



# Gesundheit

---

25 Chronisch krank,

die große Herausforderung

Zusatzmaterialien

Livestream und Podcast: [www.hr2-kultur.de](http://www.hr2-kultur.de)

BHF  BANK STIFTUNG

Institut für  
**Allgemein-  
medizin**  
Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main



*Schule &  
Gesundheit*



HESSEN  
 Hessisches  
Kultusministerium

**vhs** 

**hr2**  
kultur



Die folgenden Zusatzmaterialien sind:

1. Für **interessierte Hörerinnen und Hörer** als vertiefende Informationen zu den Themen der einzelnen Sendungen.
2. Für **Multiplikatoren/Lehrkräfte**. Sie finden bei jedem Zusatzmaterial einen **Bezug zum Manuskript** und der **Zeitmarkierung** (01:20 gelesen: Start der Sequenz bei 1 Minute 20 Sekunden), damit Sie direkt zum Thema im Beitrag gelangen können. Die Zugangsdaten für die Sendemanuskripte werden den Multiplikatoren per Mail mitgeteilt.

Die Materialien wurden zusammengetragen vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Autorin dieses Zusatzangebots ist Dipl. Biologin Maja Taubenroth.

Die Materialien wurden zum Zugriffszeitpunkt 19.05.2014 erstellt.

## Übersicht

1. Akute und chronische Krankheit
2. Mehrfacherkrankungen im Alter
3. Psychosoziale Belastungen bei chronischen Krankheiten
4. Positive Aspekte der Pflege eines chronisch kranken Familienmitglieds
5. Selbstmanagement und Handlungskompetenz
6. Selbsthilfegruppen
7. Ganzheitliches Pflegesystem am Beispiel des „Trajekt-Modells“
8. Pflegezeitgesetz und Familienpflegegesetz
9. Interviewpartner

### 1. Akute und chronische Krankheit

*Bezug Manuskript: S.2 - 14; Bezug Audio: 01:30, 01:58, 04:39, 06:49, 08:15, 11:23, 13:38, 15:33, 17:42, 19:42, 21:08, 22:48*



Chronische Krankheiten werden definiert als Ergebnis eines länger andauernden Prozesses degenerativer Veränderung somatischer oder psychischer Zustände oder eine Störung, die „dauernde somatische oder psychische Schäden oder Behinderung zur Folge hat“. Heilt eine Erkrankung nicht aus oder kann deren Ursache nicht beseitigt werden, wird sie chronisch. Betrachtet man den zeitlichen Krankheitsverlauf, so unterscheidet man auch zwischen akut und chronisch:

**Akute Erkrankungen** beginnen plötzlich und heilen in der Regel in durchschnittlich drei bis 14 Tagen von selbst wieder aus.

Von einer **chronischen Krankheit** spricht man, wenn die Krankheit länger als vier Wochen andauert. In manchen Fällen ist eine Erkrankung als chronisch eingestuft und weist trotzdem akute Komponenten auf. So verläuft beispielsweise die Epilepsie chronisch aber mit akuten Anfällen und bei Multipler Sklerose zum Beispiel kommt es immer wieder zu Krankheitsschüben. Chronisch ist jedoch nicht gleichbedeutend mit unheilbar.

Die gesetzlichen Krankenkassen bezeichnen Krankheiten als **schwerwiegend chronisch**, wenn diese, anders als bei der rein medizinischen Definition, mindestens ein volles Jahr bestehen und vierteljährlich eine ärztliche Behandlung erfahren.

Darüber hinaus muss eines der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Der Kranke ist pflegebedürftig nach Pflegestufe 2 oder 3.
- Er ist aufgrund der Krankheit mindestens zu 60% erwerbsunfähig oder behindert.
- Er muss kontinuierlich medizinisch versorgt werden, damit sich nach Ansicht der Ärzte die Krankheit nicht lebensbedrohlich verschlimmert, die Lebenserwartung vermindert oder die Lebensqualität dauerhaft beeinträchtigt wird.

Wenn die gesetzliche Krankenkasse die schwerwiegende chronische Erkrankung eines Familienmitgliedes anerkennt, verringert sich die Zuzahlungsgrenze für alle Angehörigen des Haushalts von zwei auf ein Prozent der jährlichen Familien-Bruttoeinnahmen im Kalenderjahr.

Quellen:

- Das Informationsportal Gesundheitswissen vom Fachverlag für Informationsdienste (FID) zum Thema akute und chronische Krankheit, link:



- <http://www.fid-gesundheitswissen.de/chronische-krankheiten/>
- Der Gemeinsame Bundesausschuss zur sogenannten „Chroniker-Richtlinie“, link: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-278/Chr-RL\\_2008-06-19.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-278/Chr-RL_2008-06-19.pdf)

## 2. Mehrfacherkrankungen im Alter

*Bezug Manuskript: S.3; Bezug Audio: 04:17*

Von Multimorbidität oder Mehrfacherkrankungen spricht der Arzt, wenn Menschen gleichzeitig an mehreren chronischen Krankheiten leiden. Das betrifft internationalen Studien zufolge etwa ein Drittel aller Patienten in der Hausarztpraxis. Da die Häufigkeit mit dem Alter zunimmt, ist etwa die Hälfte der über 65-Jährigen bereits multimorbide, bei den über 75-Jährigen sind es sogar mehr als drei Viertel. Hinter dem Begriff Multimorbidität verbirgt sich eine große Vielfalt an Krankheitskombinationen. Fast die Hälfte aller multimorbiden Patienten leidet an einer Kombination aus drei der sechs häufigsten Krankheiten: Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung, chronische Rückenschmerzen, Diabetes mellitus, Arthrosen („Gelenkverschleiß“) und koronare Herzkrankheit (Erkrankung der Herzkranzgefäße). Jede einzelne Variante der Multimorbidität hat spezifische Muster an Folgen für den Patienten und muss individuell betrachtet und behandelt werden. Auch deshalb erfordern Mehrfacherkrankungen einen anderen Zugang zum Patienten sowohl aus medizinischer wie organisatorischer Sicht. Wenn es um die Behandlung geht, müssen die Patienten selbst zu Wort kommen können. Dabei sollte unbedingt auch nach Prioritäten und Wünschen des jeweiligen Patienten gefragt werden. Nur so erfährt der Arzt, ob die Behandlungsziele des Patienten mit den ärztlichen übereinstimmen. Aus organisatorischer Sicht gibt es das Problem, dass oft viele Fachärzte in die Behandlung einbezogen werden, aber diese verschiedenen Fachärzte sich selten untereinander verständigen. Die Behandlung verläuft häufig unkoordiniert. Eine ganz wichtige Funktion dabei hat der Hausarzt. Er sollte der Lotse im Dschungel der zahlreichen Behandlungen sein. Zum Thema „Schlüsselrolle Hausarzt“ können Sie hier im „Funkkolleg Gesundheit“ in der Sendung 14 mehr erfahren.

### Folgen und Komplikationen

Multimorbidität hat in der Praxis viele Konsequenzen: Die Betroffenen sterben früher und sie haben eine eingeschränkere Lebensqualität als Patienten mit nur einer Krankheit; sie sind öfter auf Heimpflege angewiesen, gehen häufiger zum Arzt und



werden häufiger ins Krankenhaus eingewiesen. Wenn ein Mensch unter einer Multimorbidität leidet, kann es zu vielfältigen Komplikationen kommen, die einzelnen Erkrankungen können sich gegenseitig beeinflussen oder es können sogar weitere sog. Folgeerkrankungen auftreten. Ein Beispiel: Der erhöhte Blutzucker bei Diabetes mellitus schädigt die Blutgefäße und führt zu deren Verengung (Arterienverkalkung, Arteriosklerose). Dadurch kann es zu mangelhafter Versorgung einzelner Körperregionen kommen, beispielsweise in den Beinen (diabetisches Fußsyndrom) oder den Augen (diabetische Retinopathie). Außerdem setzen sich die verengten Adern eher zu und führen dann zu einem Herzinfarkt oder Schlaganfall.

Manchmal kann eine einzelne Erkrankung nicht oder nur bedingt behandelt werden, weil die erforderlichen Medikamente eine andere Erkrankung des Betroffenen ungünstig beeinflussen oder sich gar nicht vertragen (der Arzt würde sagen: kontraindiziert ist). Zum Beispiel darf ein Patient, der einmal allergisch auf Penicillin reagiert hat, die Substanz nicht mehr bekommen, obwohl es für die Behandlung der einen Erkrankung das Beste wäre.

Weitere Komplikationen können auftreten, wenn zur Behandlung jeder einzelnen Erkrankung Medikamente erforderlich sind, die miteinander in Wechselwirkung treten und sich gegenseitig so beeinflussen, dass entweder die eigentlich gewollte Wirkung verstärkt oder abgeschwächt wird oder ganz ausbleibt. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass mit der Anzahl der verordneten Medikamente die Anzahl möglicher Wechselwirkungen stark ansteigt. Daher sollte bei multimorbiden Patienten bei jedem neuen Medikament genau überlegt werden, ob es verordnet wird; die Anzahl sollte so gering wie möglich gehalten werden. Manchmal ist die Gabe eines weiteren Medikamentes erforderlich, um Nebenwirkungen abzuschwächen. Zum Beispiel kann die längere Einnahme von Kortison eine Entzündung der Magenschleimhaut hervorrufen. Um dieser Nebenwirkung des Kortisons vorzubeugen, verschreibt der Arzt gleichzeitig Magensäureblocker. Untersuchungen haben gezeigt, dass je höher die Anzahl der verordneten Medikamente ist, desto höher sind auch die Fehler, die bei der Einnahme der Medikamente auftreten können. Diese Einnahmefehler treten besonders häufig bei alterstypischen Störungen wie Sehstörungen und kognitiven Störungen (Demenz) auf. Der Patient kann zum Beispiel die Tablettenschachteln nicht mehr auseinanderhalten oder er vergisst, seine Medikamente einzunehmen.

Quellen:

- Multimorbidität und Multimedikation: „Herausforderungen einer alternden Gesellschaft“ von Christiana Muth und Marjan van den Akker, link:



[http://www.forschung-frankfurt.uni-frankfurt.de/44310507/09-13\\_allgemeinmedizin\\_fofra\\_3-12.pdf](http://www.forschung-frankfurt.uni-frankfurt.de/44310507/09-13_allgemeinmedizin_fofra_3-12.pdf)

- Aus der Gesundheitsforschung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) „Wie krank sind wir wirklich?“, Februar 2014, link: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/5210.php>
- Deutsches Zentrum für Altersdaten, Report „Krankheitsspektrum und Sterblichkeit im Alter“, link: [https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/GeroStat\\_Report\\_Altersdaten\\_Heft\\_1-2\\_2011\\_PW.pdf](https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/GeroStat_Report_Altersdaten_Heft_1-2_2011_PW.pdf)
- Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus, link: <http://www.diabetesinformationsdienst-muenchen.de/erkrankungsformen/folgeerkrankungen/index.html>
- Vortrag zum Thema: Hausärztliche Leitlinie „Multimedikation“ von Dr. Ingrid Schubert von der PMV Forschungsgruppe der Universität zu Köln in Kooperation mit der Hausärztlichen Leitliniengruppe Hessen und der Deutschen Gesellschaft
- für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), link: [http://kcgeriatrie.de/downloads/kc\\_tag\\_2012/2012\\_schubert\\_dortmund.pdf](http://kcgeriatrie.de/downloads/kc_tag_2012/2012_schubert_dortmund.pdf)

### 3. Psychosoziale Belastungen bei chronischen Krankheiten

*Bezug Manuskript: S.4, S.9;S.10, S.13; Bezug Audio: 05:35, 13:47, 14:32, 14:57, 15:31, 17:13, 22:33*

Erwiesen ist, dass sich im Falle von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit das familiäre und verwandtschaftliche Netz als wirksamste Unterstützung erweist. Weniger bekannt ist, mit welchen Belastungen Familienangehörige im Falle chronisch Kranker konfrontiert werden und wie man diese Probleme angehen kann. Zunächst einmal muss man wissen, dass eine schwerwiegende oder chronische Erkrankung neben den eigentlichen Krankheitssymptomen weitere Folgen für den Betroffenen und seine Familie hat. Der Ausbruch der Erkrankung ist ein kritisches Lebensereignis. Handelt es sich gar um eine lebensbedrohliche Erkrankung, sind die Betroffenen durch die Diagnose häufig traumatisiert. Die dauerhaften Einschränkungen, unter denen der Betroffene leidet, haben psychische, körperliche und soziale Folgen – für ihn selbst und seine Angehörigen. Den Kranken beschäftigt zunächst vielleicht die Angst um seine körperliche Unversehrtheit. Er kann sich fragen: Werde ich mit meiner Krankheit noch arbeiten können? Welche Einschränkungen wird es geben im normalen Alltag (muss ich/müssen wir aus der Wohnung, dem Haus ausziehen, kann



ich noch Treppen steigen), kann ich noch meinen oder unseren gemeinsamen Hobbies nachgehen, meine/unsere Zukunftspläne verwirklichen (z.B. reisen, ein Haus bauen)? Sein Selbstbild wird bedroht, er fühlt sich vielleicht plötzlich abhängig von anderen, fürchtet um ein selbstbestimmtes Leben. Dazu können Sorgen um finanzielle Einschränkungen und Nöte kommen (müssen wir das Haus/das Auto verkaufen, kann ich meine Kinder weiter finanziell unterstützen, wenn sie studieren wollen). Möglicherweise entwickelt sich aus diesen Sorgen eine depressive Verstimmung. Die Krisensituation, in der der Betroffene steckt, beeinflusst die ganze Familie. Man nennt das psychosoziale Folgen einer Erkrankung. Denkbar sind folgende Konstellationen:

### **Ein Elternteil erkrankt**

Kinder haben Angst um den kranken Elternteil, befürchten, dass er sterben muss (z.B. bei Krebs). Oder sie erleben den Vater oder die Mutter als nicht mehr verlässlich (psychische Erkrankungen) und übernehmen selbst zu viel Verantwortung. Aus Studien weiß man beispielsweise, dass Kinder psychisch kranker Eltern sich nicht nur um das Wohl des erkrankten Elternteils sorgen, sondern auch versuchen, den Alltag aufrecht zu erhalten. Das kann dazu führen, dass sie selbst zu Versorgern der Familie werden, den Haushalt führen und sich um kleinere Geschwister kümmern und dafür sorgen, dass der Kranke seine (Arzt-)Termine einhält. Oftmals leiden sie unter ihrer Verantwortlichkeit noch im Erwachsenenalter. Sie entwickeln auch häufiger selbst eine psychische Erkrankung. Je früher die Familie Hilfe von außen bekommt, desto besser sind die Chancen, dass die Kinder entlastet werden. Entlastend ist es beispielsweise, dass sie verstehen, dass die Mutter oder der Vater krank ist. Kinder suchen sonst selbst Erklärungen für das ungewöhnliche Verhalten, denken, sie seien schuld, wenn die Mutter den ganzen Tag traurig ist und nicht aus dem Bett kommt oder wenn der Vater plötzlich laut und ungerecht wird. Daher ist es wichtig, mit ihnen über die Erkrankung zu sprechen. Ein Verschweigen oder Vertuschen ist nicht hilfreich, da Kinder ein sehr gutes Gespür für die Ernsthaftigkeit von Situationen haben. Besser ist es, mit ihnen über ihre Befürchtungen zu sprechen und sie kindgerecht auf dem Laufenden zu halten. Eltern können dafür auch Hilfe in Anspruch nehmen.

### **Partnerschaft**

Auch das Verhältnis zwischen Frau und Mann kann sich durch eine Erkrankung verändern. Plötzlich ist vielleicht der frühere Versorger nicht mehr in der Lage, die Familie zu ernähren. Das kann zu Problemen mit seinem eigenen Rollenbild oder dem des Partners führen. Ein Familienvater fürchtet vielleicht einen Statusverlust,



eine Frau möglicherweise, nicht mehr begehrenswert oder leistungsfähig genug zu sein. Körperliche Veränderungen sind oft ein Thema, beispielsweise wenn eine Frau mit Brustkrebs eine radikale Operation hinter sich hat oder wenn Blasen- oder Prostatakrebs beim Mann Potenzprobleme nach sich zieht. Jede körperliche Versehrtheit, auch Narben, kann Ängste beim Betroffenen und auch beim Partner hervorrufen. Der eine fürchtet, nicht mehr begehrenswert zu sein, der andere fühlt sich unsicher im sonst vertrauten Umgang. Auch hier kann es hilfreich sein, Beratung in Anspruch zu nehmen.

### **Geschwisterkinder**

Sie leiden oftmals still, wenn sich alles um ein erkranktes Schwesterchen oder Brüderchen dreht. Das kranke Kind braucht viel Zuwendung und Zeit, und das ist verständlich. Doch auch die nicht kranken Geschwister benötigen Aufmerksamkeit und Zeit mit den Eltern. Die Geschwisterkinder „im Schatten“ entwickeln häufig Auffälligkeiten; sie fühlen sich schuldig, dass sie gesund sind oder sind wütend auf Eltern oder das kranke Geschwister oder haben Angst um die Zukunft der Familie/des Kranken. Manchmal entwickeln sie aufgrund der Belastung auch psychosomatische Beschwerden.

### **Pflegende Angehörige**

Ist ein Familienmitglied schwer erkrankt oder pflegebedürftig, kommt es häufig vor, dass gesunde Familienmitglieder sich nur noch schwer abgrenzen können. So kommt es vor, dass sie sich bei der Pflege um den Kranken aufopfern, dem Betroffenen nichts abschlagen können und nicht mehr an eigene Bedürfnisse denken. Das führt auf Dauer zum Ausbrennen und kann Konflikte nach sich ziehen.

### **Die Eltern pflegen**

Wenn die Eltern zu Kindern werden und gepflegt werden müssen, kann das auf beiden Seiten zu besonderen psychischen Belastungen führen. Plötzlich müssen die Kinder den Eltern sagen, was sie tun sollen oder nicht tun dürfen. Der dementen Mutter, die sich immer um alles gekümmert hat, muss das „aus dem Haus gehen“ verboten werden, weil sie nicht mehr zurückfindet oder vor ein Auto laufen könnte. Der Vater, der sein ganzes Leben lang die Verantwortung für die Familie getragen hat, muss erleben, dass er plötzlich auf die Hilfe seiner Kinder angewiesen ist. Das kann zu Konflikten führen. Die Pflegenden leiden vielleicht unter Schuldgefühlen, da dies ein Verstoß gegen die üblichen kulturellen Normen ist, denn normalerweise gilt das Gebot kindlichen Gehorsams und des Respekts gegenüber den Eltern. Oder die





Eltern-Kind-Beziehung wird dadurch belastet. Belastungen werden unterschiedlich und sehr individuell erlebt. Aus diesem Grunde ist es wichtig zu wissen, wo die Hauptbelastung für jeden Einzelnen liegt, um daraus effektive Möglichkeiten der Entlastung abzuleiten und sich persönliche Freiräume zu schaffen, in denen man eigenen Interessen nachgehen und soziale Kontakte knüpfen kann.

Quellen:

- Chronisch kranke Menschen und ihre Familien. Darstellung der Situation und ihrer Bewältigung am Beispiel Multiple Sklerose, Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg, link: [http://www.ifb.bayern.de/imperia/md/content/stmas/ifb/materialien/mat\\_2001\\_1.pdf](http://www.ifb.bayern.de/imperia/md/content/stmas/ifb/materialien/mat_2001_1.pdf)
- Psychosoziale Folgen chronisch körperlicher Erkrankungen – Prävention und Behandlung, link: [http://www.dza.de/uploads/media/Praesentation\\_von\\_J\\_Bengel.pdf](http://www.dza.de/uploads/media/Praesentation_von_J_Bengel.pdf)
- <http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/gesundheit/demenz-rollentausch-202944.php>

#### 4. Positive Aspekte der Pflege eines chronisch kranken Familienmitglieds

*Bezug Manuskript: S.13; S.14; Bezug Audio: 22:40, 23:05*

Bei allen Belastungen, die die Pflege von Angehörigen mit sich bringt, gibt es aber auch positive Aspekte. Werden Menschen gefragt, was sie befriedigt und subjektiv wertvoll erscheint an der Pflege ihres Angehörigen, hört man Antworten wie: Es macht mich zufrieden, wenn die betreute Person zufrieden und dankbar ist. Die Pflegenden empfinden das sich kümmern als Sinn stiftend und machen Erfahrungen, die für das eigene Leben wichtig sind, wie sich der eigenen Stärken und der Wichtigkeit von Beziehungen bewusst zu werden. Manchmal können durch die Nähe bei der Betreuung und Pflege auch alte familiäre Konflikte gelöst oder Schwierigkeiten in der Mutter-Tochter-Beziehung geklärt werden. Einen Angehörigen zu pflegen, kann zu persönlichem Wachstum und Reife beitragen. Für einige ist es selbstverständlich, sich z.B. um die Eltern zu kümmern, weil sie etwas von der Liebe und Zuneigung zurückgeben wollen, die sie als Kinder einst von ihren Eltern erhalten haben. Für andere ergibt sich aus der Pflegesituation ein neues sinngebendes Lebensziel, weil sie zum Beispiel den Wunsch haben, dem bisherigen Beruf wegen Überforderung oder Langweile zu entfliehen. Die Konfrontation mit Krisen – so kann



man die Situation pflegender Angehöriger auch beschreiben – kann ein Motor für Entwicklung sein und zu einer verstärkten Wertorientierung und neuen Prioritätensetzung in den eigenen Zielen führen.

Quellen:

- Dissertation „Bewältigungsverhalten und Persönlichkeitswachstum pflegender Angehöriger“, B. Leibold, Freie Universität Berlin, link: [http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS\\_thesis\\_000000001427](http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000001427)
- Pflegende Angehörige und ihre Bedarfslagen, Vortrag im Landtag am 18. April 2011 von Prof. Dr. Elisabeth Bubolz-Lutz, link: [http://www.pflegebegleitung-hessen.de/wp-content/uploads/Pflegende-Angeh%C3%B6rige-Bubolz\\_Lutz.pdf](http://www.pflegebegleitung-hessen.de/wp-content/uploads/Pflegende-Angeh%C3%B6rige-Bubolz_Lutz.pdf)
- Arbeiterwohlfahrt e.V. (AWO) zum Thema „Manchmal wird mir alles zu viel“, link: <http://www.awo-konstanz.de/alz1.html>

## 5. Selbstmanagement und Handlungskompetenz

*Bezug Manuskript: S.6, S.7, S.8; Bezug Audio: 08:39, 09:13, 11:18, 12:05*

Selbstmanagement ist eine wichtige Kompetenz, besonders für Menschen, die mit chronischen Krankheiten leben. Dazu gehört zum Beispiel, sich selbst wahrzunehmen, sich aktiv an Behandlungsentscheidungen zu beteiligen, eigene Ressourcen zu nutzen, sich Ziele zu setzen und umzusetzen, Probleme zu lösen, aber auch Medikamente und Hilfsmittel sinnvoll ein- sowie gesundheitsfördernde Maßnahmen umzusetzen. Selbstmanagement beinhaltet ebenfalls, sich mit Angehörigen, Ärzten und Pflegenden auseinanderzusetzen und mit physischen sowie emotionalen Herausforderungen umzugehen, die chronische Krankheiten mit sich bringen. Häufig braucht es dafür Unterstützung. Und hier setzt die Selbstmanagementförderung an. Sie stellt die Ziele und Bedürfnisse erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen in den Mittelpunkt, fördert ihre Fähigkeiten und motiviert sie, mit der Erkrankung und ihren Folgen aktiv und kompetent umzugehen. Das kann mit unterschiedlichen Ansätzen und Zielsetzungen erfolgen. Zum Beispiel gehören die traditionellen Schulungsverfahren oder Broschüren und Online-Informationen eher zu einem passiven Ansatz und zielen auf eine reine Wissensvermittlung. Die ist zwar ein wichtiges Element. Doch oft fällt es Menschen schwer, das Wissen im Alltag umzusetzen. Wir alle kennen das: Wir sollten gesünder essen, uns mehr bewegen oder mit dem Rauchen aufhören. Doch trotzdem gelingt



es uns nicht. Coachings und motivierende Gespräche können helfen, dauerhaft das eigene Verhalten zu ändern. Wichtig ist dabei unter anderem die Stärkung der Selbstwirksamkeit. Forschungsergebnisse zeigen insgesamt positive Effekte von Selbstmanagementförderung: Die Patienten sind motivierter, ihre Therapie fortzuführen und nehmen beispielsweise ihre Medikamente zuverlässiger ein. Vielen gelingt es dadurch auch, sich mehr zu bewegen und gesünder zu essen. Die Betroffenen profitieren in Form von einer erhöhten Lebensqualität und mehr Wohlbefinden. Diese positiven Effekte treffen auch auf das Kursprogramm „Evivo“ zu. Es basiert auf dem international anerkannten, wissenschaftlich evaluierten „Chronic Disease Self Management Programm“ (CDSMP) der Stanford-Universität.

„Evivo“ geht von dem Grundsatz aus, dass alle Menschen mit chronischen Krankheiten ähnliche Probleme und Sorgen haben. Deshalb sind die Kursinhalte krankheitsübergreifend und für alle Patienten geeignet, ob sie nun zum Beispiel Asthma, Depressionen, Multiple Sklerose oder Diabetes haben bzw. Betroffener oder Angehöriger sind. Idealerweise nehmen zehn bis 16 Personen an diesem sechswöchigen Kurs teil. Die Gruppe trifft sich einmal wöchentlich für zweieinhalb Stunden. Im Kurs werden einerseits Informationen vermittelt, beispielsweise zu Schmerzen, Angst und Frustration, Depression, Medikamentenmanagement oder chronischer Erschöpfung und Müdigkeit. Andererseits werden konkrete Werkzeuge vorgestellt und angewendet, wie mit diesen Herausforderungen umgegangen werden kann. Im Zentrum steht, die vorher beschriebenen Kompetenzen zu vermitteln. Das heißt, die Teilnehmenden üben sich sechs Wochen lang wiederholt beim Lösen von Problemen, sie planen Handlungen und setzen sie um oder treffen alltags- und krankheitsbezogene Entscheidungen. Dabei wird großen Wert darauf gelegt, dass die Patienten die vermittelten Informationen verstehen und selbst von ihren eigenen Bedürfnissen ausgehend entscheiden und nicht einfach einer Anweisung folgen. Ausführliche Informationen über das Kursprogramm „Evivo“ finden Sie online unter [www.evivo.ch](http://www.evivo.ch).

#### Quellen:

- Jörg Haslbeck: Selbstmanagementförderung, link: <http://www.careum.ch/documents/10180/13770/Selbstmanagementf%C3%B6rderung%2C%202012%2C%20Haslbeck/cfb70cd-ef21-4873-981e-075cacad8e070>
- „Helping people help themselves“ A review of the evidence considering whether it is worthwhile to support self-management, May 2011, link: [http://www.health.org.uk/media\\_manager/public/75/publications\\_pdfs/Helping%20people%20help%20themselves.pdf](http://www.health.org.uk/media_manager/public/75/publications_pdfs/Helping%20people%20help%20themselves.pdf)



## 6. Selbsthilfegruppen

*Bezug Manuskript: S.8, S.10; Bezug Audio: 12:55, 13:23, 17:16*

In Selbsthilfegruppen schließen sich Menschen mit einem gemeinsamen Problem oder einer gemeinsamen Erkrankung zusammen. Sie verstehen und stärken sich gegenseitig und werden zusammen aktiv. In der Gruppenarbeit geht es zum Beispiel um Informations- und Erfahrungsaustausch, um gegenseitige Hilfe der Gleichbetroffenen und Angehörigen. Sie erleben Geselligkeit und Gemeinschaft, werden durch diese gestützt beim Wissenserwerb und gemeinsamen Lernen und dem Umgang mit Versorgungseinrichtungen. Die Gruppe wird zur Interessensvertretung und kann ihre Belange durch Öffentlichkeitsarbeit publik machen. Dabei spielen die verschiedenen Aspekte der Problemstellung und ihrer Bewältigung eine Rolle, zum Beispiel die Gegebenheiten der gesundheitlichen und sozialen Versorgung, die Situation in der Familie, die Auswirkungen auf Arbeit und Freizeit, Schule und Ausbildung oder die Einschränkung sozialer Kontakte und der Mobilität. Viele der Selbsthilfegruppen haben ihren Themenschwerpunkt in den Bereichen Erkrankung und Behinderung und umfasst ein großes Spektrum wie Allergie, Asthma, Herz-Kreislaufkrankungen, Krebserkrankungen, Sucht und Abhängigkeit, psychische Erkrankungen usw. Andere Selbsthilfegruppen engagieren sich sozial, unterstützen zum Beispiel die Familien von Betroffenen, beraten in Partnerschaftskonflikten, Erziehungsfragen, bei Lebensproblemen und –krisen sowie im Kontext von Nachbarschaft, Kultur und Migration. Es gibt unter anderem spezielle Frauenselbsthilfe oder Hilfe für alte Menschen. Die organisierte Selbsthilfe hat heute einen festen Platz im deutschen Gesundheitssystem. Viele Patienten profitieren durch eine höhere Bewältigungskompetenz und weisen eine verbesserte Compliance auf als Patienten außerhalb von Selbsthilfegruppen. Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahre 2004 haben Selbsthilfeorganisationen über ihre Dachorganisationen Mitspracherechte in wichtigen Fragen der Gesundheitsversorgung und wirken als Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss und seinen einzelnen Ausschüssen mit. Die Leistungen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen werden inzwischen von den Kostenträgern als wichtige Ergänzung zum professionellen Gesundheitssystem anerkannt und gefördert. Finanzielle Unterstützung erhalten sie vor allem von der Gesetzlichen Krankenversicherung, aber auch aus Mitgliedsbeiträgen, Spenden und von Rentenversicherungen. Ein Teil der Selbsthilfeorganisationen ist heute in die Kritik geraten, weil sie mit Pharmaunternehmen zusammenarbeiten, von denen sie finanzielle Unterstützung erhalten. Das sind oft solche Gruppen, bei denen sich die Industrie Einflussnahme verspricht. Da den Herstellern die Werbung von verschreibungspflichtigen Medikamenten in Deutschland und in den meisten anderen



Ländern bisher verboten ist, öffnet die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe den Weg direkt zu den Konsumenten. Die Pharmakonzerne sprechen von Information, während neutrale Organisationen im Verbraucherschutz Desinformation beklagen. Gesundheitsökonom Gerd Glaeske hat im Auftrag der Krankenkassen eine Untersuchung über die Strategie des Pharmasponsorings angestellt. Ergebnis: „Auf der einen Seite waren die Berater von Selbsthilfegruppen oft auch Berater von pharmazeutischen Herstellern, wodurch zu vermuten ist, dass die Selbsthilfegruppen eben auch direkt wissenschaftlich beeinflusst wurden von bestimmten Beratern der pharmazeutischen Industrie. Zum zweiten haben wir gefunden, dass die Webseiten der Selbsthilfegruppen oftmals verlinkt waren auf die Webseiten von pharmazeutischen Herstellern, so dass man vermuten durfte, dass hier eine enge Kooperation besteht. Und zum dritten haben wir auch herausgehört, und das haben uns Pharma-Unternehmen bestätigt, dass sie kein Caritasverein sind sondern erwarten, dass sich ihre Kooperation mit den Selbsthilfegruppen auch umsatzmäßig auszahlt“. Glaeskes Untersuchung zeigt vor allem: Die Unterwanderung durch die Pharmahersteller ist für Patientenvertreter oft undurchschaubar. Schaut man genau hin, dann lässt sich in Webarchiven zum Beispiel folgendes nachvollziehen: Die Seite [www.selbsthilfe.de](http://www.selbsthilfe.de) sicherte sich nicht etwa ein Selbsthilfedachverband sondern der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie BPI. Und hinter [www.selbsthilfegruppen.de](http://www.selbsthilfegruppen.de) steckte bis vor kurzem BASF Pharma. Immerhin ist die Gefahr inzwischen erkannt und die Beteiligung von Sponsoren wird von den Selbsthilfeorganisationen genauer hinterfragt und für Außenstehende zunehmend transparenter gestaltet. Die Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE e.V.) hat inzwischen Leitsätze und Musterverträge zur Zusammenarbeit der Selbsthilfe mit Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitswesen entwickelt.

#### Quellen:

- Nationale Kontakt – und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS), link: <https://www.nakos.de/site/>
- Die BAG SELBSTHILFE ist die Dachorganisation von 115 Organisationen behinderter und chronisch kranker Menschen und ihren Angehörigen, link: <http://www.bag-selbsthilfe.de/>
- Wikipedia: Selbsthilfeorganisationen, link: : <http://de.wikipedia.org/wiki/Selbsthilfeorganisation>
- Pharmasponsoring von Selbsthilfegruppen, SWR odysso, link: <http://www.swr.de/odysso/lobbyarbeit-pharmasponsoring-von-selbsthilfegruppen/-/id=1046894/did=3116990/nid=1046894/cllnt/index.html>



- Der Bericht von Gerd Glaeske, link: [http://www.medi-info.ch/d/data/data\\_12.pdf](http://www.medi-info.ch/d/data/data_12.pdf)
- Neue Leitsätze der Selbsthilfe zur Kooperation mit Unternehmen (2007), link: <http://www.bioskop-forum.de/bioskop-themen/gesundheitspolitik/sponsoring-werbung-interessenkonflikte/neutralitaet-und-unabhaengigkeit-der-selbsthilfe.html>

## 7. Ganzheitliches Pflegesystem am Beispiel des „Trajekt-Modells“

*Bezug Manuskript: S.12, S.13; Bezug Audio: 20:18, 20:57, 21:04, 21:14*

Unter einem **Pflegesystem** versteht man den geplanten, systematischen und methodisch gestalteten Arbeitsablauf in der ambulanten und stationären Pflege. Man unterscheidet grundsätzlich zwei Arten von Pflegesystemen: funktionelle Pflege und patientenorientierte Pflege. Sie unterscheiden sich vor allem im Charakter der Arbeitsverteilung und im zugrunde liegenden Menschenbild. **Die funktionelle Pflege** wurde von der Fließbandarbeit übernommen und verteilt die Arbeit in Einzeltätigkeiten, eine Person führt eine Arbeit bei allen Patienten durch, zum Beispiel macht sie bei allen den Verbandswechsel oder misst bei allen Blutdruck, eine andere wäscht alle Patienten oder macht die Betten. Die Nachteile liegen auf der Hand: Der Patient hat keine feste Bezugsperson, es kann keine intensive Pflegebeziehung aufgebaut werden. Die oder der Pflegenden hat nur die Verantwortung für die Durchführung von Einzeltätigkeiten, nicht aber die Verantwortung für die Gesamtbetreuung des Patienten. Eine Koordination und Kooperation der verschiedenen Tätigkeiten ist erschwert. Der Vorteil der funktionellen Pflege liegt in der Kosteneinsparung beim Personal: qualifizierte „teure“ Pflegekräfte werden nur für die sog. „anspruchsvollen“ Tätigkeiten benötigt, während die „weniger anspruchsvollen“ Arbeiten von Hilfskräften erledigt werden können. Die Organisation der Arbeit ist stark an den Betriebsabläufen der jeweiligen Institution des Gesundheitswesens und nicht an den Bedürfnissen der zu betreuenden Person orientiert. Bei **der patientenorientierten oder ganzheitlichen Pflege** übernimmt eine Pflegeperson alle durchzuführenden Tätigkeiten bei den ihr zugeteilten Patienten, (man spricht auch von Bezugspflege). Sie hat die volle Verantwortung für die Planung, Durchführung, Dokumentation und Bewertung der Pflege. Im Rahmen der ganzheitlichen Pflege orientiert sich die Verteilung der anfallenden Arbeit am Gesundheitsprozess und den Bedürfnissen der zu betreuenden Person. Beim **Trajekt-Modell** handelt es sich um ein Pflegemodell, das in besonderer Weise die Situation chronisch kranker Menschen berücksichtigt. Es wurde in den USA von der



Krankenschwester und Pflegewissenschaftlerin *Juliet Corbin* und dem Soziologen *Anselm Strauss* entwickelt. Deshalb wird es auch als Krankheitsverlaufmodell nach Corbin & Strauss oder kurz Corbin-Strauss-Modell bezeichnet. Die englische Bezeichnung „trajectory“ bedeutet wörtlich übersetzt „Flugbahn“ und verbildlicht den Verlauf einer chronischen Erkrankung in ihren unterschiedlichen Stadien und Phasen. Das Stadium, in der die betroffene Person sich befindet, bestimmt das Ausmaß der jeweiligen pflegerischen Aktion. Die Dynamik dieser Flugbahn spiegelt die Veränderungen und Anpassungen wider, die das Leben mit einer chronischen Erkrankung mit sich führt.

Das Trajekt-Modell ist ein ganzheitliches, fallbegleitendes Pflegesystem, das darauf basiert, bei chronischen und sehr schweren Krankheitsverläufen die Lebensgeschichte des Patienten und sein soziales Umfeld einzubeziehen. Der Patient wird als aktiver Partner in Gesundheit, Prävention, Krankheit und Rehabilitation gesehen. Dabei hilft die Pflegekraft, den Patienten in seiner Selbständigkeit, Selbsthilfe und Selbstbestimmung zu unterstützen und ihn dazu zu befähigen, ein möglichst normales Leben zu führen. Sie leistet ihm Hilfestellung beim Zugang zu Gesundheits- und Sozialleistungen, bietet ihm eine kontinuierliche Versorgung an und begleitet ihn pflegerisch über die gesamte Fallgeschichte hinweg. Der Patient wird beim Trajekt-Modell stets in alle Planungen einbezogen und trifft alle Entscheidungen, soweit er kann, selbst. Auf diese Weise haben er - und auch seine Familie - nicht das Gefühl, der Erkrankung ohnmächtig gegenüberzustehen. Es gilt, die eigene Identität an verbleibende Fähigkeiten anzupassen und neue Möglichkeiten zu finden. Die aktuelle Gesundheitspolitik zielt darauf ab, eine hohe Qualität der Versorgung zu erreichen, bei angemessen niedrigem Einsatz finanzieller Mittel und einer gewährleistet Zugänglichkeit sowie besserem Einsatz verfügbarer Ressourcen. Vor dem Hintergrund stetig steigender Kosten im Gesundheitswesen macht die Gestaltung neuer Versorgungsstrukturen eine neue Annäherung an die Pflege von chronisch Kranken notwendig. Bedingung zur Implementierung des Trajekt-Modells ist die Nutzung eines Bezugspflegesystems. Zudem müssen die Pflegenden durch Schulungen und Weiterbildungen auf ihre neuen Aufgabenbereiche vorbereitet werden. Sie müssen die fachlichen, sozialen und selbstpflegerischen Kompetenzen erlangen. Des Weiteren sollten sie an Kommunikationsschulungen teilnehmen, Erfahrungen in der Biografiearbeit sammeln und Schulungen in der Bezugs- und Überleitungspflege erhalten. Im Rahmen ihrer erhöhten Verantwortungsbereiche müssen sie ihre Organisations-, Kooperations- und Koordinationsfähigkeit verbessern. Das Trajekt-Modell kann gut mit anderen, bereits genutzten Pflegemodellen kombiniert werden und diese um Aspekte der Pflege chronisch Kranker ergänzen. Allerdings müssen die erforderlichen Rahmenbedingungen durch das Gesundheitssystem gewährleistet sein und zur



Verfügung gestellt werden: Es muss ausreichend Personal vorhanden sein, die Dienstzeiten müssen flexibel den Bedürfnissen des Patienten angepasst werden können und es muss aktiv an der Vernetzung von stationär und ambulant gearbeitet werden. In Deutschland besteht eine Schwierigkeit in der Umsetzung darin, dass eine Bezugspflegekraft sowohl stationär als auch ambulant für den Patienten verantwortlich sein soll und hier bisher eine unzureichende Kooperation von Krankenhaus und ambulanten bzw. anderen stationären Dienstleistern wie zum Beispiel Pflegeheimen stattfindet. Daher sollte im Sinne der integrierten Versorgung eine Vernetzung von Institutionen stattfinden, damit Patienten durchgehend von ihnen vertrauten Pflegepersonen betreut werden können.

Quellen:

- Buch: Grundlagen beruflicher Pflege, Band 1; A. Lauber; 3. Auflage 2012, Thieme Verlag; ISBN-13: 978-3131272430
- Wikipedia: Pflegesystem, link: <http://de.wikipedia.org/wiki/Pflegesystem>
- Buch: Weiterleben lernen, Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit; J.M. Corbin & A.L. Strauss; 3. Auflage, 2010; Verlag Hans Huber; ISBN-13: 978-3456848020
- PflegeWiki: Das Trajekt-Modell, link: <http://www.pflegewiki.de/wiki/Trajektmodell>

## 8. Pflegezeitgesetz und Familienpflegegesetz

*Bezug Manuskript: S.11; Bezug Audio: 18:27*

Wenn ein Arbeitnehmer einen nahen Angehörigen pflegen möchte, dann gibt es zwei wichtige Gesetze, die er kennen sollte. Diese werden hier kurz erläutert. Beide Gesetze haben das Ziel, die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege zu verbessern. **Das Pflegezeitgesetz** trat am 01.07.2008 in Kraft und sagt zum einen aus, dass jeder Beschäftigte bei einem familiären Pflegefall Anspruch auf Freistellung von der Arbeitspflicht für maximal zehn Arbeitstage hat. Der Anspruch besteht aber nur, wenn es sich um eine akut aufgetretene Pflegesituation eines nahen Angehörigen handelt (kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Zum anderen haben Beschäftigte bei einem familiären Pflegefall einen Anspruch auf unbezahlte vollständige oder teilweise Freistellung (Verringerung der Arbeitszeit) für maximal sechs Monate. Die Freistellung erfolgt in der Regel ohne Fortzahlung der Vergütung. **Das Familienpflegegesetz** ist am 01.01.2012 in Kraft getreten. Mit der





Familienpflegezeit haben Arbeitnehmer die Möglichkeit, Angehörige zu pflegen und daneben weiterhin erwerbstätig zu bleiben. Allerdings hat der Arbeitnehmer keinen Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit. Er ist darauf angewiesen, dass sein Arbeitgeber auf freiwilliger Basis einer Arbeitszeitreduzierung zum Zwecke der Pflege zustimmt.

Im Einzelnen bedeutet das:

- Der Arbeitnehmer kann seine Arbeitszeit für maximal zwei Jahre reduzieren.
- Die verbleibende Wochenarbeitszeit beträgt mindestens 15 Stunden.
- Der Arbeitnehmer erhält eine Gehaltsaufstockung um die Hälfte des reduzierten Arbeitsentgelts während der Familienpflegezeit. Das bedeutet zum Beispiel: Wird die Arbeitszeit von 100 Prozent auf 50 Prozent verringert, erhält der Arbeitnehmer trotzdem ein Gehalt von 75 Prozent seines letzten Bruttoeinkommens.
- Nach der Rückkehr zur alten Arbeitszeit wird das reduzierte Gehalt weiter gezahlt, bis diese Überzahlung des Arbeitgebers wieder ausgeglichen wurde. Das heißt im Beispielfall: Der Arbeitnehmer arbeitet wieder zu 100%, bekommt aber trotzdem nur 75% des Gehaltes bis zum Ausgleich seines Arbeitszeitkontos.
- Der Arbeitgeber kann ein zinsloses Darlehen zur Finanzierung der Gehaltsaufstockung beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragen.
- Um für kleine und mittlerer Unternehmen das Risiko einer Berufs- und Erwerbsunfähigkeit zu minimieren, muss jeder Beschäftigte, der die Familienpflegezeit in Anspruch nimmt, eine private Familienpflegezeitversicherung abschließen. Die Versicherung endet mit dem letzten Tag der Lohnrückzahlungsphase der Familienpflegezeit.
- Dem Arbeitnehmer gehen die Rentenansprüche nicht verloren. Sie bleiben etwa auf dem Niveau der Vollzeitbeschäftigung durch Beitragszahlungen aus dem reduzierten Gehalt und Leistungen der Pflegeversicherung in der Familienpflegezeit.
- Der Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis während der Inanspruchnahme der Familienpflegezeit nicht kündigen.

Diese Bundesförderung setzt eine schriftliche Vereinbarung über die



Familienpflegezeit zwischen Arbeitgeber und Beschäftigten zu den oben genannten Konditionen voraus. Das Ausfallrisiko, das durch Tod oder Erwerbsunfähigkeit der Pflegeperson entstehen kann, ist für den Arbeitgeber durch eine vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben zertifizierte Familienpflegezeitversicherung abgedeckt.

Quellen:

- Bundesministerium der Justiz für Verbraucherschutz: Das Pflegezeitgesetz, link: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/pflegezg/gesamt.pdf>
- Bundesministerium der Justiz für Verbraucherschutz: Das Gesetz über die Familienpflegezeit, link: <http://www.gesetze-im-internet.de/fpfzg/index.html>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, link: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=183784.html>

## 9. Interviewpartner

**Wilfried Schnepf** ist ein deutscher Professor für Pflegewissenschaften an der privaten Universität Witten/Herdecke und Leiter des Lehrstuhls für familienorientierte und gemeindenahere Pflege. Schwerpunkte am Lehrstuhl sind zum Beispiel die bedeutsame Rolle pflegender Angehöriger in Forschung und Lehre und die intensive Auseinandersetzung mit vulnerablen Gruppen. Zu den weiteren Tätigkeiten gehören vielfältige Aktivitäten im Ausland, darunter besonders in Osteuropa. Schnepf gilt als Anhänger der qualitativen Sozialforschung und Kritiker von *Evidence Based Healthcare*.

Quellen:

- Website der Universität Witten/Herdecke, link: <http://www.uni-wh.de/university/staff/details/show/Employee/schnepf/details/vita/>
- Wikipedia: Wilfried Schnepf, link: [http://de.wikipedia.org/wiki/Wilfried\\_Schnepf](http://de.wikipedia.org/wiki/Wilfried_Schnepf)

**Barbara Hellige** ist Professorin für Pflegewissenschaften an der Hochschule Hannover. Von der Ausbildung her ist sie Sozialwissenschaftlerin und Krankenschwester. Zu ihren Arbeitsschwerpunkten gehören Themen wie die



Professionalisierung der Pflegeberufe, Theorieentwicklung in der Pflege, Methoden und Instrumente der Pflegeprozesssteuerung (Case Management), Modelle und Konzepte zur Bewältigung chronischer Krankheit, professionelle Pflegeberatung und soziologische Themenfelder der Pflege.

Quelle:

- Lehrende der Hochschule Hannover, link: <http://f5.hs-hannover.de/personen/lehrende/hellige-barbara-prof-dr-profin/index.html>

**Dr. Jörg Haslbeck** ist Gesundheitswissenschaftler und Leiter der Abteilung Patientenbildung der Careum Stiftung in Zürich, und Leiter des Evivo Kompetenzzentrums. Careum Patientenbildung fördert Wissen und Kompetenzen von Patienten und Angehörigen durch evidenzbasierte Programme und neue Ansätze der Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit. Zu Haselbecks Arbeitsschwerpunkten gehören neben der Selbstmanagementförderung und Patientenedukation auch Themen wie Empowerment, Gesundheitskompetenz, Public Health, qualitative Gesundheitsforschung, Versorgungsforschung und „academic writing“.

Quellen:

- Website der Careum Stiftung, link: [http://www.careum.ch/ueber\\_careum](http://www.careum.ch/ueber_careum)
- [http://www.careum.ch/documents/10180/31261/CV\\_JH.pdf/475bce57-3925-4ec3-9ccd-58445ccb765](http://www.careum.ch/documents/10180/31261/CV_JH.pdf/475bce57-3925-4ec3-9ccd-58445ccb765)

**Klaus Rupp** ist Fachbereichsleiter für Versorgungsmanagement bei der Techniker Krankenkasse.