@prosell-hannover.de](mailto:proscript@prosell-hannover.de).

Redaktion: Heiko Heine (Chefredakteur, verantwortlich i.S.d.P.); Sabrina Simon (stellv. Chefredakteurin). Mitarbeiter dieser Ausgabe: Carolin Bergauer, Jens Bergmann, Christine Derungs, Prof. Dr. med. Dietrich Grönemeyer, Sabine Gerke, Veronika Hackenbroch, Bernd Harder, Inge Hüsgen, Julia Koch, Alexander Paul, Elisabeth Rummel, Reiner Schloz, Christa Tischer, Vestido AG.

Übernommene bzw. namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wieder.

Satz/Layout: DM Werbeagentur GmbH, Hannover.

Druck: CW Niemeyer, Hameln.

Auflage: 36.000 im Direktversand an Leitungen von Verwaltung, Pflegedienst, Technik und Ärztliche Leitung in Pflegeheimen und Kliniken.

Anzeigen: DM Werbeagentur, Postfach 4846, 30048 Hannover. Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste 1/2006.

Auflösung des Rätsels aus Nr. 21

WADENWICKELUNGSALBE  
 NBOOTSUSANCEAF  
 ADERNAURAHACKE  
 ETONMUNNENTU  
 RAEVITAUUIDEE  
 RUTEONUHRBEERE  
 NKREISESERGIO  
 GEGENSIMANES  
 IBEUTELUUMINI  
 WUNDESUMENZENN  
 KLUNKERNBAMU  
 GABELENGEMORTA  
 GAHEERAREEG  
 KREISSAALIDIN  
 UESARUPIENSO  
 CHIMAERLOBAMIN  
 EGALINSULINOLE

Lösungswort: Altenpflege

RÄTSEL:

Kaltwasserbehandlung	ugs.: Lärm, Aufheben	Lärm, Radau	Abk.: Obermeister	ein Medikament	Computer für Hochrechnung	Ader Schlag	schnell, flink	Abk.: Millimeter	Flachland	Bürde	einer der 12 Apostel
künstliche Betäubung					leise sprechen						10 poe-tisch: Adler
Papstkrone	histor. span. Flotte ugs.: Greisin					Modetanz					5 sich täuschen
Scheinmedikament					Beschädigung Wohnsiedlung				Buch der Bibel		
Zeichen für Platin					Sportplatz				Großeinkaufsanlage (amerik.)		
											3 Rangordnung Segelbegriff
ugs.: widerwärtiger Mensch	Schmiedeherd Fachzeitung										
durchleuchten											
talentiert, befähigt	gesellschaftl. Umgangsformen	Überempfindlichkeit									
Geländevertiefung											
aktuelle Rollschuhart (Kw.)											
Gebiete											
Raubkatze											
Ansprache											

Die Auflösung dieses Rätsels finden Sie in der nächsten Ausgabe der Völker World.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

COMIC:

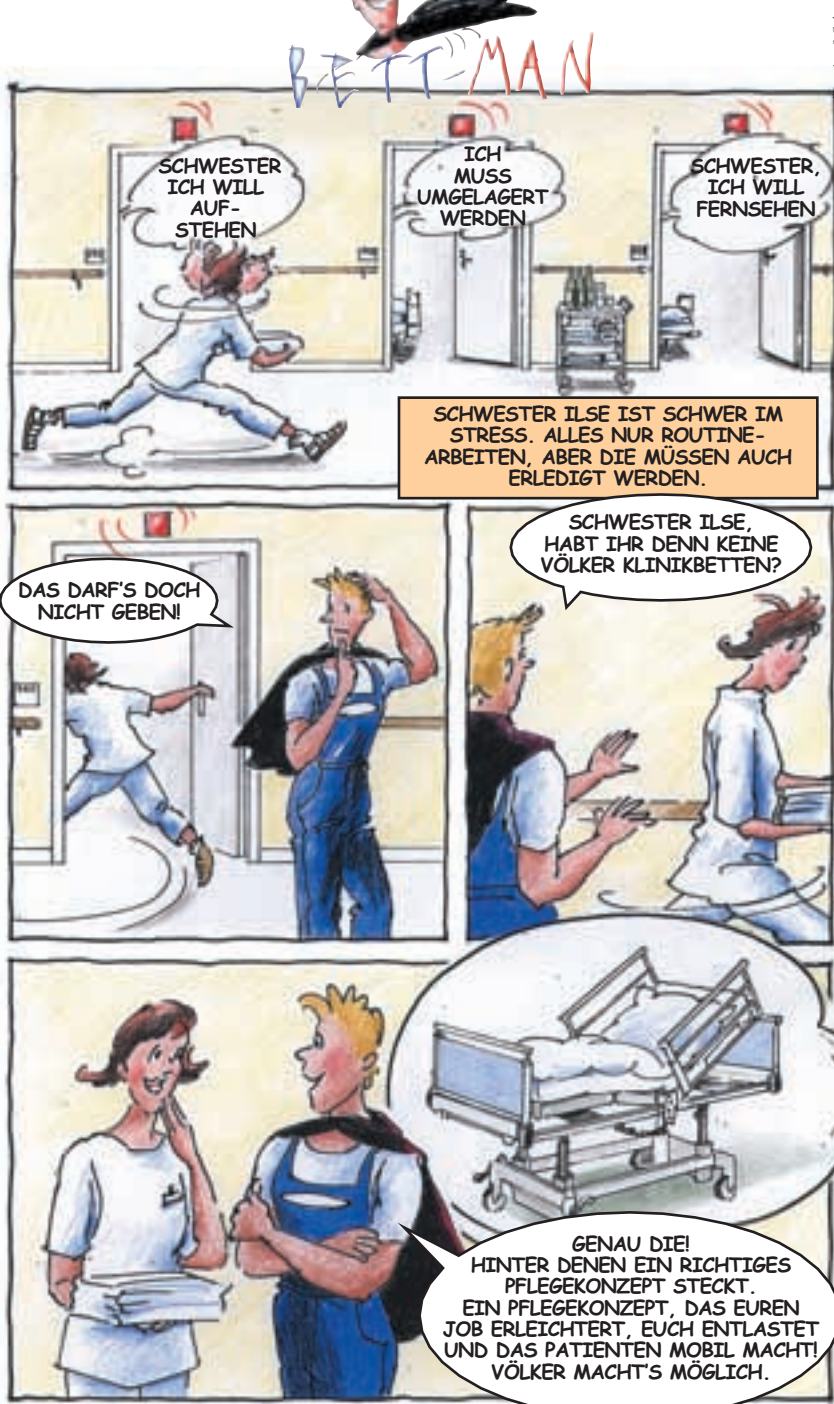


Illustration: S. Gerke