

Mittelpunkt Mensch

Nr. 4 • 12/2005 • 2,50 Euro

Das Gesundheitsmagazin der HTMa/Thep-Unternehmensgruppe

Ernährungstherapie

Parenterale Ernährung von A bis Z

Medizinische Versorgungszentren

Chancen für sonstige Leistungserbringer

Winterurlaub

Ski-Spaß in den schwedischen Alpen



RESOURCE[®]

2.0 FASER

In 5 leckeren
Geschmacks-
richtungen



- Standard-Trinknahrung –
verordnungsfähig
- Hoher Energiegehalt
(400 kcal/Packung)
- Lösliche Ballaststoffe
- Erhältlich in der Apotheke
oder im Sanitätshaus

Diätetisches Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (Bilanzierte Diät). Zur diätetischen Behandlung bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden normalen Ernährung.

Wir sind immer für Sie da!
Kostenfreie Service-Hotline:
0800-5167-000
oder info@htma.de

TITELFOTO: PIXTAL

AKTUELL

Kurz und knapp:

Wissenswertes rund um die Gesundheit Seite 4

Leserbriefe Seite 6

TITEL

Parenterale Ernährungstherapie – was ist das? Seite 8

Die Parenterale Ernährungstherapie gehört zum Leistungsangebot der HTMa/Thep-Unternehmensgruppe. Michaela Zebralla, Geschäftsführerin der Stothep GmbH, stellt Therapie und Anwendungen vor.



FOTO: STOTHEP

BETRIFFT GESUNDHEIT

Ausschreibungen: Holger Schlicht von der DAK über das GMG und unklare Bestimmungen bei den Ausschreibungsmöglichkeiten im Hilfsmittelbereich Seite 12

MVZ: Chancen für sonstige Leistungserbringer Seite 14

Kostenübernahme: Tücken bei Verträgen zwischen Pflegeheimen und Krankenkassen Seite 16

AUS DER PRAXIS

Veranstaltung: 1. Marienberger Hospiztag Seite 18

Altersruhesitz: „Gut aufgehoben“ im Seniorenzentrum am Volksgarten in Dortmund Seite 19

Kongress: Symposien – Ein voller Erfolg Seite 20

DIES UND DAS

Gedanken: Zum Winter – die Winterschläfer Seite 22

Buchtipp: Fotoband „Bilder der Erde“ Seite 23

Reise: Åre – Winterspaz in den schwedischen Alpen Seite 24

Rätsel: Buchtipp „Bilder der Erde“ zu gewinnen Seite 26

Feinschmecker: Etwas Warmes braucht der Mensch Seite 30

Deutschlands Schätze: Das Münchner Olympiastadion Seite 32

Erinnern Sie sich: Das Jahr 1979 Seite 37

DIE THEPS

Ein Tag im Leben: Beate Klöckl-Kommnick, Teamleiterin bei der Hansethep Seite 34

Neues von den Theps Seite 36

Impressum

Herausgeber: Home Therapie Management GmbH, Fritz-Reuter-Straße 2, 22926 Ahrensburg; Tel.: (0 41 02) 51 67-21, Telefax: (0 41 02) 51 67-721, eMail: mittelpunkt-mensch@htma.de. Redaktion: Pfadfinder Kommunikation, Eppendorfer Landstraße 31, 20249 Hamburg. Ansprechpartner in der Redaktion: Hans-Georg Sausse, Tel.: (040) 480 73 85. Grafik & Lithografie: typomass.de, Wedel. Druck: Copy Druck GmbH, Hamburg. Anzeigen: Christoph Jost, HTMa, Tel.: (0 41 02) 51 67-21. Es gilt die Anzeigenpreisliste 1/05. V.i.S.d.P.: Christoph Jost, HTMa. Umsatzsteueridentifikationsnummer: DE 217 232 529, Handelsregisternummer: Amtsgericht Ahrensburg 90 HRB 4489.

Liebe Leser,

nun haben wir die große Koalition. Was CDU/CSU und SPD vor dem Wahltag als schlechteste Lösung weit von sich wiesen, wurde von den Wählern erzwungen. Und sie vergaben damit auch einen klaren Auftrag: Einigt euch auf eine Politik, die Deutschland wieder nach vorn bringt.

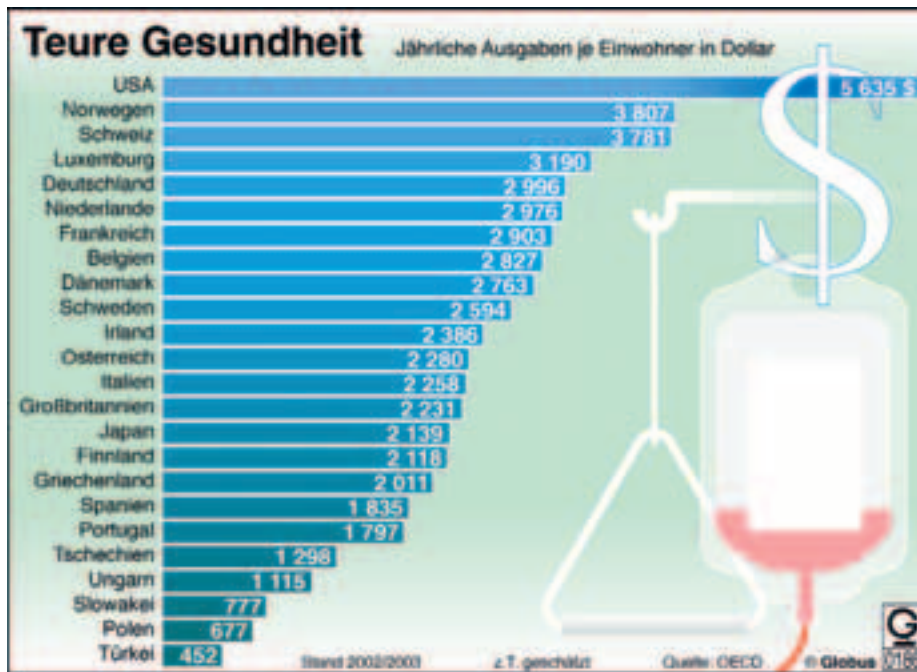
Denn vieles muss auf den Weg gebracht werden. Die Staatsfinanzen wieder in Ordnung zu bringen, ist wichtig aber nicht alles. Die Bürger erwarten mehr: Konzepte, die unser Land wieder zukunftsfähig machen.

Besonders im Gesundheitsbereich müssen jetzt neue Wege besritten werden, damit auch in Zukunft die „medizinisch beste“ Versorgung für jeden Bürger bezahlbar bleibt. Keine Lösung der Probleme wäre es, wenn man sich auf laue Kompromisse einigen und Strittiges auf Sankt Nimmerlein vertagen würde. Jetzt müssen vernünftige Entwürfe umgesetzt werden – im Interesse der Menschen in unserem Land.

Ihre HTMa/Thep-Unternehmensgruppe

STATISTIK I

Amis sind Spitze



US-Amerikaner, Norweger, Schweizer und Luxemburger geben pro Kopf am meisten für die Gesundheit aus. Dann folgt bereits Deutschland mit rund

3.000 Dollar Gesundheitsausgaben pro Kopf – knapp vor den Niederlanden und Frankreich. Das ergab eine neue OECD-Studie.

GESUNDHEITSMONITOR

Arztbesuch und Gesundheitszustand

Patienten mit schlechtem Gesundheitszustand gehen seit Einführung der Praxisgebühr seltener zum Arzt. Das verdeutlicht der aktuelle „Gesundheitsmonitor“. Im Vergleich zum Durchschnitt haben die Befragten, die ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ bezeichnen, die Häufigkeit ihrer Arztbesuche am stärksten reduziert: Von 2003 bis 2005 sank die Zahl um rund ein Drittel, von durchschnittlich 23 Besuchen auf 16. „Hier besteht die Gefahr, dass die Patienten auch auf wichtige Arztbesuche

verzichten“, sagt Jan Böcken von der Bertelsmann Stiftung. Insgesamt ist die Zahl der Praxiskontakte seit 2003 um acht Prozent gesunken. Die Daten des Gesundheitsmonitors zeigen, dass die Praxisgebühr als Steuerungsinstrument zwar prinzipiell greift, aber auch unerwünschte Nebenwirkungen zeigt. Ziel der im Januar 2004 eingeführten Gebühr war es, die im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohe Zahl ambulanter



RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER

Unter einem Dach

Erstmals ist am 1. Oktober 2005 in Berlin die Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) zusammengekommen. Die DRV Bund setzt sich aus der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) zusammen und nimmt in Zukunft neben ihrer Funktion als Rentenversicherungsträger auch Grundsatz- und Querschnittsaufgaben mit verbindlicher Entscheidungskompetenz für die gesamte Deutsche Rentenversicherung wahr. Unter dem Dach der Deutschen Rentenversicherung werden rund 51 Millionen Versicherte und knapp 20 Millionen Rentnerinnen und Rentner zusammengefasst. Der Zusammenschluss der Rentenversicherungsträger war nach fast hundertjährigem (!) Gezerre zustande gekommen. Damit sollen Verwaltungskosten in dreistelliger Millionenhöhe eingespart werden.

Arztbesuche zu reduzieren und die Selbstbehandlung leichter Erkrankungen zu fördern. Allerdings nimmt die Gesamtwirkung der Praxisgebühr im Zeitverlauf ab: Haben im Frühjahr 2004 noch 35 Prozent einen Arztbesuch aufgrund der Praxisgebühr vermieden, sind es heute noch 27 Prozent. Nicht nur der Gesundheitszustand, auch das Einkommen beeinflusst scheinbar die Reaktion der Patienten auf die Praxisgebühr: In der untersten Einkommensgruppe ist der Anteil von Menschen, die auf einzelne Arztbesuche verzichten und sich stattdessen ohne ärztliche Hilfe auskurieren, am höchsten (37 Prozent im Vergleich zu durchschnittlich 28 Prozent). „Das Ziel, die Wirkung der Praxisgebühr durch Härtefallregelungen weitgehend vom Einkommen unabhängig zu gestalten, scheint nicht vollständig erreicht worden zu sein“, erläutert Jan Böcken.

FOTOS: IMAGE 100; HTMA

ARZNEIMITTELRICHTLINIE

Enterale Ernährung weiterhin verordnungsfähig

Per Ersatzvornahme hat das Bundesgesundheitsministerium eine neue Arzneimittelrichtlinie über die Verordnungsfähigkeit von Trink- und Sondenernährung erlassen. Demnach besteht weiterhin für jeden Patienten, bei dem fehlende oder eingeschränkte Fähigkeit zur ausreichenden normalen Ernährung diagnostiziert wird, die Möglichkeit der enteralen Ernährung. Einschränkungen sind bei der Verordnungsfähigkeit von krankheitsadaptierten Spezialnahrungen durchgeführt worden. Hier listet die Ersatzvornahme auf, unter welchen Voraussetzungen welche Produkte verordnungsfähig sind und welche generell aus der Verordnungsfähigkeit herausfallen. Der G-Ba hat über seinen Vorsitzenden Herr Dr. Rainer Hess bereits heftige Kritik an der Ersatzvornahme durch das BMGS geäußert hat. Es steht bereits fest, dass der G-BA gegen die Ersatzvornahme Klage erheben wird.

KRANKENHÄUSER

Qualitätsberichte online

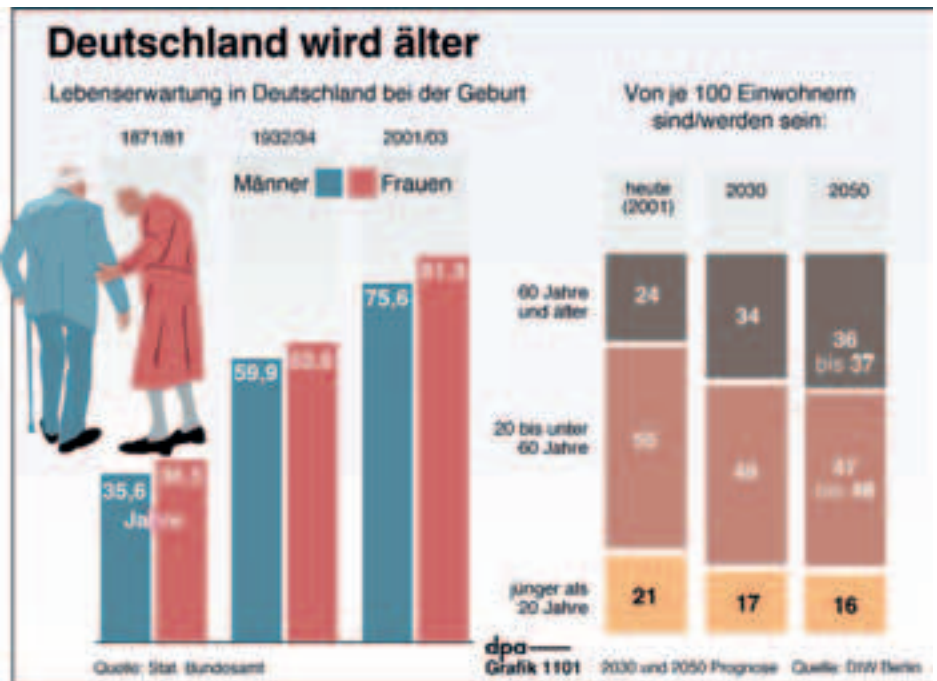
Alle 2.144 Krankenhäuser in Deutschland sind seit diesem Jahr gesetzlich verpflichtet, Qualitätsberichte zu erstellen. Am 10.09.2005 waren bereits 1.908 Berichte im Internet veröffentlicht – 89% aller Krankenhäuser. Die Krankenhäuser kommen somit ihrer gesetzlichen Aufgabe nach. Interes-



Die Berichte sind im Internet nachzulesen

STATISTIK II

Frauen leben länger



Die Lebenserwartung in Deutschland nimmt weiter zu. Die durchschnittliche Lebenserwartung beträgt nach der neuen Sterbetafel für einen neu-

geborenen Jungen 75,6 Jahre und ein Mädchen 81,3 Jahre, so das Statistische Bundesamt in seiner neuesten Erhebung.

sierte können sich im Internet unter www.g-qb.de über die jeweiligen Krankenhäuser informieren, z.B. darüber, welche Krankenhäuser sich auf welche Leistungen spezialisiert haben, wie viel Erfahrung das Krankenhaus mit diesen Leistungen hat und über welche Qualifikation das ärztliche und pflegerische Personal verfügt. Angenommen eine Gallenblasenoperation steht an, dann informiert der Bericht, wie häufig das Krankenhaus diese Operation durchführt und welche Methoden es anwendet. Darüber hinaus kann man erfahren, ob ambulante Operationen durchgeführt werden, welche Behandlungsschwerpunkte bestehen oder auch, ob das Krankenhaus an den so genannten Chroniker-Programmen (DMP) teilnimmt. Die Berichte sind von den Krankenhäusern alle zwei Jahre neu zu erstellen.

PERSONALIE

Neuer EUCOMED-Vorstand gewählt



Andreas Rudolph, Geschäftsführer der HTMa/Thep-Unternehmensgruppe, ist in den Vorstand des europäischen Verbandes für Medizintechnologie EUCOMED gewählt worden. Die neuen, zusätzlichen Vorstandsaufgaben von Herrn Rudolph bieten der HTMa/Thep-Unternehmensgruppe die Möglichkeit, über den „deutschen Tellerrand“ hinaus detaillierte Einblicke in das Geschehen im europäischen Gesundheitswesen zu erhalten.

GKV

Wieder Überschüsse

Im 1. Halbjahr 2005 hat die GKV ihren Überschuss weiter ausbauen können. Aktuell beträgt der diesjährige Überschuss in der GKV 1,033 Mrd. Euro. Das BMGS geht aufgrund dieser Entwicklung davon aus, dass bis zum Ende des Jahres die noch vorhandenen Schulden der Krankenkassen, die sich aktuell auf 1,8 Mrd. Euro belaufen, komplett abgebaut werden können. Somit könnte die Entschuldung der Krankenkassen, die vom Gesetzgeber bis zum Ende 2007 verpflichtend den Krankenkassen auferlegt wurde,

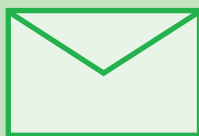
bereits 2 Jahre früher erreicht werden. Der aktuell durchschnittliche Beitragssatz beträgt 13,26%. Von deutlichen Beitragssenkungen für die Mitglieder der GKV kann jedoch nicht gesprochen werden, denn seit dem 01.07.2005 wird ein Zusatzbeitrag in Höhe von 0,9% erhoben, der ausschließlich von den Arbeitnehmern zu tragen ist. Im Vorjahrsquartal betrug der noch paritätisch in gleichen Teilen aufzubringende Beitragssatz 14,25%. Somit sind für die Arbeitnehmer im Vergleich zum 2. Quartal 2004 die Beitragssätze fast konstant geblieben. Sie konnten bisher von den Überschüssen der GKV in Form von günstigeren Beitragssätzen nicht profitieren. Die Lohnnebenkosten konnten jedoch durch diesen Zusatzbeitrag um 0,45% gesenkt werden.

Insbesondere die deutlich gestiegenen Arzneimittelausgaben haben den Überschuss der GKV geringer ausfallen lassen, als von der GKV erhofft. Im 1. Halbjahr 2005 sind die Ausgaben für Arzneimittel um 20,5% gestiegen. Der Anstieg der Verwaltungskosten der Krankenkassen um 2,6% ist insbesondere auf Betriebskrankenkassen zurückzuführen, die allein einen Anstieg der Verwaltungskosten in Höhe von 11% verursacht haben. Die BKKen haben von der gesetzlichen Möglichkeit Gebrauch gemacht, persönliche Verwaltungsausgaben, die bislang vom Arbeitgeber übernommen wurden, wie bei den anderen Krankenkassenträgern auf die Kasse zu übertragen. Die Ausgaben für Hilfsmittel sind im 1. Halbjahr 2005 leicht um 1,4% gestiegen.



Letzte Ausgabe verpasst? Unser Kundenmagazin MM – Mittelpunkt Mensch können Sie sich als PDF unter www.htma.de auf der Seite „Kundenmagazin“ herunter laden.

Betr.: Mittelpunkt Mensch



Bürgerversicherung versus Kopfpauschale, MM 3/05

„Ihre Gegenüberstellung der Gesundheits-Finanzierungsmodelle von SPD und CDU war sehr verständlich. Sie hat mir geholfen, bei den Wahlen mein Kreuz an der richtigen Stelle zu machen. Danke.“

Jens Rödlich, Aschaffenburg

„Beide Modelle sind reine Finanzierungsmodelle. Um die weiterhin explodierenden Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen, müssten endlich mal die Strukturen im Gesundheitssystem effizienter gestaltet werden.“

Sabine Kahl, Berlin

„Nachdem nun die große Koalition wohl kommen wird, kann man sich ausmalen, was von den Konzepten übrig bleibt: Der kleinste gemeinsame Nenner – also: Die Versicherten dürfen zahlen.“

Karl Freund, Osnabrück

Genießen auf die leichte Art, MM 3/05

„Ich möchte mich mal herzlich bei Herrn Bozek bedanken für die schönen Menü-Vorschläge, die in jeder Ausgabe der „Mittelpunkt Mensch“ abgedruckt sind. Ich habe schon einige Rezepte nachgekocht, und es hat immer hervorragend geschmeckt.“

Angelika Meissner, Dresden

Enterale Ernährung in Deutschland, MM 2/05 und 3/05

„Als Betroffener möchte ich Ihnen danken, dass sie sich in den beiden letzten Ausgaben ihres Magazins so stark für die Belange von Menschen, die auf Trink- und Sondennahrung angewiesen sind, einsetzen. Wofür habe ich all die Jahre in die Krankenversicherung eingezahlt, wenn ich jetzt meine Behandlung selbst bezahlen soll?“

Fritz Körner, Hannover

„Mein Mann muss enteral ernährt werden. Wir haben beide nur kleine Renten. Wir wissen nicht, von was wir in Zukunft die Sondennahrung bezahlen sollen. Bitte schreiben Sie weiter so. Wir kleinen Leute haben keine Macht.“

Gudrun Mahler, Kiel

Deutschlands Schätze, MM 1–3/05



Innenansicht Dresdner Frauenkirche

„Ihre Serie über Baudenkmäler ist wirklich sehr interessant. Ich sammle die Artikel und bin schon ganz gespannt, was Sie in den nächsten Ausgaben vorstellen werden.“

Rüdiger Solbach, Frankfurt/Main

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Sie haben Kritik? Anregungen? Vielleicht sogar ein Lob?

Dann schreiben Sie uns:

HTMa – Mittelpunkt Mensch
Fritz-Reuter-Straße 2
22926 Ahrensburg

Zahlen zur tumorbedingten Mangelernährung

Unter Inzisionskriterien findet sich eine Mangelernährung in über 50-80% der Fälle bei Diagnosestellung und bereits 50% der Patienten betroffen. Die Gesamtverluste bei häufigeren Erkrankungen schwanken zwischen 10-20% im 1. Jahr. In der Terminalphase steigt die Anzahl der mangelernährten Patienten dann auf über 80% an. Sind sind über 20-25% der Patienten bei Hospizbeginn mangelernährt und die Mangelernährung verschlechtert sich. Die Tabelle gibt

eine Zusammenfassung der Häufigkeit von Mangelernährung bei Tumorkachexie:

Tumor	Häufigkeit (%)
Pankreas	bis zu 85
gastrointestinal	bis zu 80
Kopf und Hals	bis zu 67
Magen	bis zu 65
Ösophagus	bis zu 57
Lungen	bis zu 46
kolorektal	bis zu 33

Quelle: *Journal of Clinical Nutrition*, 2001; 62: 100-105

Tumorkachexie

Die Tumorkachexie stellt ein klinisch-metabolisches Syndrom mit **Gewichtsverlust, hochgradigem Muskelabbau, Schwäche und Anorexie** dar.



FortiCare. Erfolgreich im Geschmack – mit EPA.

- Reich an EPA (Eicosapentaensäure)
- hochkalorisch
- hochdosierte Vitamine
- eiweißreich
- ballaststoffreich

Inhaltsstoffe pro 125 ml Trinkpackung

Energie:	200 kcal
Proteine:	11,3 g
Kohlenhydrate:	23,9 g
Fette:	6,6 g
davon EPA:	746 mg

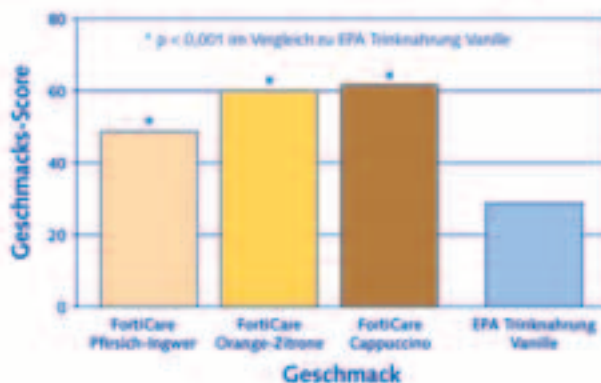
FortiCare ist eine Trinknahrung, speziell entwickelt für onkologische Patienten. Hoch angereichert mit Eicosapentaensäure (EPA). Dadurch und durch die

hohe Kalorienmenge kann FortiCare bereits in kleinen Mengen seine therapieunterstützenden Funktionen erfüllen. Für den Patienten bedeutet dies angenehme kleine Portionsgrößen mit leckerem Geschmack.

Durch ein spezielles Herstellungsverfahren ist FortiCare frei vom Geschmack nach Fischöl (Ausgangsprodukt von EPA). Die drei frischen Geschmacksrichtungen Pfirsich-Ingwer, Orange-Zitrone und Cappuccino sind in zahl-

reichen Tests von Patienten eindeutig bevorzugt worden und zeigen den Geschmackswert in der Tabelle (siehe unten).

3 Portionen FortiCare täglich



Pfimmer Nutricia GmbH
Am Weichselgarten 23
D-91058 Erlangen
Telefon 09131/7782-0
Telefax 09131/7782-10
information@nutricia.com

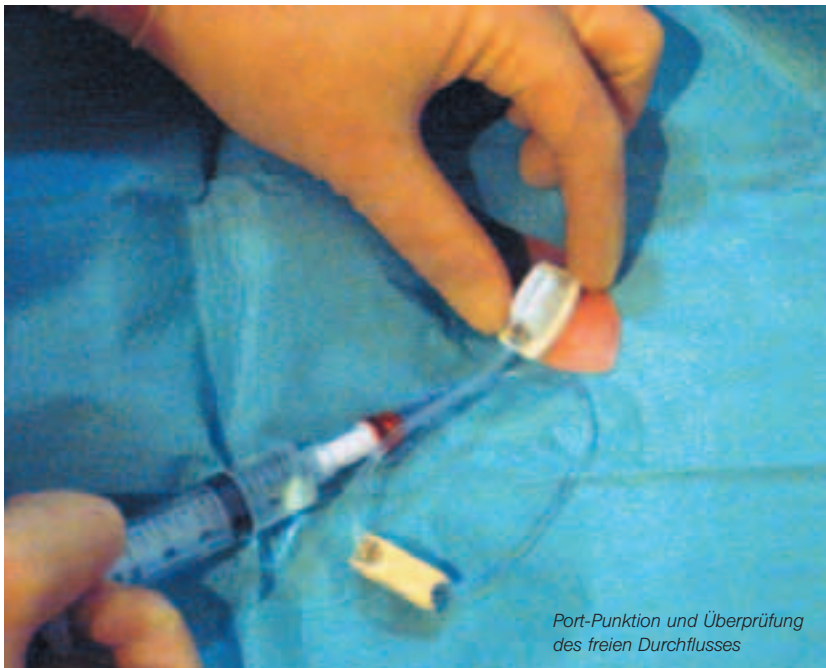
Pfimmer
NUTRICIA

www.pfimmer-nutricia.de
Zertifiziert nach ISO 9001:2000

etp®-Ernährungsteam
Pfimmer Nutricia GmbH
Am Weichselgarten 23
D-91058 Erlangen
Telefon 09131/7782-22
Telefax 09131/7782-60
etp@nutricia.com

Parenterale Ernährungstherapie – was ist das?

Die Parenterale Ernährungstherapie gehört zum Leistungsangebot der Thep-Gesellschaften. Michaela Zebralla, Geschäftsführerin der Stothep GmbH, stellt Therapie und Anwendungen vor.



Unter Parenteral versteht man die Ernährung unter Umgehung des Magen-Darm-Trakts; d.h. Nahrungszuführung durch subkutane, intramuskuläre oder intravenöse Injektion bzw. Infusion. Notwendig wird die künstliche Ernährung, wenn die „Schluck- und Verdau-

ungsstraße“ – infolge Krankheit oder einer Operation – ihre Aufgaben nicht mehr wahrnehmen kann.

Bei der künstlichen Ernährung über die Vene gelangen alle wichtigen Nahrungsbestandteile in Form ihrer molekularen Bausteine direkt ins Blut. Der Organismus wandelt diese Nahrungsbestandteile ebenso in Energie und Baustoffe um wie Nahrung, die über Magen und Darm aufgenommen wird. Im Ergebnis unterscheiden sich beide Ernährungsformen nicht.

Für die parenterale Ernährungstherapie gibt es eine Vielzahl von verschieden zusammengesetzten Infusionslösungen, die sich einzeln, kombiniert oder gemischt verabreichen lassen. Bei der Entscheidung für die beste Ernährungstherapie spielen u.a. der allgemeine Gesundheitszustand des Betroffenen, sein Alter, sein Gewicht und seine Größe eine wichtige Rolle.

Mit diesen Infusionslösungen erhalten die Betroffenen alle Bestandteile einer ausgewogenen Ernährung: Flüssigkeit, Kohlenhydrate, Eiweiß, Salze und – vor allem bei längerer künstlicher Ernährung – auch Fette, Vitamine und Spurenelemente. Die Zusammensetzung dieser Ernährungslösungen lässt sich so exakt abstimmen, dass die Betroffenen mit ihnen unbegrenzt lange ernährt werden können.

Die Zugangsmöglichkeiten

1. Periphervenöser Zugang (Braunüle)

Beim periphervenösen Zugang wird eine kleine Vene im Bereich des Unterarms oder Handrückens genutzt. Ein kurzes, dünnes Kunststoffröhrchen mit einer Länge von etwa 5 cm wird in die Vene eingeführt und verbleibt dort, mit einer Liege-/Verweilzeit in der Regel von 1–3 Tagen. Hier können nur Infusionslösungen in geringen Konzentrationen (bis 800 mosmol/l) verwendet werden, Infusionslösungen mit einer höheren Osmolarität führen zu Venenreizungen und Venenentzündungen.

2. Zentralvenöser Zugang

Die meisten parenteralen Nährlösungen werden direkt über ein größeres Blutgefäß, in der Regel über die Vena Cava Superior = obere Hohlvene, gegeben. Dazu gibt es mehrere Möglichkeiten:

- Nicht implantierte, zentralvenöse Katheter – Zentraler Venenkatheter (ZVK)
- Implantierte, zentralvenöse Katheter – Portkatheter – Hickman- oder Broviac-Katheter

Zentraler Venenkatheter

Bei den nicht implantierten Kathetern wird in einer Vene im Halsbereich ein dünner Kunststoffschlauch (Katheter) bis in ein großes Blutgefäß vorgeschoben. Diese Zugangsmöglichkeit wird häufig in Kliniken genutzt, da der Um-

gang relativ einfach ist. Allerdings darf ein nicht implantierter Katheter nicht so lange liegen bleiben, da dieser zum einen eine Keimeintrittspforte zum Körper bedeutet, und zum anderen wird dieser Katheter mittels eines Fadens an der Haut festgenäht – hier kann es sehr schnell zu Verwachsungen mit und zu Entzündungen der Haut kommen.

Port-Katheter

Der Port-Katheter ist ein implantiertes, subkutan liegendes Kunststoffreservoir mit Anschluss an das Gefäßsystem (z. B. Vena cava superior = obere Hohlvene) für einen sicheren Gefäßzugang. Ein Port-Katheter wird gelegt, wenn die Notwendigkeit eines langfristigen oder sehr häufigen Gefäßzugangs besteht, z. B. zur vollständigen langfristigen parenteralen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, zu Chemotherapie, Antibiotikatherapien, Schmerztherapien und/oder zur Gabe von Blutderivaten.

Beim implantierten Port-Kathetersystem handelt es sich um einen zentralvenösen Zugang. Damit sind grundsätzlich auch Lösungen erlaubt, welche die für periphere Infusionen limitierte maximale Osmolarität von 800 mosmol/l überschreiten. Für die parenterale zentralvenöse Applikation vorgesehene Nährlösungen können damit bedenkenlos infundiert werden.

Zu bevorzugen sind von der Industrie angebotene Gesamtnährlösungen, womit die sichere Kompatibilität der einzelnen Kom-

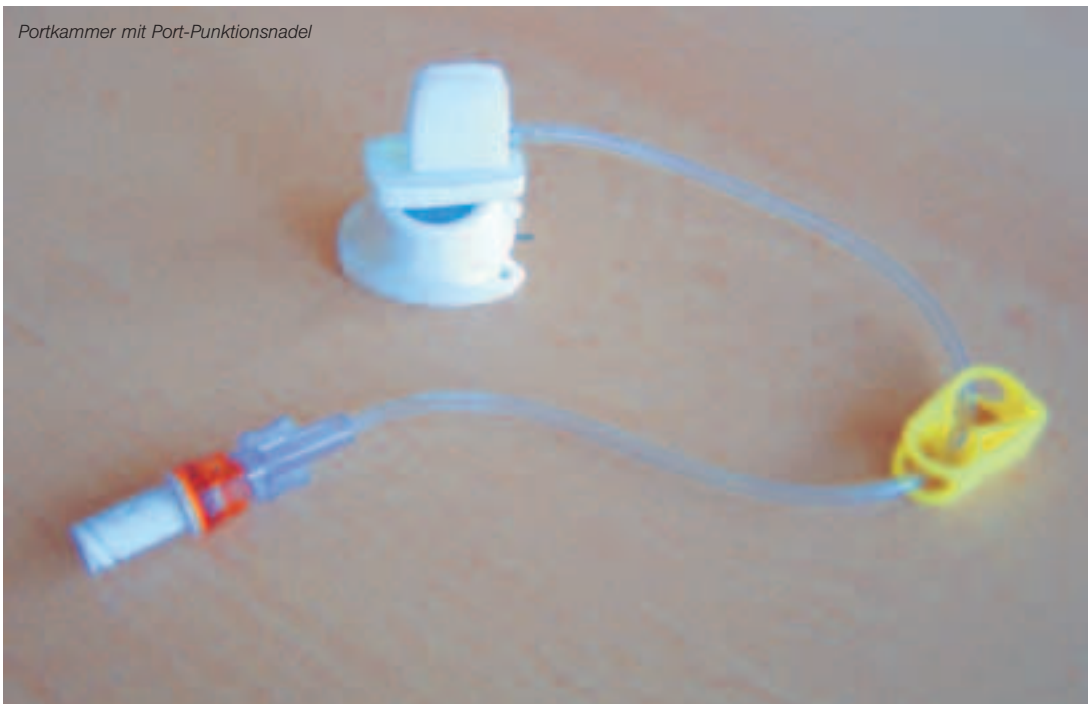
Was ist parenterale Ernährung?

Der Begriff parenteral kommt aus dem Lateinischen. Er wird verwendet für die Verabreichung von Arzneimitteln unter Umgehung des Magen-Darm-Kanals. Werden Nährstoffe in eine Ader (Vene) infundiert, spricht man von parenteraler Ernährung.

Wer braucht eine parenterale Ernährung?

Wenn der Magen-Darm-Kanal an einer oder mehreren Stellen stark verengt ist („Stenosen“), der Darm für die Verdauung zu kurz ist („Kurzdarmerkrankung“), die Behandlung mit Medikamenten zu starker Übelkeit und zu Erbrechen führt und wenn die Nahrung nicht über eine Sonde gegeben werden kann, kommt die parenterale Ernährung in Frage. Es besteht keine Altersbeschränkung.

Portkammer mit Port-Punktionsnadel



Welche Lösung wird bei der parenteralen Ernährung verabreicht?

Die Industrie bietet so genannte Mehrkammerbeutel an. Sie bestehen aus zwei oder drei Kammern. Zweikammerbeutel enthalten Aminosäuren, Salze und Glukose, Dreikammerbeutel enthalten zusätzlich Fett. Man könnte auch alle Nährstoffe in eine Kammer hinein geben. Allerdings wäre dann die Haltbarkeit auf wenige Tage oder gar Stunden begrenzt. Sind die Nährstoffe in getrennten Kammern, die erst unmittelbar vor der Infusion geöffnet werden, kann der Beutel bis zu zwei Jahre bei normalen Temperaturen gelagert werden.

ponenten garantiert ist. Die verschiedenen Hersteller der Port-Systeme garantieren eine Haltbarkeit der Ports für mindestens 2.000 Punktionen, allerdings nur unter der Voraussetzung des ausschließlichen Einsatzes der dafür vorgesehenen speziellen Huber-Schliff-Nadeln. Von einer Punktion von Ports mit herkömmlichen Nadeln ist abzuraten, da dadurch Fragmente aus dem Pfropfen gestanzt werden, welche einerseits den Katheter verlegen können und andererseits ein kompakter Verschluss des Stichkanals nach Entfernen der Nadel nicht erfolgt.

Nach aseptischem Konnektieren des Infusionssystems ist eine Liegedauer der Port-Nadel von 24–48 Stunden als problemlos anzusehen. Die maximale Liegedauer der Port-Nadel sollte laut Herstellerangaben 7 Tage nicht überschreiten.

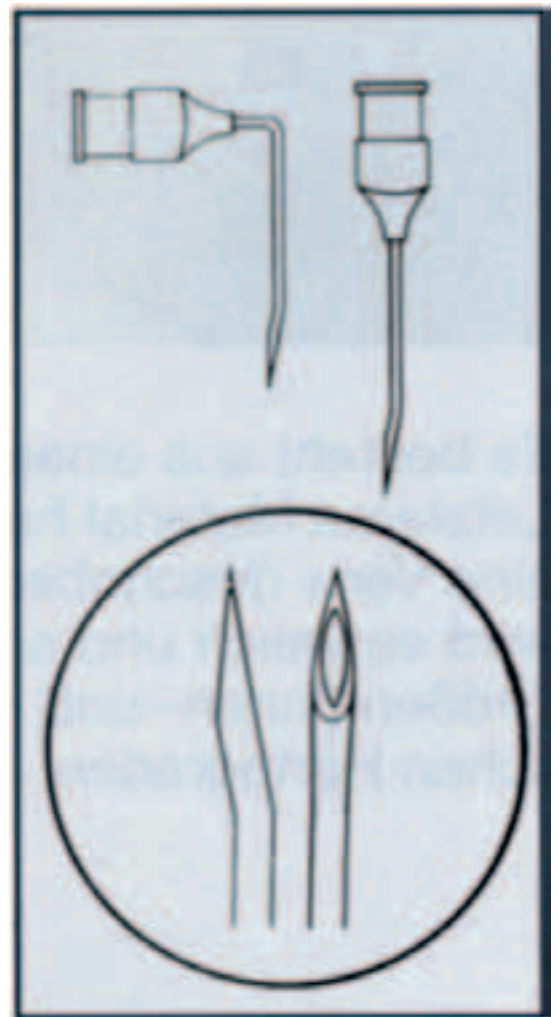
Port-Punktionsnadeln

Ursprünglich als „Huber-Nadel“ eingeführt, nunmehr vielfach modifiziert, zeichnet die Port-Punktionsnadeln ein spezieller Schliff und eine spezielle Krümmung aus. Hierdurch soll während des Durchstechens des Silikon-Gummi-Pfropfens eine Ausstanzung von Pfropfsubstanz sicher vermieden werden. Gleichzeitig soll erreicht werden, dass die durch die Nadel verursachten Kanäle im Pfropfen kongruente und glatte Oberflächen haben, welche sich sofort nach Entfernen der Nadel wieder dicht aneinander legen und damit eine Leckage des Systems verhindern.

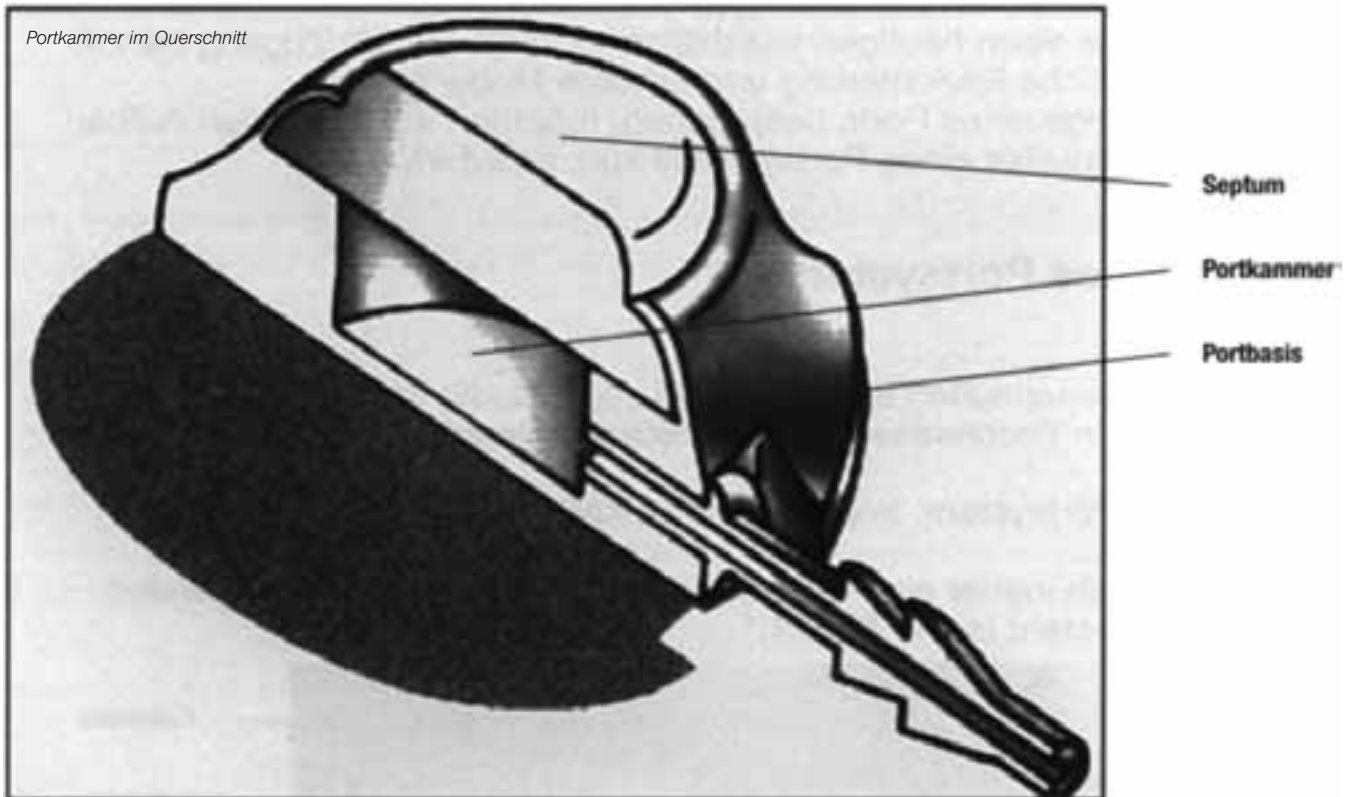
Abgesehen von den aus den genannten Gründen vorgegebenen Krümmungen können die Nadeln gerade (für kurzfristige Infusionen) oder aber rechtwinklig gekrümmt (für längere Verweildauer im Port) sein. Letztere erlauben eine bessere Fixierung und tragen in der Regel auch spezielle Abdeckmuffen, welche mit desinfizierenden Gels gefüllt sind, die eine Kontamination des Systems verhindern sollen.

Die Spezialnadeln werden in verschiedenen Längen angeboten, was insbesondere bei den rechtwinklig gebogenen Modellen von Bedeutung ist, da die Distanz der bis zum Anschlag in den Port eingeführten Nadel zur Haut möglichst gering sein soll, andererseits aber eine Kompression der Haut durch die anliegende Nadel vermieden werden muss.

Die neueren Modelle sind auch bereits fix mit kurzen Anschlusschläuchen versehen, welche ein Füllen mit Spüllösung (isotone Kochsalzlösung) vor Verwendung erlauben.



Huber-Nadel für die Port-Punktion



Hickman/Broviac-Katheter

Der Hickman/Broviac-Katheter ist ein zentraler Venenkatheter, der fest implantiert ist. Der Katheter wird nach Punktion einer Vene in das venöse Gefäßsystem eingeführt und in die Vena cava superior (obere Hohlvene) herznah vorgeschoben. Von dort wird der Katheter subcutan (unter der Haut) untertunnelt ausgeleitet. Das Besondere an diesem Katheter ist die Dacron-Manschette und der antimikrobielle Cuff. Die Dacron-Manschette verwächst in 2 bis 3 Wochen mit der subcutanen Hautschicht, somit ist der Katheter fixiert. Der antimikrobielle Cuff und die lange Untertunnelung des Katheters dienen als Schutz vor aufsteigenden Infektionen. Die wichtigste Indikation ist der langfristige Einsatz für Infusionstherapien, insbesondere der parenteralen Ernährung, die Verabreichung von Medikamenten (Schmerz- und Zytostatikatherapien etc.), sowie die Gabe von Bluttransfusionen. Der Vorteil der unterschiedlichen Kathetersysteme besteht auch darin, dass beispielsweise bei Materialunverträglichkeiten das verträglichste System ausgewählt werden kann. Bei der Auswahl des Kathetersystems sollte darüber hinaus der Wunsch des Betroffenen mitberücksichtigt werden.

Parenterale Ernährung zu Hause

Sich täglich ausreichend zu ernähren und zu trinken, ist lebensnotwendig, um Abwehrkräfte zu mobilisieren, das Wohlbefinden zu stabilisieren, den Genesungsprozess zu fördern sowie die geistige und körperliche Leistungsfähigkeit aufrecht zu erhalten.

Eine plötzliche Erkrankung und die damit verbundenen Begleitumstände erlauben vielen Betroffenen nicht mehr, alle lebensnotwendigen Nährstoffe sowie Flüssigkeit Bedarfs deckend auf normalem Wege zuzuführen.

Um den Ernährungs- und Gesundheitszustand zu erhalten oder auch zu verbessern, wird mit einer parenteralen Ernährungstherapie begonnen.

Moderne Produkte sowie eine kompetente, qualifizierte Beratung und Betreuung stellen sicher, dass diese Form der Ernährungstherapie auch zu Hause problemlos durchgeführt werden kann. Es kann davon ausgegangen werden, dass bundesweit jährlich weit über 1000 Betroffene parenteral zu Hause ernährt werden.

Welche Vorteile hat die parenterale Ernährung?

Patienten sind im eigenen häuslichen Umfeld oder bei ihren Angehörigen. Je nach Alter und Krankheit wird durch den Erhalt der Selbständigkeit die Lebensqualität verbessert.

Parenterale Ernährungstherapie im Angebot der HTMa/Thep-Unternehmensgruppe

Die HTMa/Thep-Unternehmensgruppe bietet über seine 15 regionalen Thep-Gesellschaften die parenterale Ernährungstherapie an. Ob zu Hause, in Klinik oder Pflegeheim: Unsere Case-Manager beraten, betreuen und beliefern die Patienten umfassend und wirtschaftlich.

Königs- oder Irrweg?

FOTO: DAK



In unserer Juni-Ausgabe beschrieb Christiane Döring die Unsicherheiten in der Auslegung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) in Hinblick auf Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich. Der Jurist Holger Schlicht, Leiter des Hilfsmittelmanagements bei der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK), nimmt zu den Forderungen Stellung.

Im Juni berichtete Christiane Döring über die Bedeutung und Probleme aus der Sicht eines Leistungserbringers mit den seit dem 1. Januar 2004 im Sozialgesetzbuch V (Krankenversicherung) erstmals verankerten Ausschreibungsmöglichkeiten im Hilfsmittelbereich. Ihrer Forderung „Einheitliche Voraussetzungen schaffen“ kann auch aus der Sicht einer Krankenkasse zugestimmt werden.

Ausschreibungen sind neben Festbeträgen und freihändigen Verträgen ein rechtliches Instrument, um Preise, Abläufe und Qualitätsstandards verbindlich zu regeln.

Problematisch sind nicht allein die juristischen Fragen nach dem anzuwendenden Vergaberecht und dem Rechtsweg. Darüber hinaus sind die Auswirkungen von Ausschreibungsergebnissen auf die Rechte von Versicherten und ihre besonderen Interessen sowie Bedürfnisse in der konkreten Versorgungssituation zu betrachten. Letztlich muss die einzelne Krankenkasse ihre Chancen und Risiken eines Ausschreibungsverfahrens bewerten.

Rechtliche Betrachtung

Die rechtliche Situation zum Vergabeverfahren im Hilfsmittelbereich ist weiterhin diffus. Eine abschließende Betrachtung und Bewertung ist an dieser Stelle aufgrund der Komplexität nicht möglich. So werden folgend nur wenige Rechtsfragen grob umrissen.

Es bleibt fraglich, ob die Regelungen des nationalen/europäischen Vergaberechts auf die Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich übertragbar sind. Es spricht einiges dafür, ein Vergaberecht eigener Art für den Hilfsmittelbereich zu entwickeln.

In der Rechtsprechung und Literatur hat sich bisher keine herrschende Meinung herausgebildet, ob die Krankenkassen öffentliche Auftraggeber sind und deshalb die Vergabe von Leistungen im Sinne des Sozialgesetzbuches V nach dem Vergaberecht zu erfolgen hat. Angenommen, die Krankenkassen sind öffentliche Auftraggeber, dann sind die nächsten ungeklärten Rechtsfragen zu lösen.

Die Berechnung des rechtlich relevanten Schwellenwertes von 200.000 Euro ist bisher für die Vergabe von krankenversicherungsrechtlichen Leistungen vor dem Hintergrund der sozialrechtlichen Besonderheiten offen. Anders als bei üblichen Vergabeverfahren sind Gesundheitsleistungen, auch Hilfsmittelversor-

gungen, nur bedingt in der Menge vorhersehbar, da die Einzelleistung immer durch eine ärztliche Verordnung ausgelöst wird. Einerseits würde die Einzelleistung als relevanter Bezugspunkt für die Schwellenwertberechnung ein Ausschreibungsverfahren ad absurdum führen. Andererseits sind die Krankenkassen bisher nicht gesetzlich verpflichtet, einen Datenpool vorzuhalten, aus dem Mengenprognosen für einzelne Hilfsmittelversorgungen und damit auch Schwellenwertberechnungen hergeleitet werden können. Weiter ist offen, ob eine bundesweit tätige Krankenkasse bundesweit ausschreiben darf oder regional vergeben muss: Überwiegt das Interesse der Krankenkasse an einer einheitlichen qualitätsgesicherten Versorgung oder überwiegen etwaige Bieterinteressen regionaler oder kleinerer Anbieter an einer Aufteilung in Fach- oder Teillose? Für den Ausschreibungswert ist das von entscheidender Bedeutung.

Eine weitere sozialrechtliche Besonderheit widerspricht der originären Bedeutung von Ausschreibungen. Normalerweise sind Ausschreibungssieger ihres Umsatzes auf der Basis der Ausschreibung gewiss. Im Hilfsmittelbereich erhält der Ausschreibungssieger nicht mehr als eine Umsatzoption. Es bestimmen nicht originär die Ausschreibungsbeteiligten die Umsetzung des Ausschreibungsergebnisses. Vielmehr besteht ein rechtlich diffiziles Viereckverhält-

Neue Chancen durch medizinische Versorgungszentren

Bundesweit nimmt die Zahl der medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die vor allem unter Mitwirkung von Ärzten verschiedener Fachbereiche aber auch von Krankenhäusern oder weiteren ambulanten Partnern Patienten ambulant behandeln und versorgen, zu. Rechtsanwältin Christiane Döring von der HTMa/Thep-Unternehmensgruppe skizziert die Leistungsangebote von Therapie-Netzwerken.

Vorzüge eines MVZ unter Mitwirkung sonstiger Leistungserbringer

Aus Sicht der HTMa/Thep-Unternehmensgruppe erweisen sich sonstige Leistungserbringer als ideale Partner in medizinischen Versorgungszentren. Bereits heute nehmen wir Kliniken, Ärzten und Pflegediensten organisatorische und kommunikative Arbeiten ab, die nicht zu deren originären Tätigkeitsfeldern gehören. Wenn hierbei nicht nur die verschiedenen Ärzte, sondern auch die nichtärztlichen Leistungserbringer – wie wir, Apotheken oder ambulante Pflegedienste – mitwirken, so können durch verkürzte Versorgungswege, die gemeinsame Nutzung von Einrichtungen und einen koordinierten Personaleinsatz Synergieeffekte erzielt werden. Durch fachübergreifende Vernetzungsstrukturen und eine optimale Verzahnung zwischen stationä-

rer und ambulanter Therapie kann die Versorgungsqualität mit medizinischen Versorgungszentren optimiert werden.

Im folgendem soll ein erster Eindruck vermittelt werden, in welchem rechtlichen und organisatorischen Umfeld medizinische Versorgungszentren gegründet werden können.

Rechtlicher Rahmen eines MVZ

Mit der Schaffung von medizinischen Versorgungszentren hatte sich der Gesetzgeber des GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) das Ziel gesetzt, „eine Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen zu schaffen, die den Patienten eine Versorgung aus einer Hand anbietet“.

Medizinische Versorgungszentren sind nach der gesetzlichen Definition in § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in der angestellte Ärzte oder Vertragsärzte tätig sind.

Der Begriff „fachübergreifend“ ist vom Wortlaut her nicht eindeutig. Hätte man die Ärzte im Verhältnis untereinander nach ihrem Facharztstatus abgrenzen wollen, so hätte sich der Gesetzgeber der Bezeichnung „fachgebietsübergreifend“ wie er im § 95a Abs. 1 Nr. 2 SGB V zu finden ist, bedient. Dieser Begriff entspricht der Gebietsabgrenzung in der Weiterbildungsordnung. Demnach wollte der Gesetzgeber in den medizinischen Versorgungszentren eine umfassende interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten erreichen. Ob dabei die Trennung von haus- und fachärztlicher Versorgung berücksichtigt werden muss (vgl. § 73 Abs. 1 SGB V), kann zumindest bei den angestellten Ärzten in Frage gestellt werden, wenn jedenfalls die Abrechnung der ärztlichen Leistung getrennt wird. Die Einhaltung der Fachgebietsgrenzen ergibt sich aus der Weiterbildungsordnung und gilt für Vertragsärzte ebenso wie für angestellte Ärzte. Zu überlegen ist weiter, ob mit „fachübergreifend“ im Sinne der bezweckten Versorgungsverbesserung durch interdisziplinäre Zusammenarbeit auch die Kooperation mit nicht ärztlichen Gesundheitsdienstleistern wie der HTMa GmbH gemeint sein kann. Dass diese Zusammenarbeit innerhalb von medizinischen Versorgungszentren gewünscht ist, ergibt sich jedenfalls daraus, dass das medizinische Versorgungszentrum von Leistungserbringern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung

oder Vertrag an der medizinischen Versorgung teilnehmen, gegründet werden darf, vgl. § 95 Abs. 1 S. 3 SGB V. Auch dem Gedanken der Vernetzung und Nutzung von Synergieeffekten würde dadurch Rechnung getragen. Andererseits ist das medizinische Versorgungszentrum innerhalb der Gesetzesystematik der vertragsärztlichen Versorgung lokalisiert, was doch eher für die ärztliche Fächer übergreifende Kooperation spricht.

Leistungserbringer als Gründer eines MVZ

Nach § 95 Abs. 1 S. 3 SGB V kann ein medizinisches Versorgungszentrum auch von sonstigen Leistungserbringern wie von Hilfsmittelerbringern, Apotheken, Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen gegründet werden. Diese Leistungserbringer müssen nach Gründung weiterhin selbst an der medizinischen Versorgung teilnehmen. Ein Wegfall dieser Gründungsvoraussetzung würde ansonsten dazu führen, dass das medizinische Versorgungszentrum

seine Teilnahmeberechtigung an der medizinischen Versorgung verlieren würde (vgl. § 95 Abs. 6 S. 2 SGB V).

Eine Gründung von Medizinischen Versorgungszentren durch Herstellerfirmen von Medizinprodukten ist ebenso wenig vorgesehen wie von Krankenkassen oder Managementgesellschaften, die insoweit auf integrierte Versorgungsmodelle beschränkt sind. Diese Beschränkung der Trägerschaft dient vor allem dazu, dass sich die Entscheidungen in den medizinischen Versorgungszentren primär an den medizinischen Voraussetzungen orientieren und weitgehend „frei von wirtschaftlichen Interessen“ sind, wie es insbesondere § 95a Abs. 1 S. 3 SGB V vorschreibt.

Organisationsformen

Medizinische Versorgungszentren können nach § 95 Abs. 1 S. 3 SGB V in „allen zulässigen Organisationsformen“ gegründet werden, d.h. sowohl in der für Freiberufler möglichen Gesellschaftsform (z.B. BGB-Gesellschaft) als auch als juristische Per-

son (z.B. GmbH). Die Zulässigkeit der Organisationsform richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben, denen der Gründer unterliegt. Für Krankenhäuser bietet sich die GmbH als Gesellschaftsform an. Vertragsärzte unterliegen insoweit nach ihrem Berufsrecht einer Vielzahl an einschränkenden Bestimmungen. Entsprechende Änderungen der (Muster-)Berufsordnung sind bereits vom 107. Deutschen Ärztetag verabschiedet worden. Danach ist die Bildung von Ärzte-Gesellschaften auch in der Rechtsform einer GmbH zulässig.

Ausblick

Auch wenn ein nichtärztlicher Gesundheitsdienstleister nicht unmittelbar die Vergütung des medizinischen Versorgungszentrums erwirtschaftet, so erschließt sich doch ein weiteres Leistungsfeld, innerhalb dessen die HTMa/Thep-Unternehmensgruppe gute Ansätze sieht, ihre Marktstellung zu sichern und ihren Kunden eine optimale ambulante Therapie zu gewährleisten. Insbesondere die Qualifikation unserer Mitarbeiter als ambulanter Case-Manager kann die Voraussetzungen schaffen, dass Verwaltungsaufgaben besser koordiniert werden und den Ärzten mehr Zeit für die Patienten zur Verfügung steht. Auch sind für die Patienten mehr Ärzte auf kurzen Wegen erreichbar. Inwieweit die Vergütung der innerhalb des medizinischen Versorgungszentrums erbrachten Leistungen angemessen ist, wird die zukünftige Praxis zeigen. Insbesondere die von der HTMa/Thep-Unternehmensgruppe betreuten chronisch schwerkranken Patienten haben den Bedarf, in übergreifenden Versorgungsstrukturen behandelt zu werden. Unter all diesen Aspekten sind wir davon überzeugt, dass medizinische Versorgungszentren in der nahen Zukunft eine wesentliche Rolle auf den Gesundheitsmarkt übernehmen werden.

Ideale Partner: Die sonstigen Leistungserbringer können in medizinischen Versorgungszentren mit ihren Leistungsangeboten die Qualität optimieren



Vorsicht bei Vorhalteverpflichtungen

Immer wieder kommt es zu Streitigkeiten zwischen Pflegeheimen und Krankenkassen über die Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung im Verhältnis zur Vorhaltepflicht des Heimträgers. An einem aktuellen Urteil des Bundessozialgerichts erläutert Rechtsanwältin Annette Henz, Mitarbeiterin der Abteilung Recht- und Öffentlichkeitsarbeit der HTMa/Thep-Unternehmensgruppe, die Tücken in vielen ausgehandelten Verträgen.

Grundsätzlich haben Versicherte gegenüber ihrer Krankenkasse einen Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln, die erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern oder um eine Behinderung auszugleichen – und zwar unabhängig davon, ob der Versicherte in seinem eigenen Haushalt oder in einer stationären Pflegeeinrichtung lebt.

Bei in Pflegeeinrichtungen lebenden Patienten kommt es immer wieder zu Streitigkeiten darüber, ob die Krankenkassen zur Kostenübernahme einzelner Hilfsmittel verpflichtet sind oder ob die Pflegeeinrichtung dieses entsprechende Hilfsmittel zur Verfügung stellen muss (sog. Vorhaltepflicht). Eine gesetzliche Regelung zur Vorhaltepflicht von Pflegeeinrichtungen existiert nicht.

Nunmehr hat das Bundessozialgericht (BSG) in seinem Urteil vom 22.07.2004 Aussagen zur Abgrenzung der Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung im Gegensatz zu der Vorhalteverpflichtung der Heimträger getroffen (Az. B 3 KR 5/03 R).

Nach dieser Entscheidung richtet sich die Abgrenzung danach, ob das Hilfsmittel überwiegend dem Behindertenausgleich dient, d.h. eine Krankenbehandlung und ein Behindertenausgleich im Sinne medizinischer Rehabilitation stattfindet (Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse) oder aber die Pflege den Schwerpunkt bildet, weil eine Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben nicht mehr möglich ist (Vorhaltepflicht der Pflegeeinrichtung).

Dieser Feststellung lag folgender Sachverhalt zugrunde: Die 1912 geborene, in einem Pflegeheim lebende Klägerin beehrte von der beklagten Krankenkasse die Kostenübernahme für einen Lage-

rungsrollstuhl mit verstellbarer Rückenlehne, Fußstützen und Fixationsweste für den Oberkörper. Sie leidet unter fortgeschrittener Alzheimer-Demenz und Kontraktionen aller Gliedmaßen. Eigene Wünsche kann sie nicht mehr äußern und auch nicht mehr aktiv am Gemeinschaftsleben teilnehmen.

Das Pflegeheim hielt es pflegerisch für erforderlich, dass die Klägerin regelmäßig mobilisiert wird und auch an Gemeinschaftsveranstaltungen teilnimmt. Dafür benötige sie, so das Pflegeheim, einen verstellbaren Rollstuhl, der ein Herausfallen verhindere. Die Krankenkasse lehnte die Leistung ab und verwies auf die Zuständigkeit des Heimträgers für die erforderliche Heimausstattung.

Das BSG entschied, dass die Krankenkasse nicht zur Leistung verpflichtet ist, weil der Rollstuhl zum Ausgleich der verlorenen Geh- und Sitzfähigkeit nur noch von untergeordneter Bedeutung ist und die Pflege ganz im Vordergrund steht. Zur Pflege gehören auch aktivierende Maßnahmen, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten



und der Gefahr einer Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken. Dafür ist die Krankenkasse als Rehabilitationsträger nicht mehr zuständig.

Dieses Urteil hebt in aller Deutlichkeit hervor, wonach sich die Abgrenzung der Leistungsverpflichtung des Heimträgers bzw. der Krankenkassen zu richten hat: Die Differenzierung der Zuständigkeit Krankenkasse oder Pflegeeinrichtung erfolgt nach der Einstufung, ob das Hilfsmittel überwiegend der Krankenbehandlung (dann Zuständigkeit der Krankenkasse) oder der Pflege (dann Zuständigkeit der Pflegeeinrichtung) dient.

Dabei bleibt offen, nach welchen Kriterien diese Abgrenzung getroffen werden soll. Beispielsweise wird nicht beantwortet, ab welchem exakten Zeitpunkt die Pflege den Schwerpunkt bildet. Wer kann, darf und will eine Aussage darüber treffen, ob der jeweilige Patient am Gemeinschaftsleben teilnimmt oder nicht.

Zudem steht nunmehr eine etwaige Ungleichbehandlung zwischen im Pflegeheim lebenden Patienten und Patienten, die im häuslichen Bereich gepflegt werden im Raum. Dem beschriebenen Urteil zufolge bekommt die im Pflegeheim lebende Patientin den gewünschten Rollstuhl von der gesetzlichen Krankenkasse nicht zur Verfügung gestellt, wohingegen der im häuslichen Bereich lebende Patient einen Anspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung geltend machen kann.

Ausblick

Das Interesse von Krankenkassen, Einzelverträge mit Pflegeeinrichtungen zu schließen, steigt immer weiter an.

Hierbei besteht die Gefahr darin, dass solche individuell geschlossene



Krankenkasse oder Pflegeheim: Wer zahlt für den Rollstuhl?

FOTOS: IMAGE CREATAS, IMAGESHOP

nen Verträge den Heimen eine weitergehende, über diese der Rechtsprechung hinausgehende Leistungsverteilung, Verpflichtung zum Vorhalt von Hilfsmitteln übertragen werden. Derartige Verträge sollten durch Pflegeeinrichtungen vor Abschluss kritisch hinterfragt werden, insbesondere ob die vereinbarten Leistungspflichten nicht in Art und Umfang die Möglichkeiten des Heimes überschreiten. Die Folge könnte

ein unkalkulierbares Kostenrisiko aufgrund übermäßiger Vorhalteverpflichtung sein.

Daher: Bieten Krankenkassen Pflegeeinrichtungen Verträge an, so ist besonderes Augenmerk darauf zu richten, ob per Vertrag eine weitergehende Vorhalteverpflichtung zu Lasten der Pflegeeinrichtung vereinbart werden soll.

Annette Henz

Hospizarbeit und Palliativmedizin

Am 11. Juni 2005 führte der Hospiz- und Besuchsdienst im Mittleren Erzgebirgskreis e.V. seinen 1. Marienberger Hospiztag durch, an dem sich auch die Althep GmbH beteiligte.

Im würdigen Rahmen der „Silberscheune“ trafen sich ca. 100 ehrenamtliche Helfer und Mitarbeiter sozialer Dienste zum 1. Marienberger Hospiztag unter dem Motto „Hospizarbeit und Palliativmedizin/Schmerztherapie bei Infaust Erkrankten“.

Unter Palliativmedizin versteht man eine Behandlungsform, die nicht darauf aus ist, das Leben um jeden Preis zu verlängern, sondern das Ziel verfolgt, mit geeigneten Mitteln die verbleibende Lebenszeit für den Patienten so würdevoll und entlastend

An den Präsentationsständen der Althep GmbH und verschiedener Hersteller-Unternehmen konnten sich die Teilnehmer mit Infomaterial versorgen und auch praktische Übungen an verschiedenen medizintechnischen Produkten durchführen.

Eine Befragung ergab das große Interesse der Teilnehmer an weiteren Informationsveranstaltungen dieser Art. Der Hospiz- und Besuchsdienst im Mittleren Erzgebirgskreis e.V. wird diese Anregung gerne aufgreifen.

FOTO: ALTHEP GMBH



Rund 100 ehrenamtliche Helfer und Mitarbeiter kamen zum 1. Marienberger Hospiztag

Die Vorsitzende des Hospiz- und Besuchsdienstes, Anne Weber, eröffnete die Veranstaltung und berichtete von ihren Erfahrungen bei der Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden sowie deren Angehörigen.

Zum Thema „Weil Sterben auch Leben ist“ skizzierte Dr. med. Sabine Ullmann, Fachärztin für Anästhesie, die Entwicklung der Hospizbewegung und der Palliativmedizin bei der Betreuung unheilbar Erkrankter.

wie möglich zu gestalten. Dabei werden auch die Angehörigen mit einbezogen. Das sind auch die Ziele, die von der Hospizbewegung verfolgt werden.

Im zweiten Teil der Veranstaltung berichtete Oberärztin Barbara Schubert, Fachärztin für Innere Medizin am Krankenhaus St. Joseph-Stift in Dresden, über ihre Erfahrungen aus fünf Jahren Arbeit auf der Palliativstation. Sie unterstrich besonders, dass eine optimale Schmerzbehandlung die Grundlage aller weiteren Maßnahmen, ob pflegerischer, psychologischer oder spiritueller Natur, darstellt.

INFO

Der Hospiz- und Besuchsdienst im Mittleren Erzgebirgskreis e.V.

Der Hospizgedanke breitet sich auch in Deutschland aus. Rund 80.000 Helfer und Helferinnen sind derzeit in 1.310 Ambulanten Hospizdiensten tätig. Der 2001 gegründete Hospiz- und Besuchsdienst im Mittleren Erzgebirgskreis e.V. hat 70 Mitglieder, von denen 41 als ehrenamtliche Hospizhelfer ausgebildet sind. Sie begleiten zur Zeit 31 Patienten und betreuen 65 im Rahmen des Besuchsdienstes. Auch die Begleitung von Trauernden gehört zum Anliegen des Vereins: Regelmäßig treffen sich Helfer mit Betroffenen, um gemeinsam die Trauer zu bewältigen. Da die Angebote des Vereins auf ehrenamtlicher Basis geleistet werden und für die Patienten und Betroffenen kostenlos sind, ist der Hospizdienst auf Spenden angewiesen. Jede noch so kleine Gabe wird herzlich angenommen:

Hospiz- und Besuchsdienst im Mittleren Erzgebirgskreis e.V., Sparkasse Mittleres Erzgebirge, Konto-Nr.: 3 301 003 108; BLZ: 870 530 00.

Gut aufgehoben in Dortmund

Das Seniorenzentrum am Volksgarten in Dortmund – eine Einheit aus lebenswerter Philosophie, außergewöhnlicher Architektur und einem vielseitigen Leistungsangebot.

Inmitten eines Naturschutzgebietes in einer wunderschönen Parkanlage im Stadtteil Lüttgendortmund liegt das Seniorenzentrum Am Volksgarten. Leiter Frank Beaugrand stellte uns die Einrichtung bei einem Rundgang vor.

Philosophie

„Gut aufgehoben“ zu sein ist der Leitgedanke im Seniorenzentrum am Volksgarten. Für Frank Beaugrand, der alle 230 Bewohner mit Namen kennt, stehen bei seiner Arbeit die Menschen im Mittelpunkt: „Wir unterstützen unsere Bewohner mit allen Annehmlichkeiten, die das Leben bis ins hohe Alter lebenswert machen.“ Dabei orientieren sich die Mitarbeiter an einem Gerontopsychiatrischen Pflegemodell („Wir betreuen Menschen und nicht Betten“.)



Enge Zusammenarbeit: Der Leiter des Seniorenzentrums am Volksgarten, Frank Beaugrand, und Cosathep-Geschäftsführerin Elke von Brand

Betreutes Wohnen

In den fünf strahlenförmig angeordneten Gebäuden bieten 92 komfortable Wohnungen mit jeweils zwei oder drei Zimmern den Bewohnern ein neues Zuhause. Eigenständigkeit und Aktivität der Bewohner werden gefördert.

Pflege

In 82 Einzel- und 16 Doppelzimmern können 114 pflegebedürftige Menschen aufgenommen werden. Die Räume sind persönlich gestaltet. Warme Farben unterstreichen die besondere Atmosphäre. Selbstverständlich können alle Bewohner oder deren Angehörige das neue Zuhause selbst möblieren und Lieb gewonnenes mitbringen.

Demenzkranke

Besonders am Herzen liegen Frank Beaugrand die demenzkranken Bewohner. Um ihnen das Leben so angenehm wie möglich zu machen, wird zunächst eine Befragung aller Bewohner mit dem Biografieerhebungsbogen vorgenommen. Dabei soll herausgefunden werden, was dem Menschen wichtig ist und welche Erfahrungen sein Leben geprägt haben. Dieser Ansatz findet auch bei der Einrichtung Berücksichtigung. Bei den bisherigen Befragungen kam heraus, dass die Bewohner sich etwa auf der Zeitebene um 1945 befinden. Die Einrichtung der Zimmer wurde daraufhin dieser Zeit angepasst.

WEITERE INFORMATIONEN

Seniorenzentrum am Volksgarten

Volksgartenstraße 51

44388 Dortmund

Telefon 0231 / 69 689-0

Telefax 0231 / 69 689-555

E-Mail: sz@t-online.de

www.senator-senioren.de

Zusammenarbeit mit der Cosathep

Um eine qualitativ hochwertige und umfassende Betreuung der Bewohner zu gewährleisten, arbeitet das Seniorenzentrum am Volksgarten seit 2002 eng mit der Cosathep GmbH zusammen. Frank Beaugrand: „Auf die Mitarbeiter der Cosathep kann ich mich hundertprozentig verlassen.“ Volker Nölle ist als Außendienstmitarbeiter verantwortlich für die Betreuung und Beratung in den Produktbereichen Enterale Ernährungstherapie, Wundtherapie und Tracheostomatherapie. Um die Mitarbeiter immer auf den neuesten Stand zu bringen, werden regelmäßige Schulungen durch Herrn Nölle abgehalten. Zusätzlich ist er als Medizinprodukte-Berater für die Einweisung in die Hilfsmittel tätig. Ebenso sorgt er dafür, dass die Cosathep bei Veranstaltungen mit einem Informationsstand präsent ist. „Auch können wir jederzeit auf die umfangreiche Dokumentation der Cosathep zurückgreifen“, so Frank Beaugrand.

Vielfältige Aktivitäten

Langweilig wird es nie für die Bewohner des Seniorenzentrums. Viele Freizeitangebote und Veranstaltungen fördern das Miteinander. Neben regelmäßigen Angeboten wie Gedächtnistraining, Skat, Rommé, Bingo oder Basteln werden auch Ausflüge in den Zoo, auf den Bauernhof oder ins Musical (Phantom der Oper) unternommen.

Ein voller Erfolg

Auf dem internationalen Wundheilungs- und Behandlungskongress, der Mitte September in Stuttgart stattfand, war Coloplast, Hersteller von medizinischen Wundverbänden, prominent vertreten. Die von dem Unternehmen organisierten Symposien fanden breiten Anklang.

Zirka 2000 Teilnehmer und 450 Aussteller aus aller Welt besuchten vom 15. bis 17. September 2005 in Stuttgart den gemeinsamen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (Dgfw, www.dgfw.de), der European Tissue Repair Society (ETRS = Europäische Gesellschaft für Gewebereparatur/Gewebeerneuerung, Oxford, United Kingdom, www.etrso.org) und der European Wound-Management-Association (EWMA – Europäischen Wundmanagement-Organisation, London, United Kingdom, www.ewma.com) zum Thema „Vom Labor zum Patienten: Zukünftige Möglichkeiten zur Therapie von Problemwunden“.

Coloplast war mit einem internationalen Stand mit Standpersonal aus verschiedenen europäischen Ländern im Hegel-Foyer vertreten. Hauptaugenmerk lag auf dem neuen Produkt der Coloplast Wundversorgung, Biatain Schaumverband sanft-haftend. Biatain Schaumverband sanft-haftend ist eine starke Kombination aus dem Biatain Schaumverband nicht-haftend und einer sanften Haftschiicht. Der Verband haftet sanft auf der wundumgebenden Haut und dient somit als dritte Hand beim Verbandwechsel, da die Pflegekraft beide Hände frei hat, um z.B. einen Kompressionsverband anzulegen.

Für Coloplast stand auf diesem Kongress die evidenzbasierte Medizin sowie die evidenzbasierte Pflege im Vordergrund. Hierzu veranstaltete das Unternehmen drei interessante Symposien mit international bekannten Referenten, die für das deutsche Publikum simultan übersetzt wurden. Am Donnerstag, dem 15. September, fand das erste Coloplast Symposium zum Thema „Professionelle Pflege durch nationale Expertenstandards und evidenzbasierte Daten“ mit den

Referenten Prof. Barbara Braden, Prof. Dr. Jürgen Osterbrink, Gerhard Schröder und mit einer großen Anzahl an Zuhörern statt.

Zum Auftakt des Symposiums erläuterte Prof. Dr. Jürgen Osterbrink, Pflegewissenschaftler und Leiter des Schulzentrums für Krankenpflegeberufe in Nürnberg, die Begriffe evidenzbasierte Versorgung und evidenzbasierte Pflege. Gerhard Schröder, Lehrer für Pflegeberufe und 1. Vorsitzender der Initiative Chronische Wunden e.V., erklärte in seinem Vortrag zum Thema „Der nationale Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ die Ziele des nationalen Pflegestandards Dekubitus. Prof. Barbara Braden, Entwicklerin der

Die von Coloplast organisierten Symposien mit international bekannten Referenten fanden regen Zuspruch



Braden-Skala, erläuterte in ihrem Vortrag „Die Braden-Skala als Screeninginstrument – ein systematischer Überblick externer Evidenz“ die Entstehungsgeschichte der Braden-Skala und die Funktion einer solchen



Referentin Prof. Barbara Braden

Risikoskala im Rahmen der Dekubitusprophylaxe. Die Braden-Skala ist ein Instrument, mit dessen Hilfe sich die Gefährdung des Patienten, einen Dekubitus zu erleiden, mit hoher Sicherheit feststellen lässt. Allerdings sei diese Skala kein Standard, der für die erkannten Risikofaktoren bestimmte Pflegemaßnahmen vorgebe. Zum Abschluss des Symposiums griff Prof. Dr. Jürgen Osterbrink die Differenzierung zwischen Bewertungsskala und Standard In seinem Vortrag „Der nationale Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege – Konsequenzen für die Therapie der Wundversorgung“ am Beispiel des nationalen Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege auf. Ziel dieses Standards ist, die Berufsgruppe dafür zu sensibilisieren, dass chronische Wunden immer Schmerzen verursachen und dass Patienten diese Schmerzen nicht schicksalhaft erleiden müssen. Zur Frage der Schmerzkontrolle bei chronischen Wunden stellte Prof. Dr. Osterbrink eine Vielzahl von medikamentösen und nicht medikamentösen Strategien vor. Er unterstrich wie seine Vorredner die Wichtigkeit der Zusammenarbeit von Pflegenden und Patienten.

Am Freitag, dem 16. September, sprachen im Lunchsymposium Dr. med. Karl-Christian Münther, Schwester Wilma Ruigrok van der Werven, Prof. Dr. Patricia Price und Dr. Gary Sibbald M.D. zum Thema „Schnellere Wundheilung: Ein patientenorientierter und evidenzbasierter Ansatz“. Die Besucher zeigten großes Interesse an den einzelnen Vorträgen. Professor Patricia Price sprach über „Patientenorientierte Bedürfnisse“ mit Blick auf die Herausforderungen des 21. Jahrhunderts z.B. finanzielle Restriktionen, Barrieren des Zugangs zu Behandlungen einerseits und die hohe Bedeutung der Lebensqualität andererseits. Dr. Karl-Christian Münther und Wilma Ruigrok van der Werven hielten einen Vortrag über die „Beurteilung und Behandlung von Patienten mit venösen Ulcera cruris: Aus Sicht eines Arztes und einer Krankenschwester“. Professor Gary Sibbald sprach über „Ein patientenorientierter und evidenzbasierter Ansatz“ der Wundversorgung mit Beispielen von kontrollierten, randomisierten Studien zu Biatain und Contreet sowie gesundheitsökonomischen Studien zur Kosteneffektivität von verschiedenen antibakteriellen Verbänden mit Silber. Der Höhepunkt dieses Symposiums war der Diskussionsbeitrag aller Referenten zum Thema „Verbesserte Patientenresultate bei diabetischen Fußulcera: Patientenorientierte Bedürfnisse, Prävention, Optimierte Heilung“ mit Erläuterung der VIPS-Methode (Vasculäre Durchblutung, Infektionskontrolle, Druckentlastung, Chirurgisches Debridement) als Grundlage im Management diabetischer Fußulcera.

Auch das dritte Coloplast Symposium am Freitag Nachmittag wurde von den Besuchern gut angenommen. Hier sprachen Prof. Dr. Finn Gottrup und Dr. Gottfried Born zum Thema „Ein praktischer Ansatz zur schnellen Wundheilung bei Patienten mit Wundinfektionen. Prof. Finn Gottrup erläuterte „Barrieren der Wundheilung“ und stellte Methoden zum Abbau die-

ser Barrieren dar. In einem zweiten Vortrag stellte er die Ergebnisse der CONTOP-Studie einer offenen, prospektiven, block-randomisierten Vergleichstudie über die Behandlung mit einem hydroaktiven silber-haltigen Schaumverband (Contreet Schaumverband) versus der Standard-Wundbehandlung vor. Dr. Gottfried Born hielt einen interessanten Vortrag über die Anwendung von „Silber, warum und wie“ und erläuterte in einem zweiten Vortrag zum Thema „klinischer Erfahrung mit Contreet Schaumverband“ seine praktischen Erfahrungen mit der Behandlung mit Contreet Schaumverband.



Gut besucht: Der Coloplast-Kongress-Stand

Die Teilnehmer der Symposien machten jeweils von dem Angebot, nach der Veranstaltung mit den Experten am Stand von Coloplast zu diskutieren, lebhaft Gebrauch. Einhellige Meinung war: Symposien wie dieses fördern den Dialog nicht nur unter den Experten, sondern über die Schulung der Experten vor allem den Dialog zwischen Patienten und Fachkräften im Gesundheitswesen, um die Bedürfnisse festzustellen und bei Problemen adäquate Abhilfe zu schaffen.

INFO

Die Abstracts zu den einzelnen Symposien können unter folgender Adresse bestellt werden: **Coloplast GmbH**

Postfach 700340 · 22003 Hamburg

Tel.: 040-66 98 07 77 · Fax: 040-66 98 07 48

www.coloplast.de · devks@coloplast.com

Zum Winter

TIERE

Die Winterschläfer

Die Winterschläfer suchen im Herbst Orte auf, in denen sie vor der strengen Kälte geschützt sind: hohle Baumstämme, Erdhöhlen und dergleichen, die sie mit Heu, Stroh, Blättern, Haaren, Wolle und anderen Materialien auspolstern. In dem so ausgestaffierten Unterschlupf verbringen sie meist zu mehreren Tieren mit zusammengezogenem, abgekugelttem Körper und geschlossenen Augenlidern den Winter in einem energetischen Sparzustand, dem so genannten Torpor. Ihre normale Körpertemperatur sinkt dabei meist auf Werte zwischen 9 und 1 Grad Celsius ab. Alle Körperfunktionen sind in diesem Zustand stark vermindert. Die Atmung ist sehr schwach, der Herzschlag enorm verlangsamt und die Empfindlichkeit gegenüber äußeren Reizen gering. Murmeltiere senken zum Beispiel während des Winterschlafs ihre Körpertemperatur von 39 auf bis zu 7 Grad Celsius ab. Ihr Herz schlägt statt 100 mal nur noch zwei- bis dreimal pro Minute. Zudem werden minutenlange Atempausen eingelegt. Die Absonderungsprodukte des Darmkanals und der Leber sammeln sich im unteren Teil des Darms an und werden gleich nach dem Erwachen entleert. Nahrung wird während der Zeit des Schlafes nicht aufgenommen, höchstens zwischendurch, in den gelegentlichen Wachphasen. Die Tiere zehren stattdessen von ihren Fett-Reserven.

Ein spezielles Fettgewebe, das im Schulter- und Nackenbereich liegt, dient zusätzlich dem Energiegewinn, besonders auch dann, wenn die Tiere bei erhöhten Außentemperaturen – wahrscheinlich der Auslöser für das Erwachen – wieder aus ihrem Winterschlaf aufwachen, was etliche Stunden dauert. In der Spätphase des Aufwachens wird der Körper vor allem durch Muskelzittern wieder auf Normaltemperatur gebracht.

Die Dauer des Winterschlafs ist bei den einzelnen Winterschläfern unterschiedlich. Hamster schlafen 2 bis 3,5 Monate lang, Igel 3 bis 4 Monate. Siebenschläfer verbringen stattliche 6 bis 7 Monate im Winterschlaf (daher auch ihr deutscher Name!). Man darf jedoch nicht der falschen Vorstellung unterliegen, dass es sich beim Winterschlaf um einen mehrmonatigen Dauerschlaf ohne Pause handelt. Vielmehr verläuft der Schlaf meist in Abschnitten, wobei sich längere Phasen der Ruhe mit stark reduziertem Stoffwechsel mit kurzen Wachphasen abwechseln. Zu oft dürfen die Tiere während des Winters allerdings nicht aufwachen, weil jede zwischenzeitliche Aufwachphase an den Energiereserven zehrt, so dass die Fettdepots zu früh aufgebraucht würden und für den eigentlichen Aufwachvorgang im Frühjahr nicht mehr zur Verfügung stünden.

Manche Winterschläfer wie die Murmeltiere halten sogar einen sozialen Winterschlaf. In jedem Bau ruhen bis zu 20 Eltern- und Jungtiere eng nebeneinander, so dass sie sich gegenseitig aufwärmen können, wenn die winterlichen Temperaturen zu stark absinken. Das erhöht die Chancen vor allem der Jungtiere, die über weniger Energiereserven verfügen, auch härtere Winter zu überstehen.

GEDICHT

Im Schnee



*Wie naht das finster türmende
Gewölk so schwarz und schwer!
Wie jagt der Wind, der stürmende,
Das Schneegestöber her!*

*Verschwunden ist die blühende
Und grüne Weltgestalt;
Es eilt der Fuss, der fliehende,
Im Schneefeld nass und kalt.*

*Wohl dem, der nun zufrieden ist
Und innerlich sich kennt!
Dem warm ein Herz beschieden ist,
Das heimlich loht und brennt!*

*Wo, traulich sich dran schmiegend, es
Die wache Seele schürt,
Ein perlend, nie versiegendes
Gedankenbrauwerk rührt!*

Gottfried Keller, 1819–1890



Igel



Murmeltier



Bär

Neuer Blick auf die Erde

Unsere Erde ist das reinste Farbenspiel. Zumindest wenn man sie aus dem Weltall mit Spezialkameras fotografiert. Das prächtige Fotobuch „Bilder der Erde“ stellt unseren Planeten auf ganz neue Weise vor.

Kontinente und Länder, Inseln und Gebirge, Wüsten, Seen und Städte – die Welt von oben ist ein phantastisches Spiel der Farben. Hawaii funkelt wie ein Edelstein auf tiefschwarzem Samt, Islands westliche Fjorde ähneln einer Schnittansicht des menschlichen Darms, und die iranische Salzwüste Dascht-e Kawir sieht aus wie ein abstraktes Ölgemälde.

So sieht der Planet Erde aus – betrachtet man ihn aus dem All. Genauer: Aus 705 Kilometern Entfernung, wo die Landsat-Satelliten um unseren Planeten kreisen und ihn abfotografiert haben. Die phantasti-

schen Fotos wurden mit sogenannten Multispectralscannern aufgenommen. Diese Aufnahmegeräte können die für unsere Augen unsichtbaren längeren Wellenlängen erkennen. Das Ergebnis: Tiefes Wasser etwa reflektiert wenig elektromagnetische Strahlung und erscheint auf den Fotos pechschwarz. Vegetation reflektiert vor allem im Infrarotbereich – landwirtschaftliche Anbauflächen sind auf den Bildern knallrot.

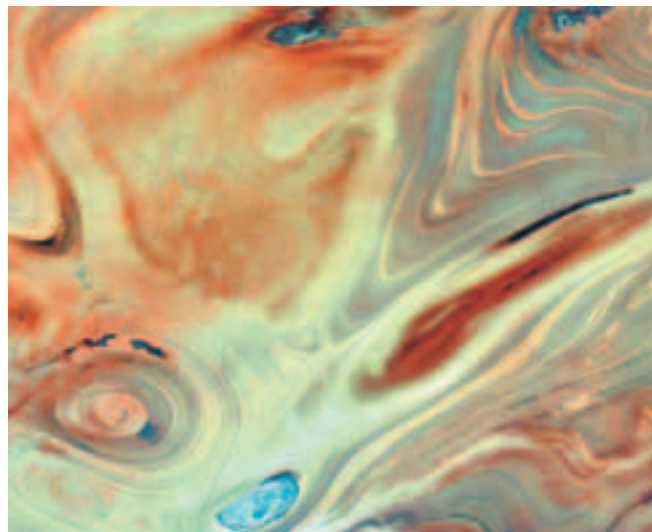
Mit rund 240 Bildern, die mit kleinen schematischen Karten und ausführlichen Bildlegenden eingeordnet und erklärt werden, kann der Betrachter zu einem Rundflug um die Erde starten.

Das Vorwort stammt von Sigmund Jähn. Der Voigtländer kennt diese Ansichten der Erde aus eigener Betrachtung: Er war 1978 der erste Deutsche, der im All war. Knapp acht Tage kreiste er an Bord der Sojus 31 um unseren Planeten. Er sah die Welt allerdings nicht als Farbspektakel, denn für das menschliche Auge ist die Erde der blaue Planet.

Patagonien (Südamerika)



Oben: Oman (Ausschnitt); unten: Iran – beide am persischen Golf



RÄTSELN UND GEWINNEN!

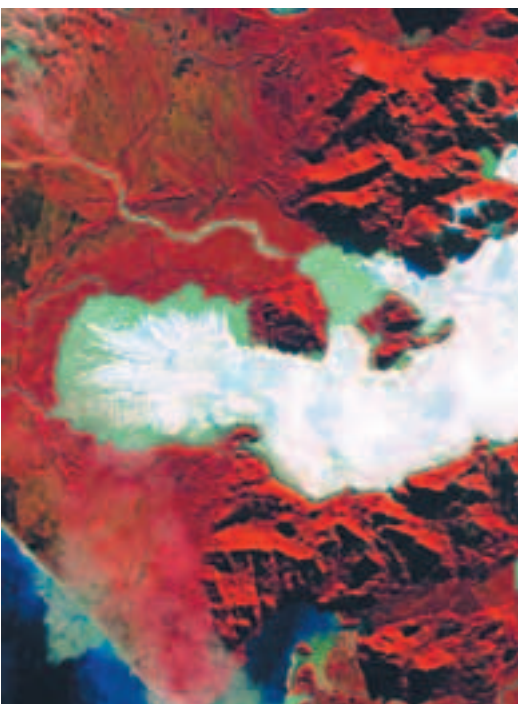
Auf unseren Rätselseiten (S. 28/29) können Sie eines von drei Exemplaren der „Bilder der Erde“ gewinnen, wenn Sie das Lösungswort des großen Schwedenrätsels herausfinden.



Bilder der Erde – Satellitenfotos aus dem All

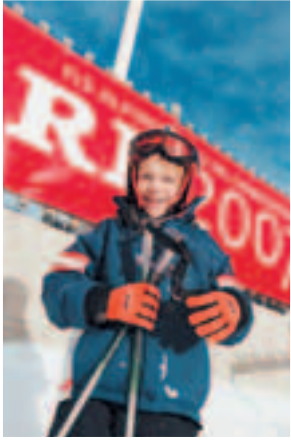
Mit einem Vorwort von Sigmund Jähn
Aus dem Englischen von Werner Horwath
288 Seiten, durchgehend farbig, 34 x 26 cm, geb., mit

SU; ISBN 3-8067-2944-1; Ladenpreis: 49,90 Euro
Gerstenberg Verlag, Hildesheim



Blick vom Åreskutan ins Tal

2007 finden in Åre die Ski-WM statt



Winterspaß in den schwedischen Alpen

Es muss nicht immer Österreich sein: Auch die skandinavischen Länder bieten alles, was sich der alpine Ski-Fan wünscht. Wir haben uns in Schwedens alpinem Ski-Zentrum Åre umgesehen, dem Austragungsort der alpinen Ski-Weltmeisterschaften 2007.



für alpine Ski-Fans. Ob Finnland, Norwegen, Schweden oder gar Island – die Skandinavier müssen nicht weit reisen, um rasante Abfahrten zu finden. Und das in vielen Gebieten von November bis Mitte Mai: So lange dauert in Skandinavien die Saison; in den Skigebieten Lapplands, z. B. in Riksgränsen, kann man sogar noch Ende Juni im Schein der Mitternachtssonne durch die Nacht wedeln.

Freie Fahrt gibt es in Åre auch abseits der Pisten



Endlose Weiten, die im Winter unter mannshohem Schnee liegen, und die der Skandinavier dann mit hechelndem Atem auf Langlauf-Skiern von Hütte zu Hütte ziehend durchquert – so ungefähr stellen wir uns hierzulande Winterfreuden in Nordeuropa vor.

Apres-Skipaß, Kilometer lange Abfahrten durch pulvrigen Schnee, Snowboarding in der Halfpipe: Wer so was sucht, der fährt in die Alpen.

Doch da ist Umdenken angesagt. Nordeuropa ist auch ein El Dorado

Die Behauptung, in Skandinavien gebe es keine gescheiterten Abfahrts- hänge, ist schlicht falsch. Richtig ist, dass die Pisten selten in Höhen jenseits der 1200 Meter beginnen, doch ihre Länge beträgt im Schnitt drei bis vier Kilometer. Die dabei zurückgelegten Höhenunterschiede liegen zwischen 300 und 800 Metern. Für Snowboarder wird ebenso gesorgt wie anderswo, Halfpipes findet man allenthalben. Und weil die Tage um Mitwinter kürzer sind als im alpenländischen Süden, wird ein Teil der Alpinanlagen kurzerhand beleuchtet.

Auch die Snowboarder
kommen auf ihre Kosten



Die Auswahl an alpinen Wintersport-Revieren ist groß. Die Orte ziehen sich in Schweden wie Perlen an der Schnur entlang jenes etwa 1500 Kilometer langen Gebirgszuges, der Schweden und Norwegen bis hoch hinauf in den Norden voneinander trennt.

Das schwedische Åre im Årefjall-Gebirge ist das Zentrum des skandinavischen Ski-Tourismus. Schon seit über 100 Jahren werden hier Skier umgeschnallt. In den vergangenen zehn Jahren haben die Verantwortlichen viel Geld investiert, um Ort und Skirevier, das sich über mehrere Nachbarorte hinzieht, in die erste Liga der Ski-Regionen zu heben. Zu jeder Saison werden neue Abfahrten angelegt, das Liftnetz ausgebaut und auf den neuesten Stand gebracht.

TIPP

Schneescooterfahrten

Wenn Sie mehr an Geschwindigkeit als an sportlichem Training interessiert sind und in die weitläufige, schneebedeckte Wildnis aufbrechen möchten, ist der Schneescoter das richtige Gefährt für Sie. Wer Auto oder Motorrad fahren kann, braucht weder Vorkenntnisse noch einen Führerschein. Nur vergessen Sie nicht: ziehen Sie sich richtig an und seien Sie vorsichtig. Im Winter ist der Schneescoter in ganz Nordschweden ein wichtiges Transportmittel. Schneescoterspuren gibt es in allen schwedischen Wintersportorten, dort kann man sich geführten Touren anschließen oder selbst einen Schneescoter mieten.

Mit dem Schneescoter auf dem Åresjön



Ehrgeiziges Ziel: Bis 2011 will Åre Europas attraktivster Winter-Sport-Ort werden. Der Ort am See Åresjön – hier kann man zur Abwechslung Eisangeln – hat sein skandinavisches Flair weit gehend bewahrt: Schmucke Holzhäuser, rot oder gelb gestrichen, prägen die Kleinstadt mit seinen 6.000 Bewohnern.

Rund um den 1274 Meter hohen Åreskutan und dem benachbarten knapp 800 Meter Försberget kann man auf 102 präparierten Pisten mit rund 100 Kilometern Gesamtlänge und einem Höhenunterschied von 900 Metern abwechslungsreich die Berge abfahren. Und: Åre besitzt die mit 6,5 Kilometern längste Abfahrt Skandinaviens. 40 Lifte sorgen dafür, dass man immer wieder schnell auf die Piste kommt.

Spezielles Areal für die Kleinsten



Neben dem alpinen Spaß und den für Skandinavien selbstverständlichen Langlaufloipen – 60 km gespurte Loipen und 1200 km markierte Skiwanderwege warten auf Langläufer – bietet Åre typisch nordische Vergnügen, die man in den Alpen eben nicht findet: Ob mit dem „Snowscooter“ oder auf dem Schlitten hinter einem Hundegespann – für Ausflüge in die weite Landschaft sollte auf jeden Fall ein Tag Zeit genommen werden. Auch Kurse für angehende Schneeschuhläufer gehören zum Angebot. Der neueste Clou ist „Schlittschuhwandern“: Auf Kufen geht es dabei stundenlang über die gefrorenen Flächen der zahlreichen Seen und Bachläufe hinein in die Einsamkeit.

Schlittentouren: Auf den Hund gekommen



Apres-Ski und Abendunterhaltung kommen auch in Åre nicht zu kurz: 50 Restaurants bieten Genüsse aus aller Welt und rund 15 Discos, Bars und Nachtclubs garantieren für das vielseitigste Nachtleben nördlich von Stockholm.

Die Qualitäten von Ort, Berg und Pisten haben auch die Verantwortlichen des internationalen Skiverbands überzeugt: Im Februar 2007 messen sich auf den Pisten rund um Åre die weltbesten Alpinen, um ihre Weltmeister zu ermitteln.

Heimelig: Åre am Abend



INFO

Anreise

Mit Fähre/Auto:

Viele Fähren fahren von Deutschland nach Skandinavien. Empfehlenswert ist die Überfahrt nach Oslo (zum Beispiel mit der Color Line-Reederei von Kiel in die norwegische Hauptstadt). Von Oslo sind es rund 7 Stunden Autofahrt bis Åre.

Mit dem Flugzeug:

SAS und Lufthansa fliegen Stockholm an. Aber auch einige Billigflieger wie Ryanair, German Wings oder Fly Nordic haben Flüge nach Stockholm im Angebot. Von dort geht es weiter per einstündigen Inlandsflug nach Östersund in Mittelschweden, das knapp 100 Kilometer von Åre entfernt liegt. Neben dem regelmäßig verkehrenden Flughafenbus bieten einige Hotels einen Shuttle-Service von und zum Flughafen an.

Skigebiet

102 Pisten, 40 Lifte. Längste Abfahrt: 6,5 Kilometer. Das gesamte Skigebiet zieht sich auf einer Breite von 15 Kilometer längst des Åreskutan-Sees. Die vier Einzelgebiete sind per Skischaukel oder kostenlosen Ski-Bus erreichbar.

Unterkunft

Die Skiregion Åre verfügt über 24 000 Betten – hauptsächlich Apartments und Pensionen. Empfehlenswerte Hotels: Das erst vor kurzem erbaute Sport- und Erlebnishotel „Holiday Club“ mit großem Freizeitcenter oder das gerade renovierte Hotel Fjällgården im typisch schwedischen Berghotel-Stil. Für Selbstversorger empfehlen sich die „Fjällbyn Apartments“, die direkt neben dem Olympialift liegen, dem zentralen Zugang zum Skigebiet.

Reiseveranstalter

Skandinavisches Reisebüro
(www.skandinavisches-reisebuero.de)
Wolters Reisen (www.wolters-reisen.de)
Top-Nord (www.topnord.de)
Nordic Holidays (www.nordic-holidays.de)
Kodiak Reisen (www.kodiak-reisen.de)
Kultour und Natour Touristik
(www.skandinavienpur.de)



Gewinnen Sie eines von drei tollen Büchern!

GEWINN-RÄTSEL

Staatenbündnis	ital. Wallfahrtsort	Klavierspieler	▼	▼	Forstungsraum (Kw.)	▼	Zierpflanze	▼	fegen	ausländ. Zahlungsmittel	▼	unverheiratet	Durcheinander	▼	lat.: durch, mittels	nach Art von (franz.)	Klosterfrau
▶	▼						Schluss, Aus	▶				vollendet	▶			11	▼
männl. Vorname		Vor-, Wetterdach	▶					9	eh. österr. männlicher Adelstitel	▶					engl.: frei		
▶	2			3	Teil einer Kette	▼	engl.: Rückblick	▶						begeisterter Anhänger	1		
▶							aus Erz	▼	westafrik. Küstengebiet	▼		jugendl. ugs.: großartig	▼	alte assyr. Hauptstadt		'Mutter der Armen'	▼
Gruppe von Bergen		erfahren, firm		nicht quer	▶						Fischknochen	▶					
▶			14			Wasserblume	▼	Länder jenseits der Meere	▶	7							diebischer Vogel
Amtsbezirk eines Vogtes	Stückzahl im Dutzend		mundartlich: Ameise	weibl. Grautier	▶						weiches Wollgewebe	▼	Teil der Schulter		Teil der Woche		
Teil von Sprengkörpern	▶						Rumgetränk	▼	Vertragsbedingung	▶						15	
Fragewort (3. Fall)	6		landw. Arbeiter (veralt.)	schmale Stelle, wenig Raum	▶			5	auffällig modern gekleideter	▼	diagonal geschl. Ball b. Tennis	▶					
dubios, zweifelhaft	▶						ugs.: wertloser Kram	▶					Abk.: national	▶			
▶				Krabben (engl.)	▼		innere Angelegenheiten	▼	männl. Rinder	▶	12					aufmachen	▼
mit Gott reden		sehr betagt	Salatzutat, flüssig, Gewürz	▶					zerbrochen, defekt, entzwei	▼		Ehemann von Steffi Graf	▼	Einfahrt	▶		
▶					13			türkischer Staatsmann †	▶					Staatsvermögen	▼		Weißpappel
schlampig arbeiten	fest, stabil, nicht weich		Fluss durch München	▼		ugs.: langsam	▶						Farbfilmverfahren	▶			
Inselstaat der Antillen	4					Kfz.-Z.: Tansania	▼	Truppenvorbeimarsch	▶						eines der Mainzeilmännchen	▼	
Bindewort	▶		Planetenname	▶						Alarmgerät	▶					16	
▶							10	span.: drei	▶				Aristokratie	▶			
auf frischer Tat erwischen		Stadt in Baden-Württemberg	▶							Glasschrank	▶	8					

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

Etwas Warmes braucht der Mensch

Für die kalte Jahreszeit hat Gourmet Ralf Bozek ein Menü zusammengestellt, das die klassische Küche raffiniert variiert. Seine Tomatensuppe kommt mit roten Linsen, das Schweinefilet füllt er mit Spinat und Käse, und beim Dessert gibt es Orangen satt. Guten Appetit!

VORSPEISE

Tomatensuppe mit roten Linsen

Die Brühe in einem Topf zum kochen bringen. Schalotten und Knoblauch schälen, klein hacken und bei milder Hitze 5 Minuten in Olivenöl weich dünsten. Das Basilikum waschen, trocken tupfen, einige Blätter zum Garnieren beiseite legen und so viel davon klein schneiden, dass es 1 EL ergibt.

Die Linsen waschen, abtropfen lassen und mit den Tomaten in die kochende Brühe geben. Aufkochen und bedeckt 15 Minuten köcheln lassen. Nach 10 Minuten die Hälfte des Basilikums hineinstreuen. Den Käse cremig schlagen und das restliche Basilikum unterrühren. Die Suppe



FOTOS: RALF BOZEK

pürieren und mit Salz und frisch geriebenem Pfeffer abschmecken.

Aus der Käse-Basilikummasse mit zwei Löffeln Klößchen formen und in die portionierte Suppe geben. Mit Basilikumblättern garnieren und mit frischem Brot servieren.

VORSPEISE

Zutaten für vier Personen

600 ml Hühner- oder Gemüsebrühe
2 EL Olivenöl
3 Schalotten
2-3 Knoblauchzehen
etwa 15 Basilikumblätter
120 g halbe rote Linsen (Splittlinsen)
400 g Pizzatomen aus der Dose
100 g Doppelrahmfrischkäse
Salz, frisch gemahlener schwarzer Pfeffer

HAUPTSPEISE

Schweinefilet mit Spinatfüllung

Den Knoblauch und die Schalotte fein hacken. 50 g vom Räucherspeck in kleine Würfel schneiden und mit dem Knoblauch und der Schalotte glasig dünsten.

Den Spinat darunter mischen und kurz durchschwenken. Den geriebenen Hartkäse unterrühren und mit Salz und frisch geriebenem Pfeffer und Muskat würzen. Den Backofen auf 200°C vorheizen.

Die Schweinefilets waschen und trocken tupfen, von Sehnen befreien. Der Länge nach einschneiden, aber nicht durchschneiden. Die beiden

Hälften auseinander klappen, salzen und pfeffern und mit Spinatmischung füllen. Mit den restlichen Speckscheiben umhüllen und mit Küchengarn festbinden. In einer hitzebeständigen Pfanne im heißen Öl von allen Seiten anbraten. Mit dem Wein begießen und im Backofen in etwa 15 Minuten fertig braten. Das Fleisch aus der Pfanne nehmen und warm stellen.

HAUPTSPEISE

Zutaten für vier Personen

150 g durchwachsener Räucherspeck in dünnen Scheiben
 1 gehackte Knoblauchzehe
 1 Schalotte
 300 g aufgetauter TK-Blattspinat
 50 g geriebener Hartkäse
 Salz
 Frisch gemahlener Pfeffer
 Frisch geriebene Muskatnuss
 2 Schweinefilets (à 350 g)
 2 EL Keimöl
 1/2 l trockener Weißwein
 2 EL Crème fraîche



Den Bratenfond mit der Crème fraîche verrühren und einkochen. Das Fleisch in Scheiben geschnitten auf einem Soßenspiegel servieren.

Als Beilage eignen sich Brat- oder Röstkartoffeln und natürlich frisches Baguette.

DESSERT

Orangenschaum auf Kumquatkompott

Für den Orangenschaum die Eier trennen. Das Eiweiß in einem hohen Gefäß kühl stellen. Die Eigelbe mit dem Zucker in einen Schneekessel geben und auf dem heißen Wasserbad schaumig rühren. Den Schneekessel in eine Schüssel mit kaltem Wasser stellen und kalt cremig schlagen. Die Gelatine nach Anleitung vorbereiten und gut ausgedrückt im Likör auflösen. Den Orangen- und den Zitronensaft mit dem Eischaum mischen. Das Eiweiß mit etwas Salz halb steif schlagen, den gesiebten Puderzucker unter Rühren einrieseln lassen und ganz steif schlagen. Die Sahne steif schlagen. Erst den Eischnee und dann die Sahne unter die Orangencreme heben. Die Creme im Kühlschrank mindestens 4 Stunden kaltstellen.

DESSERT

Zutaten für vier Personen

Orangenschaum
 3 Eier
 2 Eiweiße
 125 g Zucker
 3 Blatt weiße Gelatine
 Saft von 3 großen Orangen
 2 EL frisch gepressten Zitronensaft
 4 EL Orangenlikör (z. B. Cointreau)
 Salz
 4 EL Puderzucker
 125 ml Sahne
Kumquatkompott
 200 g Kumquats (Zwergorangen)
 75 g Puderzucker
 2 EL brauner Rum
 2 EL Butter
 Borkenschokolade zum Garnieren

Für das Kompott die Kumquats waschen, trockenreiben, längs vierteln und die Kerne und den Strunk entfernen. Den Puderzucker in einer be-

schichteten Pfanne zu hellem Karamell schmelzen. Die Kumquats zufügen und kurz erhitzen. Den Rum einrühren und so lange erhitzen, bis sich das Karamell wieder gelöst hat. Die Butter einrühren und abkühlen lassen.

Zum Servieren etwas Kompott auf einem Dessertteller verteilen und mit Löffeln ausgestochene Cremeklößchen auf das Kompott geben. Mit Borkenschokolade garnieren.



Leichtigkeit des Seins: Ansicht des Dachzeltes über dem Stadion



Der größte Sonnenschirm der Welt

Das Münchner Olympiastadion gehört zu den außergewöhnlichsten Stadien, die es weltweit zu bewundern gibt. Seine extravagante Dachkonstruktion gilt als eine der herausragenden architektonischen Bauleistungen des letzten Jahrhunderts.

„Welches Gebäude in Deutschland ist das Schönste“, fragte vor drei Jahren das international renommierte Architektur-Magazin „Häuser“ eine 18-köpfige Expertjury und seine Leser. Das überraschende Ergebnis: Nicht das Potsdamer Schloss Sanssouci, nicht der Kölner Dom und auch nicht der Dresdner Zwinger wurden von

der Jury gekürt – das Münchner Olympiastadion, Ende der 60-er Jahre des letzten Jahrhunderts zur Olympiade 1972 erbaut, wurde gewählt. Begründung: „Mit dem Olympia-Stadion wurde ein Ingenieurbau gekürt, der als eine der wenigen originären Architekturleistungen der Bundesrepublik Deutschland gilt“, so der Chefredakteur Wolfgang Nagel.

vor allem jedoch das fast schwerelos wirkende Dach des Olympiastadions war bei den Olympischen Spielen 1972 eine optische und statische Sensation. Das 74.800 Quadratmeter große durchsichtige Netzdach aus jeweils neun Quadratmeter großen Acrylglasplatten überspannt die Hälfte des Olympiastadions, die Olympiahalle und die Olympia-Schwimmhalle. Die Acrylplatten werden von Stahlseilen gehalten, die ihrerseits an 58 großen Stahlmasten befestigt sind – eine architektonische und technische Bauleistung, wie sie bis dato nicht für möglich gehalten wurde.

Wohl wahr: Das natürlich in den Olympiapark integrierte Stadion, konzipiert als offenes Amphitheater,

Erdacht und erbaut wurde diese Innovation von dem Stuttgarter Architekten Günter Behnisch, dem ein

Olympiapark vorschwebte, der luftig, offen und heiter sein sollte. Ein Gegenbild zur Olympiade 1936 in Berlin mit seinen martialischen Bauten. Für die von Behnisch im Wettbewerb nur skizzierte Dachkonstruktion holte er sich als Partner den Kollegen und Ingenieur Frei Otto ins Boot. Der hatte mit einer von ihm konstruierten schwebenden Dachkonstruktion des deutschen Pavillons auf der Expo in Montreal 1966 weltweit für Furore gesorgt. Daran knüpften Behnisch und Otto bei ihrem einzigartigen XXL-Dach für Olympia an.

Das Ergebnis: Mit ihrer scheinbar schwerelosen Konstruktion formulierten sie die Bauaufgabe Stadion neu und innovativ. Und: Kein anderes Bauwerk verkörpert die demokratischen Ideale der Bundesrepublik so wie das Münchner Olympiastadion.

En gros und en detail: Das Olympiagelände mit der begehbaren Dachkonstruktion aus diversen Perspektiven



Augen-Blicke: Das Olympiastadion hell erleuchtet am Abend



Seit den Spielen von 1972 sind über drei Jahrzehnte vergangen und der Olympiapark München ist immer noch ein einzigartiger Ort voller Leben. Die meisten olympischen Austragungsorte sind inzwischen Geschichte, in München aber hat sich bis heute ein weltweit beachtetes Freizeit- und Veranstaltungszentrum etabliert. Der Olympiapark München befindet sich immer noch auf der Höhe der Zeit, auch wenn der Fußballclub Bayern München vor einigen Monaten in eine eigene Arena umgezogen ist. An verschiedenen

Orten im gesamten Olympiapark finden pro Jahr mehrere hundert Veranstaltungen statt. Beispielsweise ist die Olympiahalle an mehr als 200 Tagen im Jahr durch Rock- und Pop-Konzerte, Sport-Events, Ausstellungen oder Messen belegt. Das Olympiastadion mit einer maximalen Kapazität von 75.000 und die Olympiahalle mit fast 14.000 Plätzen sind die zwei größten Event-Locations in München und Umgebung. 157 Millionen zahlende Besucher seit dem Mega-Event von 1972 sprechen eine deutliche Sprache...

FOTOS: OLYMPIAPARK.DE/MÜNCHEN GMBH

DIE AUFLÖSUNGEN UNSERER RÄTSEL VON SEITE 26/27

Zahlenrätsel

- | | |
|-----------------------------|----------|
| 1. bayer. Zwischenmahlzeit: | BROTZEIT |
| 2. in Gang setzen: | ANWERFEN |
| 3. Pflanzenprodukt: | BAUMHARZ |
| 4. übersinnlich: | MYSTISCH |
| 5. Köstlichkeit: | LECKEREI |
| 6. Gedenkmünze: | MEDAILLE |
| 7. ital. Schaumwein: | SPUMANTE |
| 8. Sardelle: | ANCHOVIS |
| 9. tragbares Fernsehgerät: | PORTABLE |
| 10. aus Büchern vortragen: | VORLESEN |

Lösungswort: Hilfsmittel



. . . im Leben

von **Beate Klöckl-Kommnick**. Die Teamleiterin der Hansethep in Schwerin hat täglich eine Vielzahl von Aufgaben zu erledigen: Von der umfassenden internen Organisation über die Planung von Fortbildungsveranstaltungen bis hin zur Pflege von Kundenkontakten.



Beate Klöckl-Kommnick in ihrem Hansethep-Büro

„Niemals den Glauben, die Liebe und die Hoffnung verlieren“, so lautet das Lebensmotto von Beate Klöckl-Kommnick. Ein positives, das Leben bejahende Motto, das ihr bei ihrer Arbeit hilft. Als Teamleiterin bei der Hansethep in Schwerin erfährt sie tagtäglich von den Nöten, Sorgen und Leiden von Menschen, die auf die Leistungsangebote der HTMa/Thep-Unternehmensgruppe angewiesen sind. Mit Engagement, Einfühlungsvermögen und eben einem

starken positiven Glauben versucht sie, diesen Menschen ein bisschen mehr zu geben als nach den Abrechnungstabellen der Krankenkassen vorgeschrieben ist.

Seit vier Jahren ist Beate Klöckl-Kommnick bei der Hansethep. Durch persönliche Kontakte kam die Fachkrankenschwester, Heilpraktikerin und psychologische Beraterin zur Schweriner Thep. Zuvor hatte sie als Krankenschwester stationär und ambulant sowie als Gesundheits- und Wellnessberaterin gearbeitet.

Als Teamleiterin bei der Hansethep kümmert sie sich besonders um das von der HTMa/Thep-Unternehmensgruppe entwickelte ambulante Case-Management-Modell KOMPASS®, dem neuartigen Schnittstellen-Management, das den Patienten sicher von der stationären in die ambulante Therapie überleiten soll. Seit gut einem Jahr setzt sie gemeinsam mit der HELIOS Klinik Schwerin dieses Konzept um. Mit großem Erfolg wie Pflegedienstleiterin Edith Hilmer bestätigt: „Durch die Optimierung der Entlassungsplanung unter Einbeziehung der Angehörigen wird das Stationspersonal deutlich entlastet. Außerdem bietet KOMPASS® unseren Patienten mehr Sicherheit und neue Dienstleistungen.“

Im KOMPASS®-Büro der Helios ist Beate Klöckl-Kommnick denn auch fast täglich anzutreffen. Hier werden Therapiepläne und Problemfälle mit

den Helios-Mitarbeitern besprochen und Tagespläne aufgestellt.

Danach geht es meist ins Hansethep-Büro: Hier trifft sich die Teamleiterin mit den Thep-Kollegen, um zum Beispiel Termine abzusprechen. Dann folgt oft eine Runde am Telefon – Anrufe bei Hausärzten der Kunden, Absprachen mit Stationen in Krankenhäusern oder Pflegeheimen, Nachfragen bei Herstellern von Hilfsmitteln, mit denen die HTMa/Thep-Unternehmensgruppe zusammen arbeitet. KH-Akquise (CÄ, PDL, Sozialdienste), die Planung und Dokumentation der geleisteten Versorgungsangebote der Hansethep-Mitarbeiter, Budgetplanung, Fortbildung der Mitarbeiter und Vieles mehr gehört darüber hinaus zu ihrem Aufgabenbereich.

Auch für die von der Hansethep angebotenen Weiterbildungsangebote für Krankenhäuser, Pflegeheime oder Pflegedienste ist Beate Klöckl-Kommnick zuständig. Sie entwickelt die Angebote, kümmert sich um die Organisation und ist auch meist die Schulungsleiterin.

Natürlich: Die persönliche Weiterbildung spielt für sie auch eine große Rolle. Immer „up-to-date“ zu sein ist für die Teamleiterin Voraussetzung, um ihren Kunden die Sicherheit geben zu können, bestens beraten und betreut zu werden. Neben den internen Weiterbildungsangeboten wie Teamleiter-Seminare, Persönlich-



FOTOS: HANSETHP, GMBH



Beate Klöckl-Kömmnick im KOMPASS®-Büro mit Mitarbeiterin Astrid Achterberg

keits- und Kommunikationstrainings oder den Produktschulungen durch die Hersteller, nimmt sie regelmäßig externe Weiterbildungen wahr. Zeitmanagement, Psychologie, alternative Heilmethoden sind Themen, mit denen sie sich zuletzt in Workshops und Seminaren beschäftigt hat. Und natürlich: Das Lesen von Fachliteratur und Fachzeitschriften steht täglich auf ihrem Arbeitsplan.

Fragt man die Teamleiterin, woran sie den Erfolg ihrer Arbeit misst, kommen eine ganze Reihe von Stichworten: „Kundenzufriedenheit und Vertrauen in unsere Arbeit nach außen; ein gutes Team-Klima und eine Erfolg orientierte Zusammenarbeit mit den Kollegen innerhalb unserer Thep“.

Dass Sie und ihre Kollegen es besser machen als die Konkurrenz, davon ist sie überzeugt: „Wir arbeiten nach hohen Qualitätsstandards, wir bieten Komplettlösungen statt Einzelleistungen, unsere Mitarbeiter sind bestens ausgebildet und geschult – bei uns stimmen die Grundlagen, um Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen zu bieten.“

Bei so vielen verschiedenen Arbeitsaufgaben ist die Freizeit knapp bemessen. Neben der Familie sind es Kultur und Sport, die sie zum Ausgleich braucht. Theaterbesuche plant sie regelmäßig ein, eine Runde Inline Skating oder Nordic Walking nach Arbeitsschluss braucht sie um Abzuschalten.

„Hier therapieren Menschen anspruchsvoll“ ist der Slogan der HTMa/Thep-Unternehmensgruppe. Was versteht Beate Klöckl-Kömmnick darunter? „Vor allem drei Dinge“, sagt sie ohne zögern. „Erstens: Nähe zum Kunden. Zweitens: Hohe Qualität. Und drittens: Optimale Betreuung, damit sich die Lebensqualität unserer Kunden verbessert.“

Rundum-Versorgung von A bis Z

DAS LEISTUNGSANGEBOT

Das leistet unser ambulantes Case-Management-System:

- Wir koordinieren alle an der Therapie beteiligten Partner.
- Wir organisieren und begleiten ab dem frühest möglichen Zeitpunkt die Entlassungs- und Therapieplanung.
- Wir beraten und betreuen umfassend die ambulant zu therapierenden Patienten und ihre Angehörigen.
- Wir regeln und kümmern uns um Verordnung und Klärung mit den Leistungserbringern.
- Wir organisieren die kostenlose Lieferung aller benötigten Hilfs- und Arzneimittel in die häusliche Umgebung.
- Wir schulen und leiten den Pflegedienst an, um den optimalen Therapie-Erfolg zu erreichen.
- Wir prüfen und dokumentieren lückenlos die von uns erbrachten Leistungen.

DAS THERAPIEANGEBOT

Unsere examinierten Fachkräfte sind spezialisiert auf:

- Enterale Ernährungstherapie
- Parenterale Ernährungstherapie
- Tracheostomatherapie
- Wundtherapie
- Immunglobulintherapie
- Schmerztherapie
- Onkologische Therapie

Alle unsere Therapieangebote basieren auf neuesten allgemein anerkannten Therapie-Ansätzen.

Die individuellen Therapie-Pläne und die Auswahl der medizinischen Hilfsmittel erstellen wir in enger Absprache mit Ihnen, unseren Partnern in Klinik, Praxis oder Heimen.

NEU: VERSAND-APOTHEKE

Partnerschaft mit einer Versandapotheke

Seit kurzem arbeiten wir exklusiv mit einer kooperierenden Versand-Apotheke zusammen. Dadurch können wir Ihnen in kürzester Zeit alle benötigten Arznei- und medizinischen Hilfsmittel bequem nach Hause liefern.

Unsere Berater sorgen dafür, dass Sie jederzeit alles Notwendige bekommen, damit Ihre Therapie ein Erfolg wird.

Damit wollen wir Sie und unsere Partner in Klinik, Arztpraxis und Pflegedienst unterstützen und entlasten.



1979 – Großbritannien wählt die eiserne Lady

Januar

Die Dritten Programme der ARD strahlen die vierteilige US-Fernsehserie „Holocaust“ über die Verfolgung und den Mord an den Juden in der NS-Zeit aus. Die Reihe löst bundesweit Betroffenheit und eine neue Debatte über den Umgang mit der NS-Vergangenheit aus.



Februar

Nachdem der Schah Reza Pahlevi ins Exil gegangen ist, kehrt der iranische Schiitenführer Ajatollah Ruhollah Khomeini (1900–1989) nach 15 Jahren Exil aus Paris in den Iran zurück. Am 5. Februar proklamiert er eine „Revolutionsregierung“.

März

In Frankfurt/Main beginnt ein zweitägiges Treffen von Parteien, Bürgerinitiativen und Umweltschutzorganisationen, bei dem die politische Vereinigung „Die Grünen“ gegründet wird.



April

Volker Schlöndorffs Grass-Verfilmung „Die Blechtrommel“ kommt in die Kinos. Der Film wird in Hollywood mit einem „Oscar“ ausgezeichnet.



wird erste Premierministerin Großbritanniens.

Juni

Das Europäische Parlament wird erstmals direkt gewählt. Die Sozialisten werden mit 112 Sitzen die stärkste Fraktion im Parlament, gefolgt von Christdemokraten mit 106, den Konservativen mit 63 und den Kommunisten mit 44 Sitzen.

Juli

Die „Cap Anamur“, das Hilfsschiff der Aktion „Ein Schiff für Vietnam“, die von dem Journalisten Rupert Neudeck initiiert wurde, läuft zu seiner ersten Rettungsfahrt aus, um Vietnamesen zu retten, die seit Anfang des Jahres zu tausenden die Flucht übers Meer in die Freiheit wagen.

August

Der sizilianische Ätna, Europas aktivster Vulkan, verbreitet mal wieder Angst und Schrecken. Nach einem Ausbruch bedrohen die Lavaströme das Dorf Fornazzo.

September



Zwei Familien gelingt in einem selbstgebastelten Heißluftballon die Flucht aus der DDR in die Bundesrepublik. Die abenteuerliche Fahrt der beiden Familien sorgt weltweit für Schlagzeilen und wird von Hollywood verfilmt.

Oktober

Deutschrocker Udo Lindenberg geht mit der „Dröhnland Symphonie“, ein von dem Theaterregisseur Peter Zadek in Szene gesetzten Rock-Musical, auf Tournee.

November

Das von dem Österreicher Eckart Witzigmann gegründete Schlemmerlokal „Aubergine“ erhält als erstes deutsches Restaurant im renommierten Gourmet-Reiseführer „Michelin“ drei Sterne.

Dezember

Der Friedensnobelpreis 1979 wird an Mutter Theresa (1910–1997), verliehen. Die Ordensschwester hatte 1950 in Kalkutta/Indien den katholischen Orden „Missionarinnen der Nächstenliebe“, der sich um die Ärmsten der Armen kümmert, gegründet.



DER SICHERE WEG IN DER AMBULANTEN INFUSIONSTHERAPIE

Bei parenteraler
Ernährung und
Schmerztherapie

•• EINFACHE BEDIENUNG

•• HOHE FÖRDERGENAUIGKEIT

•• VIELFÄLTIGE SICHERHEITSMERKMALE

•• GEWINN AN MOBILITÄT



Freiheit geben!

MULTI-THERAPIE-INFUSIONSPUMPE 

Weitere Informationen gibt es unter:
Telefon (089) 3 17 01-525 oder Telefax (089) 3 17 01-526
Baxter Deutschland GmbH, Edisonstraße 4, 85716 Unterschleißheim

Baxter
Therapiesysteme

Die HTMa und die Theps – Ihre kompetenten Therapiepartner vor Ort.

