



Verband des
Klinikmanagements
Deutschlands e. V.

PROJEKTE | POSITIONEN | PERSPEKTIVEN

PRAXISBERICHTE

2026



STRUKTURVERÄNDERUNGEN – PLANUNG UND REALITÄT

Positionen und Bewertungen

DER WANDEL WIRD SICHTBAR

Neue Ziele, Konzepte, Umsetzung

WENN DER KRISENFALL EINTRITT

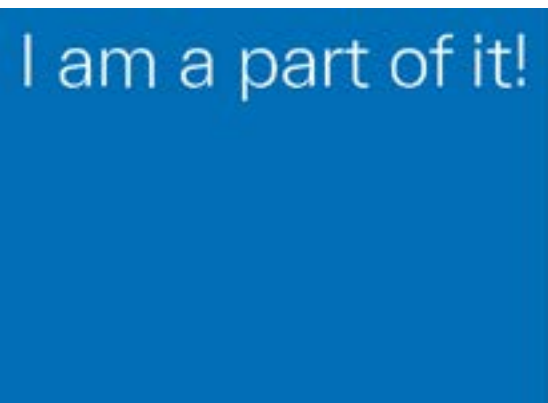
Belastbarkeit, Verbindlichkeit,
Zusammenarbeit

KÜNSTLICHE INTELLIGENZ IM KRANKENHAUS

Akzeptanz, Technik,
Verantwortlichkeit

ZUKUNFTSPROJEKTE UND GUTE IDEEN

Für Patienten, Umwelt, Ausbildung



MEDICA 2026 – Spitze in allen Bereichen

Der VKD ist auch dabei!

Die **MEDICA 2026** wird als die weltführende Informations- und Kommunikationsplattform für die Medizintechnik-Branche und den Zuliefererbereich der Medizintechnik-Industrie **vom 16. – 19. November 2026** stattfinden. Hier trifft sich die ganze Welt der Medizin. Wer den Gesundheitsmarkt von morgen live erleben will, darf das nicht verpassen.

Wir werden mit einem Stand für Sie auf der MEDICA vertreten sein. Besuchen Sie uns gerne. Wir freuen uns auf Sie!

Weitere Informationen erhalten Sie zeitnah über:

medica.de | vkd-online.de | deutscher-krankenhaustag.de

Editorial

DER PERFEKTE STURM - HERAUSFORDERNDE STRUKTURREFORM UND SPARGESETZ

IDEEN ZUM UMGANG - MIT PESSIMISMUS IST DIESE HERAUSFORDERUNG NICHT ZU BEWÄLTIGEN

Einfache Zeiten sind es nicht für das Management in den Kliniken. Rote Zahlen, immer neue, teils widersprüchliche Regelungen, fortgesetzte Planungsunsicherheit und vor allem ein gerade beschlossenes GKV-Spargesetz, das uns wenig Möglichkeiten für nötige Kostensenkungen gibt. Das sind keine Gründe für großen Optimismus in den Kliniken, in den Belegschaften und im Management. Allerdings ist Pessimismus in dieser Zeit auch keine Option, denn damit sind die aktuellen Herausforderungen nicht zu bewältigen. Und gerade wir als Führungskräfte haben die Aufgabe, auch in schwierigen Zeiten mit einem klaren Blick die Situation zu analysieren und Strategien zum Umgang zu entwickeln. Ging es dabei früher im Schwerpunkt um die Entwicklung des jeweiligen Standortes, so haben sich die Gewichte verschoben – heute geht es vielmehr um Verbund- und Netzwerkstrukturen, Anpassung von Standortprofilen bis hin zur Schließung sowie zur Entwicklung von sektorübergreifenden Versorgungsmodellen.

Verschiedene massive Auswirkungen der letzten fünf Jahre (u.a. Corona, Inflation, Ambulantisierung, Demografie und Fachkräftemangel) werden dabei von einer Krankenhausreform noch übertroffen. Diese führt zu einem großen Umbruch der Strukturen. Leistungsgruppen,

Vorhaltefinanzierung, „SüV“, Hybrid-DRGs, Kurzzeitfallpauschalen sind nur einige der Kernbegriffe, die uns allen mehr als bekannt sind. Wie die Umsetzung am Ende aussehen wird, wissen wir noch nicht, denn in der Reform ebenso wie im Reformanpassungsgesetz stecken erhebliche Unwägbarkeiten. Angesichts der aktuellen Situation, den umzusetzenden und noch ange-

kündigten Gesetzen sowie den Wechselwirkungen, die sie auslösen, wird sich hier die Realität merkbar „einmischen“ und definitiv Änderungen erzwingen.

Mit dem GKV-Spargesetz vom Juli 2026 sind nochmals weitere Regelungen hinzugekommen, deren Auswirkungen, vor allem im Zusammenhang mit der Krankenhausreform, ebenfalls nicht bekannt sind. Das Gesetz ist ja keine neue Reform, sondern ein Spargesetz, das nur die eine Seite betrachtet – die Ausgaben der Krankenkassen zu reduzieren,

maßgeblich auf Kosten der Krankenhäuser. Darin gibt es kaum etwas, was es den Kliniken auf der anderen Seite ermöglicht, Kosten zu sparen. Wenig Entlastung von Bürokratie und unnötigen Regelungen, von unnötiger Dokumentation, keine größere Flexibilität und Beinfreiheit für das Management, darauf zu reagieren. Einige Punkte wurden sogar in zukünftige Gesetzesvorhaben als „Protokollnotiz“ verschoben.



Dirk Köcher

Präsident des Verbandes der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands e. V. (VKD)

Man benötigt keine Glaskugel, um die Folgen für die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger zu erkennen. Es werden Häuser geplant und ungeplant aus der Versorgung ausscheiden, andere Leistungen reduziert.

Die Kosten dieser aus heutiger Sicht absehbaren Entwicklung tragen die Häuser, die noch im Markt bleiben, die Patientinnen und Patienten und auch die kommunalen Träger, die Verluste ihrer Einrichtungen übernehmen müssen, wenn ihnen das überhaupt noch möglich ist. Freigemeinnützige und christliche Träger haben nicht einmal diese Option. Die kalten Strukturveränderungen laufen weiter. Auf der anderen Seite werden die Landkreise und Kommunen immer öfter mit ihrem Auftrag der Sicherstellung der Versorgung konfrontiert, wenn Kliniken – egal welcher Trägerschaft und teils kurzfristig – ihre krankenhausplanerischen Aufträge schlicht nicht mehr erfüllen können.

Die Auswirkungen werden aber nicht nur die Krankenhäuser betreffen. Gesundheitsversorgung findet in einem überaus komplexen System statt. Auch die ambulante Versorgung, die ja ausgeweitet werden soll, die Notfallversorgung, die Rettungsdienste werden betroffen sein. Die Aus- und Fortbildung von weniger werdenden Pflegenden und Ärzten muss mit weniger Krankenhäusern neu organisiert werden.

Und dennoch: Es ist inzwischen nicht zu übersehen, dass auch geplante Strukturen sich bereits ändern. Dass strategische Entscheidungen umgesetzt werden. Der Krankenhaustransformationsfonds wird dabei eine wichtige Rolle spielen – es sind aber dabei besonders wieder die Bundesländer gefordert, mit ihrer Krankenhausplanung und langfristiger Betrachtung der Versorgung die Projekte endlich voranzubringen und zu bescheiden. Hier sehen wir bisher nur in Einzelfällen, dass Mittel bereits verteilt worden sind. Problem ist dabei auch wieder, dass die Länder ihrer Kofinanzierung weiterhin nicht oder nur sehr begrenzt nachkommen – auch dieses Problem kennen wir bereits seit Jahrzehnten. Es führte eben zu der aktuellen zergliederten Struktur sowie alternden Bausubstanz.

Die anstehenden Veränderungen werden nicht einfach umzusetzen sein. Doch wir stehen inzwischen im perfekten Sturm einer Strukturreform, in der wir unsere Häuser trotz allem zukunftsfähig aufstellen wollen und müssen. So schwer das vielleicht fällt und manchem unserer Kollegen eine möglicherweise drohende Insolvenz schlaflose Nächte beschert.

Dass es gelingen kann, dass Strukturen sich im Sinne der Krankenhausreform verändern, zeigen nicht nur Planungen, Projekte, Zusammenschlüsse, Kooperationen, sondern auch bereits laufende erhebliche, messbare Veränderungen. Das dokumentieren unter anderem Beiträge in diesen Praxisberichten. Dass dabei vor allem Klinikunternehmen und Verbünde sowie größere Einzelstrukturen im Vorteil sind, die ihre Angebote diversifiziert haben, ist offensichtlich.

Wie strategisch vorgegangen werden kann, wenn alle beteiligten Kliniken mit Blick auf die Versorgung in ihrer Region strategisch gemeinsam und auf Augenhöhe vorgehen, kann man in der Region Südwestsachsen mit dem kommunalen Klinikum Chemnitz im Zentrum beobachten. Der Ansatz der Beteiligten war hier, nicht abzuwarten, sondern selbst rechtzeitig Nägel mit Köpfen zu machen. Das bewährt sich für alle Beteiligten, macht Sinn, bringt Verbesserungen für die Patienten und entwickelt das Klinikum Chemnitz als Mittelpunkt des Versorgungsnetzes inhaltlich und technisch weiter.

Andere Träger mit mehreren Einrichtungen, wie der Kreis Märkisch-Oderland mit seinem Krankenhausverbund in der ländlichen, dünn besiedelten Region an der Oder haben gemeinsam mit dem Management und anderen Beteiligten bestimmte Leistungen zentralisiert, entwickeln ein kleines Krankenhaus zu einem Gesundheitscampus – hier ist man ebenfalls schon weit vorangekommen.

Kliniken mit mehreren Standorten zentralisieren diese und planen dafür Neubauten. Die Hoffnungen liegen bei allen diesen Veränderungen natürlich auch auf dem Transformationsfonds für die Krankenhausreform. In unserer 68. Jahrestagung

im Juni sagte der damalige Parlamentarische Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium Tino Sorge mit Hinweis auf den Transformationsfonds: „Das ist ja nicht nichts...“ Das stimmt. Aber auch hier sind ja die Länder immer mit im Boot. Auf sie bauen wir ebenfalls, selbst wenn sie bezüglich der Investitionsmittel seit Jahren nicht einsetzen, was gesetzlich gefordert ist.

Auswirkungen haben alle diese Veränderungen natürlich auch auf die Führungsstrukturen. So begannen die Mühlenkreiskliniken schon vor zwei Jahren damit, ihre Führungs- und Aufbauorganisation neu aufzustellen. Ein umfassender Re-Organisationsprozess, der in diesem Frühjahr abgeschlossen war. Mit der neuen Führungsorganisation soll sichergestellt sein, dass die Kliniken auch künftig leistungsfähig und wirtschaftlich stabil und innovativ bleiben.

Dass angesichts der schwierigen wirtschaftlichen Lage auch die kalten Strukturveränderungen weitergehen, ist eine Entwicklung, die mit Sorge zu beobachten ist. Hier ist es auch eine Aufgabe der Länder, dafür zu sorgen, dass versorgungsnotwendige Strukturen erhalten bleiben – für die Umsetzung der Krankenhausreform ebenso wie die anstehende Notfallreform, aber auch für eine abgesicherte Ärzte- sowie Pflegeaus- und Weiterbildung.

Wie es mit der Reform der gesetzlichen Krankenkassen weitergeht, werden wir vermutlich bis zum Ende dieses ziemlich aufregenden Jahres sehen. Erwartet wird ja der zweite Bericht der noch von Nina Warken als Bundesgesundheitsministerin eingesetzten Finanzkommission, die nun die strukturellen Aspekte aufgreifen wird.

Inzwischen ist der ehemalige CDU-Generalsekretär Carsten Linnemann neuer Ressortchef. Auch wenn er schon erklärt hat, er werde etwas Zeit benötigen, hier tiefer einzusteigen, hat er bereits deutlich gemacht, dass noch einiges passieren müsste, damit Deutschland ein gerechtes, leistungsfähiges, zukunftsfähiges Gesundheitssystem bekommt. Bereits zuvor machte er aber auch klar, dass er für die Modernisierung bestehender Strukturen steht.

Es gibt also die Hoffnung, dass es nicht wieder die Kliniken richten sollen, die genug damit zu tun haben, die Krankenhausreform umzusetzen. Wenn ihnen das gelingen soll, müssen allerdings die Folgen der GKV-Sparreform auf die Krankenhäuser und damit für die Gesundheitsversorgung der Bürger noch einmal geprüft werden. Dazu gehört auch, die Gerechtigkeitslücke zu schließen, die dadurch entsteht, dass die Kosten der Kranken- und Pflegeversicherung von Grundsicherungsempfängern vollständig aus Steuern bezahlt werden.

Niemand in unserem Verband der Klinikmanager macht sich Illusionen darüber, dass die vor uns stehenden Herausforderungen uns und unsere Mitarbeitenden auch in den kommenden Jahren erhebliche Kraft kosten werden. Unser gemeinsames Ziel ist die beste Versorgung für unsere Patienten und Patientinnen. Für sie, für unsere Mitarbeiter und unsere Unternehmen tragen wir Verantwortung. Immer wieder auch in der Öffentlichkeit klar und deutlich zu kommunizieren, worum es uns geht, ist eine Aufgabe, die wir uns daher ebenfalls auf die Fahnen geschrieben haben. Es gibt da sicher viele Möglichkeiten, eine davon stellen wir in diesem Heft ebenfalls vor.

Wir als Verband werden uns für die Interessen unserer Mitglieder auch in Zukunft stark einsetzen und versuchen, der Politik weiter zu verdeutlichen, dass das Gesundheitssystem als Ganzes reformiert werden muss und nicht wie z.B. in der Krankenhausreform einzelne Sektoren herausgepickt werden.

Ich wünsche Ihnen beim Lesen dieser Praxisberichte viel Spaß und hoffe, dass Sie für Ihre eigenen Aufgaben die ein oder andere wertvolle Anregung mitnehmen können.

Ihr



Dirk Köcher

Inhaltsverzeichnis

STRUKTURVERÄNDERUNGEN – PLANUNG UND REALITÄT

- 12** **Ein klarer Blick nach vorn in schwierigen Zeiten!**
Das Management agiert im Spannungsfeld von knappen Ressourcen, erheblicher Regelungsflut und medizinischer Versorgungsrealität
Interview mit Dirk Köcher
- 20** **Vorgaben schaffen kein Personal – warum Krankenhäuser in Zeiten des Fachkräftemangels mehr Flexibilität statt neuer Bürokratie brauchen**
Pflegebedarf muss sichtbar und finanzierbar bleiben, ohne dass daraus ein weiteres bürokratisches Steuerungsregime entsteht
Prof. Dr. Henriette Neumeyer
- 29** **Flächendeckende Versorgung oder Versorgungsnetz mit immer mehr Löchern?**
Die wichtige Gesundheitsversorgung für die Bürger ist auch eine Frage des Vertrauens in die Politik
Dr. Jens-Uwe Schreck

DER WANDEL WIRD SICHTBAR

- 38** **Inzwischen werden strategisch geplante Strukturen vielfach umgesetzt**
Die Politik sollte aber ungeordneten Strukturwandel nicht noch befördern und die Reform damit gefährden
pb-redaktion
- 42** **Die Zukunft eines regionalen Krankenhausverbundes**
Ein Gesundheitscampus als neue Struktur im MOL-Versorgungsnetz
Interview mit Katja Thielemann
- 50** **Vernetzte Versorgung ist das Markenzeichen**
Gemeinsam und selbstbestimmt: Entwicklung neuer Strukturen für die Gesundheitsregion Südwestsachsen
Henriette Auerswald, Konstanze Illig
- 59** **Strategisches Zielbild Zentralklinikum**
Früher drei Standorte, dann zwei Standorte, Fernziel Zentralklinikum
Städtisches Klinikum Braunschweig / pb-redaktion

- 61 Medizinkonzept für zukunftsichere Versorgung**
Mit ihrem Medizinkonzept schaffen das Klinikum Nürnberg und die Klinik Hallerwiese-Cnopfsche Kinderklinik die Basis für die gemeinsame Zukunft
Klinikum Nürnberg
- 65 „Wir haben erklärt, diskutiert und zugehört“**
Umfangreiche Informationskampagne zu Neubauplanungen abgeschlossen
Mühlenkreiskliniken / pb-redaktion
- 69 Umfassende Re-Organisation der Führungsstruktur**
Kern ist die standortübergreifende Betriebsleitung
Mühlenkreiskliniken / pb-redaktion

WENN DER KRISENFALL EINTRITT

- 72 Kliniken sind bisher nur rudimentär vorbereitet auf Krisen**
Krisenresilienz bedeutet zunächst, belastbar zu sein im Normalbetrieb
pb-redaktion
- 77 Forderung: verbindliche Führungsstrukturen für den Ernstfall**
Funktion eines Leiters für Krankenhaus-Alarm- und Einsatzplanung ist zentral
*Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.,
Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. / pb-redaktion*
- 79 Stärkung des Bevölkerungsschutzes**
Moderne Ausrüstungen, verbesserte Warnsysteme, Förderung des Ehrenamtes
Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe / pb-redaktion
- 81 Damit im Ernstfall alles klappt**
Notwendige eigene Abläufe zivilmilitärischer Zusammenarbeit geprobt
Klinikum Südstadt Rostock / pb-redaktion
- 84 Jede Übung liefert wichtige Hinweise für Optimierungen**
Besonders wertvoll waren die Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit externen Partnern
Interview mit Steffen Vollrath und Dr. Jan-Arne Lauffs
- 87 Blackout in Berlin – Anschlag auf die Stromversorgung**
Was müssen Notfallkrankenhäuser in solchen Situationen leisten können?
pb-redaktion
- 92 Stärkerer Schutz kritischer Infrastrukturen**
Kliniken fehlt noch Klarheit über konkrete Anforderungen
Bundesministerium des Innern / Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.

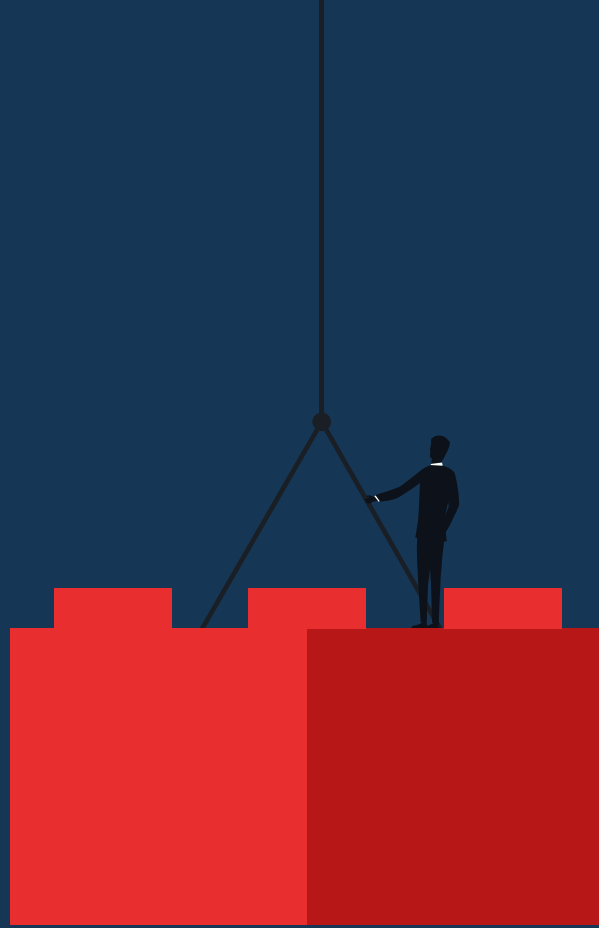
KÜNSTLICHE INTELLIGENZ IM KRANKENHAUS

- 96 Hohe Akzeptanz für KI, aber es geht nicht nur um die Technologie**
Stabile Finanzierung, Rechtssicherheit, Verantwortlichkeiten sind zu klären
pb-redaktion
- 99 Vor allem eine organisatorische und kulturelle Transformationsaufgabe**
Kein isoliertes Projekt, sondern strategisches Thema
Fraunhofer-Institut für Intelligente Analyse- und Informationssysteme IAIS
- 100 EU-Verordnung über künstliche Intelligenz**
Vier Risikoklassen festgelegt (KI-Verordnung, KI-VO)
- 102 Tieferes Verständnis von Krebs dank KI in der Pathologie**
Autonomes agentenbasiertes System an der Uniklinik Köln entwickelt
Uniklinik Köln
- 105 KI „assistiert“ Augenärzten bei Therapieplanung mit AMD**
Individuelle Behandlungsentscheidungen können angepasst werden
Klinikum Chemnitz
- 106 Start des KI-Kernteams der GLG**
Aufgabe ist, die KI-Strategie nachhaltig umzusetzen
Gesellschaft für Leben und Gesundheit Eberswalde

ZUKUNFTSPROJEKTE UND GUTE IDEEN

- 110 Automatisierte Messkabine soll Notaufnahme entlasten**
Deutschlandpremiere am UKSH: Gesundheitsautomat unterstützt Ersteinschätzung durch Notfallfachpflege
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
- 112 Die Welt in der Kitteltasche**
KI-gesteuerte Übersetzungs-Tools helfen, Sprachbarrieren zu überwinden
Christliches Klinikum Paderborn
- 113 Klinikum als Teil gesamtstädtischer Klimastrategie**
Wie Gesundheit, Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit zusammenspielen
Städtisches Klinikum Dresden

- 114** **Neuer ICA-Tagesliegerbereich mit interdisziplinärem Konzept**
 Universitätsklinikum Regensburg erweitert sein Versorgungsangebot
Universitätsklinikum Regensburg
- 115** **Gemeinsam für mehr Sicherheit im Umgang mit dem Rollator**
 Interessierte können am Rollator-Parcours des Krankenhauses üben
St.-Marienhospital Marsberg
- 116** **Weitere „Gute Nachtschicht-Geschichten – das Geheimnis der Pflege-
 maxime“**
 Video-Podcast mit zwei neuen bewegenden Folgen
Schwarzwald-Baar-Klinikum
- 117** **GLG zum vierten Mal als „Unternehmen mit hervorragender berufli-
 cher Orientierung“ ausgezeichnet**
 Ehrung ist zugleich Ausdruck erfolgreicher Zusammenarbeit von Schule und Ausbil-
 dungsbetrieb
Gesellschaft für Leben und Gesundheit Eberswalde
- 118** **Impressum**



STRUKTUR- VERÄNDERUNGEN- PLANUNG UND REALITÄT

POLITIK

FINANZIERUNG

GESETZE UND REGELUNGEN

ENTWICKLUNGEN IN DER PFLEGE

FLÄCHENDECKENDE VERSORGUNG



Ein klarer Blick nach vorn in schwierigen Zeiten!

DAS MANAGEMENT AGIERT IM SPANNUNGSFELD VON
KNAPPEN RESSOURCEN, ERHEBLICHER REGELUNGSFLUT UND
MEDIZINISCHER VERSORGUNGSREALITÄT



Dirk Köcher

Im Interview für die VKD-Praxisberichte 2026 äußert sich VKD-Präsident Dirk Köcher umfangreich zu wesentlichen Inhalten der aktuellen Gesetzgebung, macht deutlich auf die Folgen für die Kliniklandschaft und die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger sowie für die Umsetzung der Krankenhausreform aufmerksam. Er definiert zudem die damit verbundenen Herausforderungen für das Management der Krankenhäuser.

PB: Nach einer ganzen Reihe von schwierigen Jahren für die Krankenhäuser, ihr Management und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurde es in den vergangenen Monaten noch einmal deutlich herausfordernder. Noch vor der Sommerpause passierte schließlich das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz Bundestag und Bundesrat. Sie selbst haben sich als Präsident für den VKD aber auch in Ihrer Klinikfunktion in einer Pressekonferenz in Dresden gemeinsam mit Kollegen vor der Parlamentsentscheidung dezidiert dazu geäußert. Die Warnungen aus der Praxis wurden offenbar aber wieder nicht gehört. Wie bewerten Sie das Gesetz?

Dirk Köcher: Es ist ein Spar- und kein Reformgesetz, das für die Kliniken weitere erhebliche Erlösverluste bedeutet. Es wird bereits vorhandene Defizite verstärken und damit die Gefahr vergrößern, Personal und Leistungen abzubauen, weil es nicht mehr anders geht. Grundsätzlich ist es damit nach wie vor – das hat unser Verband mehrfach kritisiert – ein Spargesetz auf dem Rücken allein der gesetzlich Versicherten und der Kliniken mit gegebenenfalls schwerwiegenden Auswirkungen auch auf die Arbeitsplätze und dies gerade in einem Bereich mit zum Teil erheblichem Fachkräftemangel. So hat das hcb-Institut – federführend war Prof. Dr. Boris Augurzyk – errechnet, dass durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz 140.000 Arbeitsplätze gefährdet sind.

Auch der aktuelle Krankenhaus Rating Report sieht durch das Spargesetz eine weitere Verschärfung der Lage und die Schließung von bis zu 400 Krankenhäusern voraus. Damit würden sich gerade in ländlichen Regionen für die Menschen dort die Wege ins nächste Krankenhaus, nicht zu vergessen in eine Notaufnahme, verlängern. Das betreffe auch versorgungsrelevante Häuser mit einer Notfallstufe 3. Die Autoren schreiben von einer kalten Marktbereinigung historischen Ausmaßes.

Wirtschaftlich ausgedrückt ergeben sich in 2027 rund 4,1 Milliarden Euro an Mindererlösen und etwa 200 Euro weniger Erlöse je Bewertungsrelation.

PB: Einige Regelungen wurden etwas entschärft oder verbessert. Das haben offenbar die Bundesländer noch ausgehandelt?

Dirk Köcher: Sie denken vermutlich vor allem an die Rücknahme der Pflegepersonaluntergrenzen als ein Qualitätskriterium für die Leistungsgruppen. Diese und einige weitere Änderungen am Gesetzentwurf haben am Ende die Bundesländer bewirkt. Sicher war ihnen als Verantwortliche für die Krankenhausversorgung klar, dass viele Häuser mit dieser noch ganz zum Schluss in das KHAG hineingekommenen Regelung viele Leistungen nicht mehr erbringen dürften. Das hätte stark in die Krankenhausplanungen der Länder eingegriffen und damit das Ziel einer zumindest vergleichbaren Versorgung für die Bürgerinnen und Bürger in Frage gestellt.

„ES IST EIN SPAR- UND KEIN REFORMGESETZ, DAS FÜR DIE KLINIKEN WEITERE ERHEBLICHE ERLÖSVERLUSTE BEDEUTET. ES WIRD BEREITS VORHANDENE DEFIZITE VERSTÄRKEN UND DAMIT DIE GEFAHR VERGRÖßERN, PERSONAL UND LEISTUNGEN ABZUBAUEN, WEIL ES NICHT MEHR ANDERS GEHT.“

PB: Beschlossen wurde das Gesetz nach einer sehr emotional geführten Debatte des Bundestags in namentlicher Abstimmung gegen die Oppositionsfraktionen. Offenbar war weder dem Ministerium noch den Abgeordneten der Koalition wirklich klar, dass sie mit diesem Spargesetz erheblich dazu beitragen, dass es den Krankenhäusern kaum möglich sein wird, bei weiter sinkenden Erlösen ihre Leistungen wie bisher zu erbringen. Sehen Sie noch irgendwo Reserven?

Dirk Köcher: Ich denke, es war den Abgeordneten durchaus klar, was daraus folgen wird. Selbst die damalige Bundesgesundheitsministerin Warken hat es ja ein Spargesetz und eine Zumutung genannt. Dass 80 Prozent der Häuser rote Zahlen schreiben, ist ja inzwischen durchaus bekannt. Es wird definitiv zu weiterem Leistungsabbau und Insolvenzen kommen. In vielen Regionen wird sich dadurch die Versorgung verschlechtern, auch wenn nicht alle gleich stark betroffen sind. Das Schwierige bleibt weiterhin, dass die Versorgung ungeplant und kurzfristig eingeschränkt wird, da es keine strukturierte Neuordnung ist, sondern dem Zufall überlassen wird, welcher Träger welche Last noch tragen kann.

„DIE KOSTEN DER KRANKENHÄUSER WERDEN AUCH DURCH DIE POLITIK HOCHGETRIEBEN, DENN DIE IMMER WEITER AUSUFERNDEN REGELUNGEN SIND NICHT UMZUSETZEN, OHNE DASS KOSTEN ENTSTEHEN.“

PB: Eine Einmalzahlung in Höhe von 550 Millionen Euro für die Kliniken wurde zugesagt. Ein Tropfen auf den heißen Stein vermutlich?

Dirk Köcher: Der schnell verdampft, auch wenn natürlich alles irgendwie hilft. Die Summe bedeutet eine einmalige Erlösverbesserung von ca. 0,5 Prozent bezogen auf das kommende Jahr. Schon heute können viele Kommunen die Ausgleichszahlungen für ihre defizitären Krankenhäuser kaum noch stemmen. Ganz abgesehen von den freigemeinnützigen und kirchlichen Trägern, deren Häuser solche Hilfen gar nicht erhalten. Aktuellen Zahlen zufolge muss allein bei den kommunalen Kliniken und Unikliniken mit weiteren Defiziten von fünf Milliarden Euro gerechnet werden. Daran sehen wir auch, dass dieses Spargesetz auf der einen Seite die GKV entlasten soll und wird, die Haushalte der Landkreise und Kommunen aber zusätzlich belastet werden. Es ist also eine reine Verschiebung.

Und die Defizite werden weiter anwachsen, denn die strukturellen Bedingungen bestehen ja fort. Die wirtschaftliche Basis der Häuser erodiert weiter. Da gibt es nichts schönzureden. Die Landesbasiswerte werden gedeckelt und die Prüfquoten des Medizinischen Dienstes drastisch erhöht ebenso wie die Aufschlagszahlungen. Die Tarifsteigerungen für unsere Mitarbeiter werden nur noch hälftig bezahlt. Und diese Auswirkung können wir bereits für 2026 sehen. Gerade erst hat die DKG mit dem GKV-Spitzenverband die Tarifierhöhungsrate für 2026 verhandelt. Aufgrund der neuen abgesenkten Regelung im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz gehen damit den Kliniken erneut zwischen 0,3% in der Somatik und 0,4% in der Psychiatrie der nötigen Erlössteigerung verloren – und dies nicht nur einmalig, sondern für die Basis dauerhaft. Diese Systematik wird auf Dauer nicht funktionieren, zumal die Gewerkschaften derzeit nicht das Gefühl geben, mit dieser schwierigen Situation für die Kliniken mitgehen zu wollen.

Die Zustimmung zu diesem Gesetz werden die Länder teuer bezahlen müssen, wenn sie nicht nur ihre flächendeckende Krankenhausversorgung erhalten und zudem vor allem auch die notwendige Krankenhausreform umsetzen wollen. Wenn das nicht gelingt, werden auch die Beiträge der Krankenkassen weiter steigen, zumal der „Elefant im Raum“, die Beiträge für Bezieher von Transferleistungen, weiterhin nur zu einem geringen Teil vom Bund ausgeglichen werden.

Wir haben als VKD immer wieder darauf verwiesen, dass die Auswirkungen der aktuellen Gesetze für den Krankenhausbereich sowie die ohnehin schon schwierige Lage der Kliniken dazu führen werden, dass damit auch die Umsetzung der Krankenhausreform in Frage gestellt ist und das Ziel der sicheren flächendeckenden Versorgung durch die fortschreitenden kalten Strukturveränderungen nicht erreicht werden kann. Die wichtige Krankenhausreform, die strategisch langfristig umgesetzt werden muss, wird durch kurzfristige, allein fiskalisch motivierte Entscheidungen vor allem zu Lasten der Krankenhäuser in ihren Wirkungen beschädigt. Das ist sicher keine verantwortungsvolle Politik.

PB: Die Autoren des Reports plädieren für einen Mentalitätswechsel in der Politik. Ebenso wie beim Bürokratieabbau, könnte man ergänzen: Mehr Vertrauen in die Krankenhäuser und diejenigen, die das alles immer umsetzen sollen.

Dirk Köcher: Die Kosten der Krankenhäuser werden ja auch durch die Politik hochgetrieben, denn die immer weiter ausgefertigten Regelungen sind nicht umzusetzen, ohne dass Kosten entstehen. Stattdessen fordern die Autoren des Krankenhaus Reports, dass klare Versorgungsziele definiert und den Kliniken die unternehmerischen Freiheiten gegeben werden sollten, diese flexibel und effizient umzusetzen. Gleichzeitig sollte es weiterhin finanzielle Ausgleiche geben, denn ohne künftige finanzielle Unterstützung werden die Krankenhäuser sich nicht wirtschaftlich stabilisieren können. Vorgeschlagen wird ein Strukturzuschlag, über dessen Ausgestaltung natürlich noch diskutiert werden müsse. Dem kann ich viel abgewinnen.

PB: Die von Nina Warken eingesetzte Finanzkommission hatte vorgeschlagen, die Pflegekosten wieder in die DRGs einzugliedern. Das ist im Gesetz nicht vorgesehen. Würden Sie das auch für eine mögliche Variante halten?

„BISHER WAR DIE ERHÖHUNG DER PRÜFQUOTEN UND SCHWELLENWERTE SCHON NICHT VERHÄLTNISSMÄSSIG. NUN WIRD ES NOCH EXTREMER, ZUMAL DIE BISHERIGE ERHÖHUNG DER PRÜFQUOTEN KEINE HINWEISE AUF SCHLECHTERE ABRECHNUNGSQUALITÄT ZEIGT. ZIEL SIND EHER ZUSÄTZLICHE EINNAHMEN FÜR DIE KASSEN.“

Dirk Köcher: Einige unserer Kolleginnen und Kollegen haben sich dafür schon einmal ausgesprochen. Das wäre unbürokratischer und würde den Streit mit den Krankenkassen entschärfen. Die DKG ist nicht dieser Ansicht. Grundsätzlich wird den meisten Krankenhäusern nichts weiter übrigbleiben, als zumindest kein Personal mehr einzustellen, wenn sie nicht sogar entlassen müssen. Der in den letzten Jahren mühevoll erarbeitete Aufbau in der Pflege wird damit in Frage gestellt.

Grundsätzlich ist die Deckelung des Pflegebudgets durch die Veränderungsrate -1% zu kritisieren. Während Mehrkosten weiterhin vom Krankenhaus zu tragen sind, sind Minderkosten aber auszugleichen. Damit spielt die größte Berufsgruppe im Krankenhaus – die Pflege – weiterhin keine Rolle, um die Kliniken wieder wirtschaftlich besser aufstellen zu können.

PB: Massiven Ärger, ja Frust, hat in den Krankenhäusern die Erhöhung der Prüfquoten und Schwellenwerte des Medizinischen Dienstes, der Aufwandspauschalen und der Aufschlagszahlungen ausgelöst. Diese sollen die Abrechnungsqualität stärken. Das ist die Hoffnung der Krankenkassen, die hier sicher erhebliche Lobbyarbeit geleistet haben. Zusätzliche Einnahmequellen für die Krankenkassen?

Dirk Köcher: So kann man es sehen. Bisher war die Erhöhung der Prüfquoten und Schwellenwerte schon nicht verhältnismäßig. Nun wird es noch extremer, zumal die bisherige Erhöhung der Prüfquoten keine Hinweise auf schlechtere Ab-

rechnungsqualität zeigt. Ziel sind eher zusätzliche Einnahmen für die Kassen. Nicht zu vergessen – es erzeugt erneut mehr Bürokratie. Erste Überschlagsrechnungen befürchten bereits, dass die Kosten

für den Personalaufbau beim MD sowie in den Kliniken den Sparbeitrag für die GKV überschreiten werden – und das in einer Situation, in der jeder Politiker immer wieder von Bürokratieabbau redet.

PB: Viele Veränderungen werden die Bürger vermutlich zunächst irritieren. Wie wichtig ist gerade im Transformationsprozess der nächsten Jahre gute Kommunikation?

Dirk Köcher: Natürlich sehr wichtig. Solche und andere Veränderungen, die es inzwischen schon an vielen Klinikstandorten gibt, brauchen gute Begründungen und Transparenz. So wird es an vielen Standorten durch die Ambulantisierung sowie den medizinisch-technischen Fortschritt zu einem Rückgang des Bettenbedarfs kommen. Damit können Konzentrationsprozesse etwas einfacher gestaltet werden. Wichtig ist es für uns, dass die Politik in der Kommunikation auch ihre Verantwortung übernimmt. Es kann nicht sein, dass Krankenhausreform und Spargesetze zu Leistungsreduktion und Standortumwandlungen führen und die Träger und das Management dann alleine gelassen werden, wenn sich in der Bevölkerung Unmut breitmacht. Dies haben wir leider in der Vergangenheit zu oft gesehen.

PB: Die Bundesregierung hat erneut einen zügigen Bürokratieabbau und Maßnahmen zur Deregulierung angekündigt. Nach den immer neuen Ankündigungen der vergangenen Jahre, die konkret aber zu noch mehr Bürokratie führten – etwa zu neuen Meldepflichten und den unsinnigen Bundes-Klinik-Atlas gibt es noch immer – haben Sie die Hoffnung, dass es dieses Mal tatsächlich etwas wird?

Dirk Köcher: Es scheint tatsächlich so, dass es hier Bewegung gibt. Es gab am 7. Juli 2026 im BMG ein Spitzentreffen mit Vertretern von zehn zentralen Verbänden und Institutionen im Gesundheitswesen, in dem es um Maßnahmen zum Abbau von unnötiger Bürokratie im Gesundheitswesen ging. Es sollte ein Auftakt dafür sein, nun fortlaufend verzichtbare Pflichten zu streichen.

„WICHTIG IST FÜR UNS, DASS DIE POLITIK IN DER KOMMUNIKATION AUCH IHRE VERANTWORTUNG ÜBERNIMMT. ES KANN NICHT SEIN, DASS KRANKENHAUSREFORM UND SPARGESetze ZU LEISTUNGSREDUKTION UND STANDORTUMWANDLUNGEN FÜHREN UND DIE TRÄGER UND DAS MANAGEMENT DANN ALLEIN GELASSEN WERDEN, WENN SICH IN DER BEVÖLKERUNG UNMUT BREITMACHT.“

Angesichts des wirtschaftlichen Drucks, unter dem die Kliniken stehen, wäre das jedenfalls zwingend notwendig. Wir brauchen mehr Flexibilität. Nur so haben wir die Möglichkeit, tatsächlich noch Kosten zu sparen, Prozesse zu optimieren, unsere Personalpolitik anzupassen, Handlungsspielräume zu nutzen, die sich daraus ergeben. Bleibt diese notwendige Deregulierung aus, zwingt uns der wirtschaftliche Druck zu mehr Leistungseinschränkungen. Die Versorgungsqualität für die Bürgerinnen und Bürger in vor allem ländlichen Regionen wird sich damit verschlechtern.

Dass es beim Thema Bürokratieabbau bisher diesen Stillstand gab, ist aus Sicht unseres Verbandes des Klinikmanagements auch, wie bereits erwähnt, ein Mangel an Vertrauen in die Arbeit der Krankenhäuser. Die Auswirkungen frustrieren unsere Mitarbeiter enorm. Sie sehen ja täglich, wie sinnlos viele Regelungen für die Qualität ihrer Arbeit in Medizin und Pflege sind. Die Zahlen kann man nicht oft genug wiederholen: Eine Stunde Bürokratie am Tag weniger würde Arbeitszeit von mehr als 22.000 Ärzten und 50.000 Pflegekräften freisetzen. Würden die Vorschläge der DKG umgesetzt, könnten die Krankenhäuser um bis zu 15 Milliarden Euro entlastet werden. Zu den Forderungen gehört die Reduzierung von Personalvorgaben, Personalbemessungsinstrumenten, den damit zusammenhängenden Dokumentations- und Meldepflichten.

Was schlussendlich im Gesetz stehen wird, werden wir sehen. Ich erwarte, dass auch die Vorschläge aus der Praxis, die schon lange auf dem Tisch liegen, einbezogen werden. Zumindest hat die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Nina Warken erklärt, man belasse es nicht bei Absichtserklärungen, habe schon in

den jüngsten Gesetzesvorhaben den Ansatz verfolgt, immer auch konkrete Maßnahmen zur Entlastung von Bürokratie aufzugreifen, werde diesen Weg fortsetzen und die konkreten Anregungen derjenigen aufgreifen, die täglich von überbordenden Dokumentationspflichten betroffen sind.

PB: Von der geplanten Primärversorgung erwartet sich die Politik, erwarten auch die Krankenkassen und eine Reihe von Experten, eine effektivere Steuerung der Patienten, bessere Versorgung und nicht zuletzt Kostenersparnisse durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen. Eine gewisse Skepsis ist dagegen im VKD zu spüren. Wo sehen Sie wesentliche Gründe dafür?

Dirk Köcher: Ein ganz wesentlicher Grund liegt auf der Hand und wurde aktuell auch durch eine neue Studie der Robert-Bosch-Stiftung bestätigt. Im Zentrum der Primärversorgung sollen ja die Hausärzte stehen. Sie sollen die Basisversorgung der Patienten übernehmen und wenn notwendig, dann an den richtigen Facharzt überweisen. In Regionen, die gut mit Hausärzten und Fachärzten versorgt sind, mag das gehen. Es ist aber leider in vielen vor allem ländlichen Regionen nicht der Fall. Diese Engpässe dort werden sich absehbar vergrößern. Das heißt, die Hauptakteure der Primärversorgung fehlen dann vielfach – Lücken, die im Übrigen die Krankenhäuser schließen müssen – wie es bereits aktuell der Fall ist. Wir haben als VKD über die Jahre immer wieder darauf hingewiesen, dass es schließlich die Krankenhäuser sind – und auch künftig sein werden – die diese Lücken füllen können und sollten, wenn die Gesetze dies auch ermöglichen. Vielfach sind wir Krankenhäuser aber nur der letzte Notnagel. Hier sollten wir aktiv mehr Kompetenzen erhalten.

Und dass sich diese Situation kaum schnell ändern lässt, belegt auch die erwähnte Studie. Laut ihrer Prognose werden bis 2040 mehr als 12.000 Hausarztsitze unbesetzt sein. Daran wird dann auch die ebenfalls vorgesehene elektronische Weiterleitung der Patienten nichts ändern.

„DASS ES BEIM THEMA BÜROKRATIEABBAU BISHER DIESEN STILLSTAND GAB, IST AUS SICHT UNSERES VERBANDES DES KLINIKMANAGEMENTS AUCH, WIE BEREITS ERWÄHNT, EIN MANGEL AN VERTRAUEN IN DIE ARBEIT DER KRANKENHÄUSER. DIE AUSWIRKUNGEN FRUSTRIEREN UNSERE MITARBEITER ENORM. SIE SEHEN JA TÄGLICH, WIE SINNLOS VIELE REGELUNGEN FÜR DIE QUALITÄT IHRER ARBEIT IN MEDIZIN UND PFLEGE SIND.“

Mit Blick auf die Stabilisierung der GKV und die damit verbundenen Erlösminderungen der Kliniken und deren Folgen für Krankenhaus-schließungen und Schließung von Abteilungen aus wirtschaftlichen Gründen, die dann gegebenenfalls auch für die ambulante Versorgung ausfallen, kann die Schlussfolgerung eigentlich nur sein, dass dies beim Umbau auch der ambulanten Versorgung zu berücksichtigen wäre.

PB: Ebenso sicher auch bei der geplanten Notfallreform?

Dirk Köcher: Das ist aus meiner Sicht ebenfalls absehbar, denn darin sollen ja niedergelassene Ärzte gleichfalls eine wesentliche Rolle spielen. Wir haben es derzeit mit Gesetzen zu tun, die zwar einzeln betrachtet durchaus Sinn machen – auch wenn wir als Praktiker einzelne Regelungen sehr kritisch sehen – die aber nicht ausreichend aufeinander abgestimmt sind und damit die Realität nicht abbilden. Es bleibt dabei, aktuelle Gesetze sind überwiegend Stückwerk für einzelne Sektoren und der große Wurf einer Systembetrachtung und -anpassung fehlt.

PB: Beim Notfallgesetz geht man von einer elektronischen Ersteinschätzung aus. Das soll dann ja die Situation nicht nur in den Notaufnahmen der Krankenhäuser, sondern auch in den Wartezimmern der Hausärzte entspannen.

Dirk Köcher: Dafür müssten alle beteiligten Gesundheitsversorger eine digitale Basis haben, damit Vernetzung möglich ist. Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung hat die Vorstellung, dass eingebundene Praxen – also dem Ziel nach alle – in Verbindung mit einem hybriden Navigationstool die erste Anlaufstelle für Patienten sein sollten. Über dieses Tool sollte dann der Behandlungsbedarf eingeschätzt werden und auch die Dringlichkeit – also demnach eine Priorisierung – erfolgen. Überweisungen zu Fachärzten sollten elektronisch erfolgen mit Ausnahmen für gynäkologische Fachärzte sowie Augenärzte. Voraussetzung für alle diese Pläne ist allerdings die Digitalisierung, die allerdings einen weiteren Schub benötigen würde.

„ES BLEIBT DABEI, AKTUELLE GESETZE SIND ÜBERWIEGEND STÜCKWERK FÜR EINZELNE SEKTOREN UND DER GROSSE WURF EINER SYSTEMBETRACHTUNG UND -ANPASSUNG FEHLT.“

PB: Das Bundeskabinett hat das Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) am 15. Juli 2026 bereits beschlossen. Wie groß ist der Digitalisierungsgrad der Kliniken aus Ihrer Sicht aktuell und könnte das Gesetz hier diesen weiteren Schub geben?

Dirk Köcher: Zum Digitalisierungsgrad hat die dritte Erhebung des „DigitalRadars“ im Juni dieses Jahres bereits nennenswerte Fortschritte belegt. Die Untersuchung zum Stand der Digitalisierung in den Krankenhäusern zeigt den durchschnittlichen Reifegrad, der von 33,3 Punkten im Jahr 2021 auf 55,0 Punkte in diesem Jahr angestiegen ist. Bei der zweiten Untersuchung in 2024 waren es noch 12,6 Punkte weniger. Das zeigt, dass die Fördermittel aus dem Krankenhauszukunftsgesetz und die erheblichen Anstrengungen der Kliniken gewirkt haben. Das betrifft nicht nur die großen Krankenhäuser,

sondern Häuser aller Versorgungsstufen. Dass also auch kleine Häuser hier Fortschritte erzielen, ist wichtig, denn sie müssen ja in die Vernetzungen mit eingebunden werden. Leider müssen wir aber auch hier den Finger in die Wunde legen, denn die von Anfang an geforderte Finanzierung der laufenden Kosten der Digitalisierung wurde natürlich nicht umgesetzt. Die Kliniken haben also zusätzlich die steigenden Aufwände für Lizenzen und Wartungskosten zu tragen und auf Erlösseite erfolgte keine Berücksichtigung der Folgen des Förderprogramms.

Was das GeDIG betrifft, ist natürlich die Hoffnung, dass es ebenfalls seine Wirkung zeigen wird. Ziel ist ja, dass es Bürokratie abbauen und gleichzeitig die digitale Transformation des Gesundheitssystems vorantreiben, die Nutzung digitaler Anwendungen für Leistungserbringer, Versicherte, aber auch für die Forschung und für Innovationen verbessern soll. Als Grundvoraussetzungen werden stabile Systeme und eine elektronische Patientenakte genannt. Dies alles ist natürlich als Basis für die weitere Entwicklung in diesem Bereich notwendig. Ein Gesetz, das, so nehme ich es wahr, allseits als notwendig betrachtet und bewertet wird.

Positiv ist, dass Maßnahmen in fast allen digitalisierungsrelevanten Themenbereichen vorgesehen sind. Das ist auch notwendig, denn die vorgesehenen Vernetzungen können nur so funktionieren. Das Ziel des Gesetzes, Digitalisierung zu fördern, Datennutzung und Interoperabilität zu verbessern, kann nur begrüßt werden.

Allerdings gibt es deutlichen Verbesserungsbedarf, vor allem auch bezüglich der Umsetzungsregelungen. Diese sind sehr technokratisch, Übergangsfristen angesichts unserer Erfahrungen mit Digitalisierungsprojekten unrealistisch kurz und was natürlich für die Krankenhäuser wichtig ist und weiter oben für das KHZG bereits ausgeführt wurde: Finanzierungsfragen sind nicht wirklich geklärt. Die Krankenhäuser brauchen eine sichere und ausreichende Finanzierung, die nicht nur die Umsetzung betrifft, sondern auch die Folgekosten. Ansonsten ist das Ziel der angestrebten flächendeckenden

Umsetzung vorerst zumindest nicht realistisch. Das Gesetz enthält zudem neue organisatorische und technische Pflichten für die Kliniken, die aber die deutlich unterschiedlichen finanziellen und personellen Möglichkeiten nicht berücksichtigen.

„DAS ZIEL DES GESETZES, DIGITALISIERUNG ZU FÖRDERN, DATENNUTZUNG UND INTEROPERABILITÄT ZU VERBESSERN, KANN NUR BEGRÜSST WERDEN. ALLERDINGS GIBT ES DEUTLICHEN VERBESSERUNGSBEDARF, VOR ALLEM BEZÜGLICH DER UMSETZUNGSREGELUNGEN.“

immer geben. Unsicherheit zuzugeben ist kein Zeichen von Schwäche, sondern von Stärke und von Realitätssinn. All das sind Erkenntnisse und Erfahrungen,

die gerade in schwierigen Zeiten aktuell und sicher auch in Zukunft so wichtig sind.

PB: Sehr geehrter Herr Köcher, zum Schluss noch eine Frage zum Thema Führung: Unruhige, schwierige Zeiten für die Krankenhäuser sind natürlich besonders herausfordernde Zeiten für deren Management. Kliniken mit hohen Defiziten, Strukturveränderungen durch Zentralisierung, Kooperationen, täglich notwendige Problemlösungen, Entscheidungen unter Druck – welche besonderen Herausforderungen sehen Sie für sich und ihre Kolleginnen und Kollegen im Management?

Dirk Köcher: Ja, es sind unruhige Zeiten, die uns viel abfordern und sicher auch noch einmal besondere Fähigkeiten, auch menschliche Fähigkeiten, erfordern. Wir agieren in einem Spannungsfeld von knappen Ressourcen, einer erheblichen Regelungsflut und der Lebenswirklichkeit. Dabei gibt es oft kein Richtig oder Falsch. Wir müssen in einem komplizierter gewordenen System entscheiden, dabei mit erheblicher Unsicherheit umgehen, Verantwortung tragen, auch wenn noch Risiken bestehen und vieles eben nicht eindeutig ist. Das lernt man nicht im Studium. Urteilkraft kommt auch aus Erfahrung. Damit meine ich nicht, dass dies vor allem eine Frage des Alters ist.

Wichtig ist aber immer, dass Entscheidungen erklärt werden, dass mögliche Risiken dabei mitgedacht werden, auf Unsicherheit und Alternativen hingewiesen wird, die es eventuell geben könnte. Dazu gehört auch, dass Irrtümer zugegeben werden. Fehler und Irrtümer wird es

Positiv stimmt mich aktuell die enorme Entwicklung in allen Anwendungsbereichen mit Künstlicher Intelligenz (KI). Auch wenn es hier sicherlich auch Risiken gibt, so ergeben sich für verschiedenste Bereiche neue Möglichkeiten, bisher manuelle Aufgaben zu digitalisieren und damit viel Zeit einzusparen. Dies wird auch in der Medizin enorme Freiräume schaffen, wenn Dokumentation, Kontrolle und Abgleiche automatisiert erfolgen bzw. unterstützt werden. Das Gleiche gilt für viele Bereiche in unseren Verwaltungen und bei Unterstützungsprozessen. Diese Chance sollten wir nutzen, um die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen und auch dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Und genau dies ist schließlich unsere Aufgabe als Management – Chancen erkennen, ergreifen und in die konkrete und praktische Umsetzung bringen – zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten und zum Wohle unserer Kliniken, die wir verantworten.

PB: Herr Köcher, vielen Dank für das Gespräch!



Vorgaben schaffen kein Personal – warum Krankenhäuser in Zeiten des Fachkräftemangels mehr Flexibilität statt neuer Bürokratie brauchen

PFLEGEBEDARF MUSS SICHTBAR UND FINANZIERBAR BLEIBEN,
OHNE DASS DARAUS EIN WEITERES BÜROKRATISCHES
STEUERUNGSRÉGIME ENTSTEHT



Prof. Dr. Henriette Neumeyer,
Stellvertretende Vorstandsvorsitzende der
Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung gehört zu den zentralen Aufgaben des Gesundheitswesens. Diese Aufgabe wird jedoch zunehmend durch einen sich verschärfenden Fachkräftemangel erschwert. Während die Krankenhäuser in Deutschland über viele Jahre hinweg erhebliche Anstrengungen unternommen haben, Personal zu gewinnen, auszubilden und langfristig zu binden, stoßen diese Bemühungen zunehmend an die Grenzen eines Arbeitsmarktes, der durch demografische Entwicklungen und einen intensiven Wettbewerb um qualifizierte Fachkräfte geprägt ist.

Fotos: DKG (unten), btiger – stock.adobe.com (oben)

Gleichzeitig stehen die Krankenhäuser vor weiteren tiefgreifenden Herausforderungen. Die wirtschaftliche Lage vieler Einrichtungen hat sich in den vergangenen Jahren erheblich verschlechtert. Steigende Personal- und Sachkosten, unzureichende Investitionsfinanzierung sowie erhebliche Belastungen durch gesetzliche Sparmaßnahmen führen dazu, dass ein Großteil der Krankenhäuser inzwischen wirtschaftlich unter starkem Druck steht. Hinzu kommen die Auswirkungen der Krankenhausreform, die mit umfassenden Strukturveränderungen verbunden ist und zusätzliche Anforderungen an Personal, Organisation und Dokumentation stellt. Die Vorbereitung auf Krisenereignisse wie Pandemien, Extremwetterlagen oder Cyberangriffe sowie die Stärkung der Resilienz erzeugen außerdem einen deutlichen Mehrbedarf an qualifiziertem Personal und zusätzlichen Ressourcen.

Vor diesem Hintergrund greift es zu kurz, auf immer neue Personalvorgaben zu setzen. Entscheidend ist vielmehr, ob das System unter veränderten Rahmenbedingungen die notwendige Flexibilität für eine zukunftsfähige Weiterentwicklung erhält.

Aktuelle Personalsituation in den Krankenhäusern

Die Beschäftigtenzahlen widerlegen die häufig geäußerte Annahme eines Personalabbaus in den Krankenhäusern.

Die Zahl der Krankenhausärztinnen und -ärzte ist seit dem Jahr 2000 um rund 78 Prozent gestiegen. Auch im Pflegedienst wurde insbesondere seit Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes ein deutlicher Personalzuwachs erreicht. Allein zwischen 2018 und 2024 kamen rund 116.000 zusätzliche Beschäftigte im Pflegedienst hinzu.

Die Krankenhäuser haben darüber hinaus ihre Ausbildungsanstrengungen ausgeweitet. Im Jahr 2024 wurden mehr als 58.000

Ausbildungsplätze neu besetzt. Gleichzeitig befanden sich über 95.000 Ärztinnen und Ärzte in der fachärztlichen Weiterbildung. Die Ausbildungszahlen erreichen damit historische Höchststände.

Trotz dieser positiven Entwicklungen existieren weiterhin erhebliche Schwierigkeiten bei der Besetzung offener Stellen. Besonders ausgeprägt ist dies bei Pflegefachkräften. Nach aktuellen Befragungen des Deutschen Krankenhausinstituts können Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen durchschnittlich rund 18 offene Stellen für Pflegefachkräfte auf Allgemeinstationen nicht besetzen.

Ursache hierfür ist weniger ein Mangel an Ausbildungsaktivitäten als vielmehr die demografische Entwicklung. Bereits heute ist knapp ein Viertel aller Krankenhausbeschäftigten 55 Jahre oder älter. Bis zum Jahr 2035 werden voraussichtlich mehr als 300.000 Beschäftigte altersbedingt aus den Krankenhäusern ausscheiden. Damit droht den Kliniken in den kommenden Jahren ein erheblicher Verlust an Erfahrung, Fachwissen und personellen Kapazitäten.

Hinzu kommt, dass sich die verfügbaren Arbeitszeitkapazitäten verändern. Fast die Hälfte aller Krankenhausbeschäftigten arbeitet inzwischen in Teilzeit oder geringfügiger Beschäftigung. Diese Entwicklung ist Ausdruck veränderter Arbeits- und Lebensmodelle. Sie bedeutet eine deutliche Reduktion tatsächlich verfügbarer Personalarressourcen. Gleichzeitig wird nun einer der Hauptanreize für den Personalaufbau in der Pflege – das Selbstkostendeckungsprinzip – wieder abgeschafft.

Die Personalsituation ist daher von einem grundlegenden Spannungsverhältnis geprägt: Einerseits investieren die Krankenhäuser erhebliche Ressourcen in Personalgewinnung und Ausbildung. Andererseits führen gesetzliche Änderungen, demografische Entwicklungen, Teilzeitquoten und Fachkräfteengpässe dazu, dass der Bedarf vielerorts nicht mehr vollständig gedeckt und refinanziert werden kann.

Aktuelle Gesetzgebung und politische Reformen als zusätzliche Herausforderung

In der aktuellen Diskussion über Deregulierung und Bürokratieabbau geht es darum, vorhandene Fachkräfte möglichst wirksam für die Patientenversorgung einzusetzen und unnötige Belastungen zu reduzieren. Gerade vor dem Hintergrund begrenzter Personalressourcen wird die Frage nach einer sachgerechten Balance zwischen Qualitätsanforderungen, Nachweispflichten und praktischer Umsetzbarkeit zu einer zentralen Zukunftsfrage der Krankenhausversorgung.

Während die Krankenhäuser mit den Folgen des Fachkräftemangels umgehen müssen, sind in den vergangenen Jahren zahlreiche neue regulatorische Anforderungen hinzugekommen. Besonders prägend waren die Einführung und Weiterentwicklung verschiedener Personalbemessungs- und Nachweisinstrumente.

„WÄHREND DIE KRANKENHÄUSER MIT DEN FOLGEN DES FACHKRÄFTEMANGELS UMGEHEN MÜSSEN, SIND IN DEN VERGANGENEN JAHREN ZAHLREICHE NEUE REGULATORISCHE ANFORDERUNGEN HINZUGEKOMMEN. BESONDERS PRÄGEND WAREN DIE EINFÜHRUNG UND WEITERENTWICKLUNG VERSCHIEDENER PERSONALBEMESSUNGS- UND NACHWEISINSTRUMENTE.“

Zu nennen sind insbesondere die Pflegepersonaluntergrenzen, die Pflegepersonalbemessung und die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie sowie weitere Vorgaben im Zusammenhang mit Strukturprüfungen und Qualitätssicherung, etwa durch Struktur-OPS-Codes. Hinzu kommen die mit der Krankenhausreform verbundenen Personalanforderungen innerhalb der Leistungsgruppen.

Gemeinsames Merkmal vieler dieser Regelungen ist ihr hoher Dokumentations- und Nachweisaufwand. Die eigentliche

Personalsteuerung wird dadurch zunehmend von umfangreichen Melde-, Prüf- und Berichtspflichten begleitet. Dadurch entstand die paradoxe Situation, dass Personalinstrumente, die eigentlich der Verbesserung der Versorgung dienen sollen, selbst zusätzliche und dringend benötigte Personalressourcen binden.

Die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz und den nachfolgenden Anpassungsgesetzen eingeleitete Krankenhausreform stellt die umfassendste Veränderung der stationären Versorgungsstrukturen seit Einführung des DRG-Systems dar. Ziel der Reform ist eine stärkere Spezialisierung der Krankenhäuser, eine verbesserte Qualität der Versorgung sowie eine stärkere Konzentration komplexer Leistungen auf entsprechend ausgestattete Standorte. Grundsätzlich ist es erstrebenswert, Versorgungsstrukturen weiterzuentwickeln und die Qualität der Patientenversorgung zu stärken. Gleichzeitig führt die konkrete Ausgestaltung der Reform zu erheblichen Herausforderungen für die Personalplanung und Personalentwicklung.

Besonders relevant sind hierbei die neuen Leistungsgruppen mit ihren umfangreichen Struktur- und Personalanforderungen. Krankenhäuser müssen künftig nachweisen, dass bestimmte personelle, apparative und organisatorische Voraussetzungen erfüllt

werden, um einzelne Leistungen weiterhin erbringen zu dürfen. Dies betrifft nicht nur die Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten, sondern auch weitere Berufsgruppen und organisatorische Rahmenbedingungen.

Hinzu kommt, dass die Krankenhausreform nicht isoliert betrachtet werden kann. Leistungen werden zunehmend ambulant erbracht, Hybrid-DRG-Strukturen ausgebaut und sektorenübergreifende Versorgungsformen weiterentwickelt. Diese Veränderungen sind grundsätzlich sinnvoll und medizinisch vielfach geboten. Sie führen jedoch dazu, dass sich die Nachfrage

nach Personal innerhalb des Gesundheitswesens verschiebt und neue Anforderungen an Qualifikationen und Einsatzbereiche entstehen.

Auch die Ausbildung bleibt von diesen Veränderungen nicht unberührt. Krankenhäuser müssen bereits heute entscheiden, welche Leistungsbereiche künftig fortgeführt, erweitert oder möglicherweise aufgegeben werden. Diese Entscheidungen beeinflussen unmittelbar die Zahl und Ausrichtung von Weiterbildungsstellen, die Attraktivität einzelner Fachgebiete sowie die Möglichkeiten zur praktischen Ausbildung von Nachwuchskräften. Dies betrifft sämtliche Gesundheitsberufe.

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz folgt nun im Bereich des Pflegebudgets ein grundlegender Systemwechsel. An die Stelle des bisherigen Selbstkostendeckungsprinzips soll ab 2027 ein gedeckeltes Budget treten, das sich im Wesentlichen am Vorjahresniveau orientiert. Das Pflegebudget soll zwar erhalten bleiben, aber künftig höchstens noch mit der Grundlohnrate wachsen können. Dabei soll die Grundlohnrate in den Jahren 2027 bis 2029 um 1 %-Punkt vermindert in die Kalkulationen eingehen. Die pauschale Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen in Höhe von 2,5% des Pflegebudgets soll entfallen. Außerdem wird nun die im Jahr 2024 eingeführte vollständige Tariffinanzierung aller Berufsgruppen im Krankenhaus wieder gestrichen. Damit werden tatsächliche Mehrbedarfe – etwa durch Tarifsteigerungen, veränderte Versorgungsaufträge oder die Konzentration von Leistungen infolge der Krankenhausreform – nur noch unzureichend berücksichtigt.

Für die Krankenhäuser entsteht ein asymmetrischer Mechanismus, bei dem Minderkosten budgetmindernd wirken, tatsächliche Mehrkosten aber nur begrenzt berücksichtigt werden. Krankenhäuser geraten unter Druck, ihre Pflegebudgets möglichst nicht auszuschoöpfen, obwohl gleichzeitig steigende

” PFLEGE MUSS IM FINANZIERUNGSSYSTEM SICHTBAR SEIN. PFLEGEBEDARF DARF NICHT UNSICHTBAR BLEIBEN UND AUCH NICHT PAUSCHAL IN HISTORISCH GEWACHSENEN BUDGETS VERSCHWINDEN. SICHTBARKEIT DARF JEDOCH NICHT AUTOMATISCH VERRECHTLICHUNG, KODIERUNG UND ZUSÄTZLICHE PRÜFVERFAHREN BEDEUTEN.“

Anforderungen an Personal und Versorgungsqualität bestehen. Die geplante Finanzierung steht damit im Widerspruch zu den Zielen der Krankenhausreform, die eine bedarfsgerechte Verteilung von Leistungen und Personal fördern soll. Es ist eine deutliche Gegenbewegung zu den erfolgreichen Maßnahmen des Personalaufbaus aus den letzten beiden Legislaturperioden zu erwarten.

Auch im Bereich der Personalbemessung sind ambivalente Entwicklungen zu beobachten. Anstelle der bisherigen Pflegepersonalbemessung durch die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) und die PPR 2.0 tritt nun eine Generalnorm in Verbindung mit PpUG, die die Krankenhäuser verpflichtet, eine bedarfsgerechte Personalausstattung in Bereichen der unmittelbaren Patientenversorgung im Krankenhaus sicherzustellen.

Diese Grundidee, Krankenhäuser für eine bedarfsgerechte Personalausstattung in die Verantwortung zu nehmen und ihnen gleichzeitig den Freiraum zu gewähren, dies nach der aktuellen Situation und den aktuellen Rahmenbedingungen bestmöglich auszugestalten, lässt etwas erkennen, dessen es im Gesundheitswesen dringend bedarf: eine Rückkehr zu verantwortungsvoller Flexibilität. Dazu würden auch Pflegepersonaluntergrenzen keinen direkten Widerspruch bilden, würden sie auf das gesamte Krankenhaus ausgerichtet.

Die nun verabschiedete Generalnorm wird jedoch konterkariert durch Pflegepersonaluntergrenzen, die weiterhin stations- und schichtbezogen ausgestaltet sind und die durch die Generalnorm formulierte Flexibilität negieren.

Sinnvoller wäre hier sicherlich eine Orientierung an der PPR 2.0, dem bislang einzigen pflegewissenschaftlichen Personalbemessungsinstrument. Hier wäre Flexibilität durch Korridorlösungen zu erzeugen. Nun verabschiedet sich die Politik mit Abschaffung der PPR 2.0 unter dem Deckmantel der Entbürokratisierung davon, den vollständigen Pflegebedarf zu vergüten. Stattdessen gefährdet das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz rund 140.000 Arbeitsplätze in deutschen Krankenhäusern bzw. jede zehnte Klinik-Stelle, wie eine Berechnung des hcb-Instituts ergab.

Einerseits ist es nachvollziehbar, Krankenhäuser von einer täglichen, hochaufwändigen Dokumentation zu entlasten, wenn diese Dokumentation perspektivisch keine klare Steuerungs- oder Finanzierungswirkung mehr entfaltet. Andererseits würde mit der PPR 2.0 das bislang einzige bundesweit eingeführte, pflegewissenschaftlich begründete Instrument zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs aus dem verbindlichen Regelungsrahmen herausgenommen.

Die Reduzierung von Dokumentationspflichten ist richtig und notwendig. Sie beantwortet aber nicht automatisch die Frage, wie Pflegebedarf künftig sachgerecht, dynamisch und nachvollziehbar abgebildet wird. Wenn die PPR als Grundlage eines bedarfsorientierten Pflegebudgets wegfällt, darf die Antwort nicht darin bestehen, an anderer Stelle ein neues, noch komplexeres Abrechnungs- und Prüfungssystem für Pflege entstehen zu lassen.

Pflege muss im Finanzierungssystem sichtbar sein. Pflegebedarf darf nicht unsichtbar bleiben und auch nicht pauschal in historisch gewachsenen Budgets verschwinden. Sichtbarkeit darf jedoch nicht automatisch Verrechtlichung, Kodierung und zusätzliche

Prüfverfahren bedeuten. Gerade in Zeiten des Fachkräftemangels braucht es kein weiteres Nebensystem, das Pflegeleistungen in abrechnungsfähige Einzel- oder Fallogiken zerlegt. Benötigt wird vielmehr ein schlankes, nachvollziehbares und bedarfsorientiertes Modell, das Pflege stärkt, ohne Pflegekräfte und Krankenhausverwaltung in weitere Dokumentationsschleifen zu ziehen.

Zusätzliche Unsicherheit bei der langfristigen Personalplanung ist die Folge. Aktuell führt dies bei einigen Kliniken, z. B. der Charité, zur Kündigung von Entlastungstarifverträgen. Während die Gewinnung qualifizierter Fachkräfte bereits heute schwierig ist, müssen gleichzeitig zukünftige Anforderungen erfüllt werden, deren konkrete Auswirkungen vielfach noch nicht abschließend absehbar sind. Besonders betroffen sind kleinere und mittlere Standorte sowie Krankenhäuser in ländlichen Regionen, die bereits heute in besonderem Maße unter einem angespannten Arbeitsmarkt leiden.

Den bisher unter zahlreichen Anstrengungen erzielten Personalaufbau so massiv zu gefährden, erscheint wenig zukunftsgerichtet. Personal kann nicht kurzfristig geschaffen werden. Die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen oder spezialisierten Gesundheitsberufen erfordert viele Jahre.

Die Finanzierung des Pflegepersonals muss künftig konsequent an den tatsächlichen Versorgungsbedarfen ausgerichtet werden. Wie ein derartiges sinnvolles Pflegekostenfinanzierungsmodell unter den neuen Rahmenbedingungen aussehen kann, bleibt nun zu prüfen.

Diese Entwicklung zeigt exemplarisch, worum es bei der Debatte über Personalvorgaben im

„ATTRAKTIVERE RAHMENBEDINGUNGEN IM PFLEGEGERUF KÖNNEN DEN FACHKRÄFTEMANGEL WIRKSAM REDUZIEREN. DAZU ZÄHLEN EIN AKTIVER BÜROKRATIEABBAU, DIE EINFÜHRUNG BEZIEHUNGSWEISE WEITERENTWICKLUNG VON PFLEGEKOMPETENZEN, NEUE KARRIEREWEGE UND MASSNAHMEN ZUR BESSEREN VEREINBARKEIT VON FAMILIE UND BERUF.“

“

Kern geht. Personalvorgaben können Mindeststandards sichern, Patientinnen und Patienten schützen und Beschäftigte entlasten, wenn sie realistisch, zielgenau und praktikabel ausgestaltet sind. Problematisch werden sie dort, wo sie bestehende Strukturen unabhängig von der tatsächlichen Fachkräfteverfügbarkeit verfestigen oder mit immer neuen Melde-, Prüf- und Sanktionsmechanismen verbunden werden. Flexibilität entsteht nicht dadurch, dass ein Instrument gestrichen wird, an anderer Stelle aber neue Doppelregelungen aufgebaut werden.

Entscheidend ist, dass Pflegebedarf sichtbar und finanzierbar bleibt, ohne dass daraus ein weiteres bürokratisches Steuerungsregime entsteht.

Die berechtigten Qualitätsziele der Krankenhausreform müssen mit den tatsächlichen Möglichkeiten des Arbeitsmarktes und der Finanzierbarkeit in Einklang gebracht werden. Andernfalls droht die Situation, dass Patienten und Patientinnen eine Leistung nicht erhalten, nicht weil die Kompetenz vor Ort nicht vorhanden wäre, sondern weil einzelne formale Details einer Personalanforderung nicht erfüllt werden können. Dies betrifft Krankenhäuser jeglicher Größenordnung.

Personalmangel und Arbeitsbelastung

Der Zusammenhang zwischen Personalmangel, Arbeitsbelastung und Versorgungsangebot ist in den Krankenhäusern täglich spürbar. Wo Stellen unbesetzt bleiben, steigt die Belastung der vorhandenen Teams. Wo Belastung steigt, sinken Bindungskraft und Attraktivität. Wo Bindungskraft sinkt, verschärft sich der Mangel weiter. Dieser Kreislauf lässt sich nicht durch immer neue Vorgaben durchbrechen.

Wenn regulatorische Vorgaben jedoch vor allem an historisch gewachsene Berufs- und Abteilungsgrenzen anknüpfen, verhindern sie genau diese Entwicklung. Dann werden Aufgaben nicht dort erledigt, wo sie mit Blick auf Kompetenz, Wirtschaftlichkeit und Praxisnähe

sinnvoll angesiedelt wären, sondern dort, wo das Regelwerk sie traditionell verortet. Das ist weder modern noch nachhaltig.



Attraktivere Rahmenbedingungen im Pflegeberuf können den Fachkräftemangel wirksam reduzieren. Dazu zählen ein aktiver Bürokratieabbau, die Einführung beziehungsweise Weiterentwicklung von Pflegekompetenzen, neue Karrierewege und Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Für die Krankenhäuser bedeutet das: Attraktivität entsteht nicht durch Appelle, sondern durch gestaltbare Arbeitsrealität. Dazu gehören sinnvolle Aufgabenverteilung, Kompetenzorientierung, Verlässlichkeit in Dienst- und Entwicklungsplanung, entbürokratisierte Prozesse und eine Weiterbildung, die erreichbar statt abschreckend wirkt. Genau deshalb ist die Debatte um Fachkräftesicherung untrennbar mit der Debatte um flexiblere Strukturen verbunden.

Wo Personal ohnehin knapp ist, steigen die Anforderungen an Flexibilität, kurzfristige Disposition und kluge Priorisierung. Wenn gleichzeitig hochdifferenzierte Nachweisstrukturen eingehalten werden müssen, erhöht sich der

Aufwand ausgerechnet in den Bereichen, die personell am wenigsten Reserven haben. Das zentrale Problem liegt deshalb nicht in der Existenz von Personalvorgaben, sondern in ihrer konkreten Ausgestaltung. Je kleinteiliger und sanktionsnäher sie organisiert sind, desto größer ist das Risiko, dass sie in der Praxis vor allem zusätzlichen Steuerungs- und Dokumentationsaufwand erzeugen, anstatt die Versorgung tatsächlich zu stabilisieren.

So muss beispielsweise jedes Krankenhaus mit psychiatrischer und / oder psychosomatischer Versorgung im Wesentlichen dasselbe Personal vorhalten. Raum für individuelle Behandlungspläne, Therapiesettings oder Patientenbedarfe gibt es kaum.

Genau an diesem Punkt bietet der Ganzhausansatz einen überzeugenden Lösungsweg. Statt die Erfüllung von Pflegepersonaluntergrenzen ausschließlich auf Ebene einzelner Stationen oder Schichten zu betrachten, sollte die Gesamtverantwortung des Krankenhauses stärker in den Blick genommen werden. Ein Krankenhaus ist kein Nebeneinander getrennter Meldeeinheiten, sondern ein integriertes Versorgungssystem, in dem personelle Ressourcen laufend neu austariert werden müssen. Der Ganzhausansatz trägt dieser Realität Rechnung, weil er nicht nur auf formale Einzelerfüllung abstellt, sondern auf die tatsächliche Steuerungsfähigkeit des Hauses insgesamt.

Ein solcher Ansatz hat mehrere Vorteile:

Erstens bildet er die betriebliche Wirklichkeit besser ab und schafft damit auch gerechtere Maßstäbe für die Beurteilung personeller Leistungsfähigkeit.

Zweitens trägt er dazu bei, kurzfristige Schwankungen, Ausfälle und atypische Belastungssituationen realistischer zu berücksichtigen.

Drittens kann er Doppelstrukturen und redundante Meldelogiken reduzieren und so wertvolle Ressourcen aus bürokratischen Prozessen zurück in die Versorgung lenken.

Viertens verankert er Verantwortung wieder stärker dort, wo sie praktisch getragen wird: in der Gesamtsteuerung des Krankenhauses und nicht in der isolierten Betrachtung einzelner formaler Nachweissituationen.

Für die Krankenhauspraxis ist das von zentraler Bedeutung. Denn die entscheidende Frage lautet nicht, wie sich Mangel immer präziser dokumentieren lässt, sondern wie unter knappen personellen Bedingungen Versorgung verlässlich organisiert werden kann.

Die Pflegepersonaluntergrenzen sollten daher zu einem Gesamthausansatz weiterentwickelt werden. Die Untergrenzen sind dabei auch auf ihre Angemessenheit zu prüfen. So entsprechen die Untergrenzen für den pflegesensitiven Bereich der Intensivmedizin de facto der Empfehlung der Fachgesellschaften und sind daher außergewöhnlich hoch. Zudem bedarf es einer angemessenen Berücksichtigung der Hybrid-DRG-Fälle. Derzeit zählen diese grundsätzlich genauso zur Patientenzahl nach PpUG wie stationäre Patienten, obwohl die Hybrid-DRG-Fälle tendenziell einen niedrigeren Personalbedarf ausweisen dürften. Im Rahmen der Pflegepersonalbedarfsermittlung (PPR 2.0) z. B. wurde vom Verordnungsgeber dahingehend reagiert, indem die Hybrid-DRG-Fälle dort nur zur Hälfte bei der SOLL-Pflegepersonalausstattung zählen. Dies bleibt nun auch für die PpUG zu regeln.

Folgen für Aus-, Fort- und Weiterbildung

Besonders sichtbar werden die Widersprüche des gegenwärtigen Umbaus im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Gerade in Zeiten des Fachkräftemangels müssten Weiterbildungskapazitäten stabilisiert, ausgebaut und organisatorisch erleichtert werden. Tatsächlich wächst jedoch in vielen Bereichen die Komplexität.

Bereits heute sorgt z.B. die Kinderonkologie-Richtlinie (KiOn-RL) des G-BA für ein engmaschiges, kleinteiliges Qualifikations- und Besetzungsregime in Zentren. Sie regelt nicht nur

Berufsabschlüsse und Weiterbildungen, sondern auch Einsatzstunden, Stichtage, Anteilsgrenzen und die Mindestbesetzung jeder einzelnen Schicht. Nach aktueller Fassung der KiOn-RL wird die fachliche Expertise von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern mit langjähriger Berufserfahrung in der Onkologie nicht mehr anerkannt. Dieser Berufsgruppe ist es also nicht mehr möglich, sich (nach) zu qualifizieren und die Anforderung zu erfüllen. Ein Einsatz in der pädiatrischen Onkologie ist somit ausgeschlossen. Berufserfahrene Gesundheits- und Krankenpfleger:innen im Fachgebiet der Onkologie ohne Erfahrung in der Pädiatrie im vorgegebenen Zeitraum werden schlechter gestellt als Berufsanfänger:innen mit der generalistischen Ausbildung.

In großem Stil wird die Einführung der bundeseinheitlichen Leistungsgruppen die frühere Orientierung der Weiterbildung an der gesamten Fachabteilung ablösen und die Weiterbildungsrealität an vielen Standorten grundlegend verändern. Es besteht die Gefahr eines Verlusts an Weiterbildungsbreite, insbesondere an kleineren Häusern, wenn spezialisierte Leistungen an Zentren verlagert werden und dort die Weiterbildungskapazitäten zum Flaschenhals werden.

Damit zeigt sich ein Grundkonflikt der Krankenhausreform: Was aus Versorgungs- und Qualitätsgründen konzentriert wird, kann aus Weiterbildungssicht zu Verknappungen führen. Nicht jeder Standort wird das gesamte Spektrum der im Logbuch geforderten Inhalte vermitteln können. Weiterbildung muss sich daher stärker über Verbünde, Rotationen und abgestimmte Kooperationen organisieren. Genau das erhöht aber den organisatorischen Aufwand erheblich. Rotationen führen derzeit zu erheblichem bürokratischem Aufwand und rechtlichen Risiken, etwa durch fortwährend notwendige Neueinstellungen sowie Fragen der Arbeitnehmerüberlassung.

Weiterbildungsverbünde sind damit nicht mehr nur ein sinnvolles Organisationsinstrument,

„DAMIT ZEIGT SICH EIN GRUNDKONFLIKT DER KRAKENHAUSREFORM: WAS AUS VERSORGUNGS- UND QUALITÄTSGRÜNDEN KONZENTRIERT WIRD, KANN AUS WEITERBILDUNGSSICHT ZU VERKNAPPUNGEN FÜHREN.“

sondern vielerorts eine strukturelle Notwendigkeit. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung werden künftig voraussichtlich zwischen Grundversorgern, sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und Schwerpunktversorgern wechseln müssen, um das gesamte Kompetenzspektrum zu erwerben. Offen ist jedoch vielfach, wer solche Verbünde organisatorisch trägt, wie Anerkennungsfragen gelöst werden, wie der Mehraufwand finanziert wird und wie zusätzliche Bürokratie vermieden werden kann. Die Beachtung der Vorschriften des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes (AÜG) führt zudem in der Praxis zu erheblichem bürokratischem und finanziellem Aufwand. Es bedarf daher dringend einer gesetzlichen Klarstellung, dass Weiterbildung nicht unter den Geltungsbereich des AÜG fällt.

Hinzu kommt, dass sich die Grundlage der Weiterbildungsbefugnisse verschiebt. Künftig kann ein Krankenhaus nur noch das vermitteln, was es innerhalb seiner zugewiesenen Leistungsgruppen tatsächlich erbringen und abrechnen darf. Daraus entsteht Anpassungsbedarf bei den Landesärztekammern, die bestehende Befugnisse an die neue Struktur anpassen müssen. Diese Umstellung birgt das Risiko erheblicher Verwerfungen in etablierten Weiterbildungspfaden.

Auch die Finanzierung der Weiterbildung bleibt ein neuralgischer Punkt. Weiterbildung bindet zusätzliche Personalressourcen, verursacht Koordinierungsaufwand und ist im Alltag nicht kostenneutral zu organisieren. Gleichzeitig fehlen insbesondere für ambulante Leistungen am Krankenhaus vielfach tragfähige Finanzierungsmechanismen, obwohl die Ambulantisierung weiter zunehmen wird. Gerade dort, wo stationäre und ambulante Versorgung stärker zusammenrücken sollen, zeigt sich damit ein klassisches Reformparadox: Es werden neue Versorgungsrealitäten

politisch gewollt, während die Qualifizierungs- und Finanzierungslogik in einer Form belassen wird, die diese neuen Realitäten verhindert oder zumindest deutlich erschwert.

Weiterbildung darf in Zeiten des Fachkräftemangels nicht als Nebenaufgabe behandelt werden; sie ist Teil der Versorgungsstrategie selbst.

Fazit und Ausblick

Daraus ergibt sich ein klarer Handlungsauftrag:

Erstens braucht das System mehr regulatorische Flexibilität. Ergebnisqualität ist wichtig, aber der Weg dorthin darf nicht überholte Strukturmodelle festschreiben.

Zweitens ist konsequente Entbürokratisierung erforderlich. Bürokratieabbau ist keine Komfortforderung, sondern unmittelbare Personalpolitik, weil er Zeit zurück in Versorgung, Führung und Qualifizierung überführt.

Drittens müssen neue Kompetenz- und Rollenmodelle ermöglicht werden. Klaren Kompetenzen, beruflicher Anschlussfähigkeit, neuen Karrierewegen und sinnvoller Arbeitsteilung in der Pflege kommt eine wesentliche Bedeutung zu. Diese Ansätze müssen in der Praxis so ausgestaltet werden, dass sie den Einsatz knapper Fachkräfte verbessern, ohne neue Überregulierung zu erzeugen.

Viertens muss Weiterbildung strukturell abgesichert werden. Das betrifft die Organisation von Verbünden, die Anerkennung von Rotationen, die Anpassung von Befugnissen, die Finanzierung zusätzlicher Aufwände und die sektorenübergreifende Anschlussfähigkeit von Weiterbildungswegen. Weiterbildung darf nicht zum Kollateralschaden des Strukturwandels werden.

Fünftens müssen Reformen die tatsächliche Personalverfügbarkeit realistischer

einbeziehen. Es ist nicht ausreichend, Strukturveränderungen zu beschließen und stillschweigend anzunehmen, dass Personal sich in der gewünschten Geschwindigkeit, Menge und Qualifikationsstruktur anpasst. Wer Versorgungsangebote neu ordnet, muss Personalentwicklung, Weiterbildung und Übergangslasten von Anfang an mitdenken.

Die Krankenhäuser in Deutschland stehen vor einer doppelten Herausforderung. Einerseits müssen sie die Versorgung einer alternden Bevölkerung unter zunehmend komplexen medizinischen Rahmenbedingungen sicherstellen. Andererseits sehen sie sich mit einem strukturellen Fachkräftemangel konfrontiert, der sich durch die bevorstehende Verrentung großer Beschäftigtengruppen und die zunehmende Alterung der Gesellschaft in den kommenden Jahren weiter verschärfen wird. Die Entwicklungen der vergangenen Jahre zeigen, dass die Krankenhäuser ihre Verantwortung wahrgenommen haben. Die Zahl der Beschäftigten wurde deutlich erhöht, die Ausbildungsleistungen wurden ausgeweitet und erhebliche Anstrengungen zur Gewinnung und Bindung von Fachkräften unternommen. Die Grenzen des Systems liegen heute daher weniger in einer fehlenden Bereitschaft zum Personalaufbau als vielmehr in den begrenzten Kapazitäten des Arbeitsmarktes.

Vor diesem Hintergrund müssen sich auch die gesundheitspolitischen Strategien weiterentwickeln. Die anstehenden Strukturveränderungen, Leistungsverlagerungen und Spezialisierungsprozesse werden nur dann erfolgreich umgesetzt werden können, wenn ausreichend Handlungsspielräume für regionale und krankenhausindividuelle Lösungen bestehen. Starre Vorgaben erschweren notwendige Anpassungsprozesse und können sogar zu Versorgungseinschränkungen beitragen.



Flächendeckende Versorgung oder Versorgungsnetz mit immer mehr Löchern?

DIE WICHTIGE GESUNDHEITSVERSORGUNG FÜR DIE BÜRGER IST
AUCH EINE FRAGE DES VERTRAUENS IN DIE POLITIK



**Dr. Jens-Uwe Schreck, Geschäftsführer des
Verbandes des Klinikmanagements
Deutschlands (VKD)**

Der VKD sieht die auf dem Solidarprinzip beruhende flächendeckende Gesundheitsversorgung als einen Teil der zweifellos für alle Bürger wesentlichen Daseinsvorsorge. Leider wurden

in den vergangenen Jahren mehr und mehr Lücken in diese Versorgung gerissen, so dass nicht nur der VKD immer wieder auf diese kalten Strukturveränderungen hinweisen musste. Inzwischen ist die gesetzlich festgelegte Regelversorgung in der Fläche vielfach nicht mehr vorhanden oder hochgradig gefährdet.

Krankenhausgesetze der vergangenen Jahre sollten immer, so die Bundesregierung, diese Versorgung sichern und verbessern. Stattdessen stecken inzwischen zwei Drittel der Krankenhäuser in oft tiefroten Zahlen. Insolvenzen, Klinikschließungen und Schließung oder temporäre Abmeldung von Abteilungen und Notaufnahmen sind die inzwischen unübersehbaren Folgen.

Die Zahlen zeigen das deutlich:

Nur noch sechs Prozent der für das aktuelle Krankenhaus-Barometer des DKI befragten

Häuser beurteilten ihre wirtschaftliche Lage als eher gut. Nur 13 Prozent äußerten die Erwartung, dass sich ihre wirtschaftliche Situation in diesem Jahr bessern werde. Im Jahr 2024 haben 66 Prozent der Krankenhäuser Verluste geschrieben. Die Zahl der Häuser mit einem Jahresfehlbetrag stieg damit nochmals um fünf Prozent im Vergleich zu 2023. Es wird also stetig dramatischer, zumal die anstehenden strukturellen Veränderungen durch die im Januar 2025 in wesentlichen Teilen in Kraft getretene Krankenhausreform für zusätzliche Unsicherheit sorgen. So klagten 90 Prozent der Befragten über fehlende Planungssicherheit. Die Folge: Investitionen in die Infrastruktur, Veränderungen oder betriebliche Organisation wurden oder werden vielfach zurückgestellt.

Historischer Tiefpunkt

Die Ergebnisse der repräsentativen Befragung zeigten einen historischen Tiefpunkt seit Einführung des DRG-Systems vor mehr als 20 Jahren, so der Kommentar von Dr. Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Aktuell würden 80 Prozent der Kliniken rote Zahlen schreiben. Ein Drittel der Häuser in Deutschland seien inzwischen von Insolvenz bedroht.

Die strukturelle Unterfinanzierung der Häuser besteht also fort. Zudem lassen immer weitere sanktionsbewehrte Anforderungen vor allem im Personalbereich die Kosten steigen. Natürlich sind die Krankenhäuser auch von der herrschenden Inflation und den steigenden Energiekosten betroffen. Zu schweigen vom extrem zeitraubenden Thema Bürokratie.

Komplexität wird nicht beachtet

Der Eindruck verstärkt sich immer mehr, dass die Komplexität der Gesundheitsversorgung in der Bundespolitik nicht wirklich verstanden wird. Krankenhäuser sind für die Aus- und Fortbildung von Pflegenden und Ärzten zuständig, bilden aber auch Menschen in anderen

Berufen aus. Angedockt sind gerade in der Fläche Rettungsdienste, sie sind Standorte für Rettungshubschrauber – und dies nicht nur bei Maximalversorgern. Kliniken sind Träger von Medizinischen Versorgungszentren oder Arztpraxen. Gerade freigemeinnützige und christliche Kliniken betreiben besonders häufig Pflegeheime und viele soziale Projekte. Schließen sie, hat das Auswirkungen auf alle diese Leistungen. Gleichzeitig ist die politisch auch gewollte Trägervielfalt damit in Gefahr.

Nicht vergessen werden dürfen hier aber auch die engen Wechselwirkungen mit dem Bereich der niedergelassenen Haus- und Fachärzte. Auch hier hat das einst flächendeckende Netz erhebliche Lücken, die durch Krankenhäuser kompensiert werden müssen.

Wie sieht die Politik die Situation – und was tut sie dagegen?

Der Begriff flächendeckende Versorgung wird im Grunde den Bedingungen angepasst, also quasi umgedeutet. Politisch sieht man sich auf gutem Weg. „Für eine gute und flächendeckende Gesundheitsversorgung wurden in 2025 wichtige Weichen gestellt. 2026 wird dieser Weg konsequent fortgesetzt!“ heißt es auf der Webseite des Bundesgesundheitsministeriums. So müssten Gesundheit und Pflege finanzierbar bleiben, Einnahmen und Ausgaben würden in ein Gleichgewicht gebracht. Unnötige Bürokratie werde abgeschafft. Kompetenzen von Beschäftigten in Pflege, Apotheken und anderen Gesundheitsberufen sollen besser genutzt werden.

Werden die aktuellen Reformgesetze die Lage verbessern? Grundsätzlich ist eine Strukturreform zur Sicherung der flächendeckenden Gesundheitsversorgung notwendig. Das wird auch in den Krankenhäusern so gesehen. Inzwischen gibt es mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und dem anschließenden Reform-Anpassungsgesetz (KHAG) Gesetze, die Strukturveränderungen anstoßen und notwendige Veränderungen bewirken sollen. Was deren Umsetzung betrifft,

Gesetzlich garantierte Regelversorgung

Die flächendeckende Gesundheitsversorgung ist die gesetzlich garantierte Regelversorgung für krankenversicherte Bürger. Sie sollte dem allgemein anerkannten Stand der Medizin entsprechen, ausreichend sein und wirtschaftlich erbracht werden. Basis der Regelversorgung ist das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches – die Paragraphen 2 und 12.

Leistungen, die in der Regelversorgung erbracht werden – oder erbracht werden sollten – betreffen neben den stationären Behandlungen durch die Krankenhäuser ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, Prävention, Früherkennung und verordnete Rehabilitation, Rettungsdienste, Hebammen, auch die verordnungsfähigen Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel.

Damit wird ein Mindestanspruch an sichere, bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in hoher Qualität und wirtschaftlich erbrachte medizinische Versorgung definiert. Diese Grund- und auch Notfallversorgung muss zudem geografisch erreichbar und für jeden versicherten Bürger zugänglich sein.

sind einige wichtige Regelungen aus dem KHVG aus Sicht der Praxis, aber auch der Bundesländer allerdings kontraproduktiv. Auch das KHAG hat diese Regelungen leider nicht geändert, so dass der Bundesrat es nur mit begleitenden Protokollerklärungen passieren ließ. Die Erfahrungen und die Kritik der Praktiker waren in den Gesetzgebungsprozessen leider nicht ernsthaft gefragt.

Beide Gesetze werden daher vorerst nicht zu einer „Reparatur“ der löchrigen flächendeckenden Gesundheitsversorgung beitragen. Ihre Umsetzung wird nicht nur etliche Jahre brauchen, wenn sie überhaupt gelingt, ohne dass Korrekturen erfolgen. Die angestrebten neuen Strukturen, wie die Zentralkliniken, die vorgesehen oder in Planung sind, regionale Versorgungszentren, die Umwandlung von kleinen Häusern in Level 1i-Strukturen etc., entstehen ja nicht über Nacht. Bis dahin werden weitere Krankenhäuser aus der Versorgung ungesteuert und ungeplant ausscheiden. Dazu werden dann auch folgende Gesetze beitragen, wie das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, das die Kliniken weiter wirtschaftlich erheblich schwächt.

„DIE ERFAHRUNGEN UND DIE KRITIK DER PRAKTIKER WAREN IN DEN GESETZGEBUNGSPROZESSEN LEIDER NICHT ERNSTHAFT GEFRAGT.“

Auch die niedergelassenen Ärzte sind davon betroffen. Dr. Andreas Gassen, Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, rechnete in einer gemeinsamen Pressekonferenz mit der DKG zum GKV-Stabilisierungsgesetz damit, dass viele Ärzte, die das Pensionsalter bereits erreicht haben und bisher dennoch weiter ihre Praxen betrieben, nun schließen, andere die Sprechzeiten verkürzen würden. Der Versorgungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante Versorgung, den sie heute bereits nur unzureichend erfüllen können, wird dennoch mit der Reform der Notfallversorgung zusätzlich erweitert. Diese Lücken werden auch die Kliniken dann nicht mehr kompensieren können. Dies wiederum wird sich auf die Umsetzung der dringend notwendigen Reform der ambulanten Notfallversorgung, die ebenfalls flächendeckend geplant ist, auswirken.

Was sind die Gründe für die aktuelle Lage?

Das aktuelle Finanzierungssystem mit Fallpauschalen deckte von Beginn an nicht die tatsächlichen Behandlungskosten ab. Gleichzeitig blieben die Investitionskosten, die per Gesetz von den Ländern zu tragen sind, regelmäßig zu niedrig. Das DRG-System gilt seit längerem als reformbedürftig. Zu den im Finanzierungssystem bereits angelegten Kosten kommen zahlreiche weitere, die aus ständig neuen politisch induzierten Regelungen sowie aus einer stetig anwachsenden Bürokratielast resultieren. Hinzu kommen gerade in kleineren Häusern in der Fläche Belegungsrückgänge, die nur durch zusätzliche staatliche Eingriffe der Länder für versorgungsnotwendige Häuser die Versorgung sichern sollen. Folgen für die flächendeckende Versorgung hat aber auch der Fachkräftemangel. In Kombination mit dem erheblichen Teil teils sinnloser bürokratischer Vorgaben und Dokumentationen, der auch dadurch ausgelöst immer stärkeren Teilzeitarbeit in der Pflege, aber auch bei den Ärzten. Die Schwierigkeit, gerade in ländlichen Regionen Personal zu finden, kommt hinzu.

Sind 1000 Kliniken, oder noch weniger, genug?

Woraus ergibt sich, wie viele Kliniken schließlich für eine flächendeckende Gesundheitsversorgung ausreichen? Der ehemalige G-BA-Vorsitzende Josef Hecken hat sich bereits entsprechend geäußert, dass aus seiner Sicht 1000 Krankenhäuser ausreichend seien. Davon, dass Krankenhäuser geschlossen werden, ging die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Nina Warken, aber auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft aus. Aber werden es dann tatsächlich die Häuser unter diesen 1000 sein, die für eine flächendeckende Versorgung unabdingbar sind?

„DER EINDRUCK VERSTÄRKT SICH IMMER MEHR, DASS DIE KOMPLEXITÄT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DER BUNDESPOLITIK NICHT WIRKLICH VERSTANDEN WIRD.“

In einem Anfang des Jahres veröffentlichten Paper schätzt das RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, dass die Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft ab 2035 rund neun Milliarden Euro jährlich für die

Gesetzliche und für die Private Krankenversicherung einsparen könnte. „Konservativ gerechnet sollten wir bis 2035 mit rund 1.000 Krankenhausstandorten in Deutschland auskommen, um die Patientenversorgung künftig sicherzustellen und gleichzeitig aus der Kostenexplosion herauszukommen“, sagte Christian Karagiannidis, Intensivmediziner und ehemaliges Mitglied der Regierungskommission Krankenhaus, gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt. Er hat die Berechnungen gemeinsam mit dem Gesundheitsökonom Boris Augurzky vom RWI-Institut vorgenommen. Die Anzahl der Kliniken bis 900 Betten und darüber wird der Berechnung nach zunehmen, die der Häuser mit 500 bis 900 Betten ebenfalls, während die kleinen in erheblichem Maße reduziert werden. Vorteile seien bessere Qualität und wirtschaftliche effizientere Arbeit. Sie verweisen in dem Paper darauf, dass von 2019 bis 2023 die Zahl der Krankenhausstandorte um etwa fünf Prozent zurückgegangen ist. Das Optimierungspotenzial gehe aber weit darüber hinaus.

Die Ansichten, Studien und die Expertise von Expertengremien sind zur Orientierung sicher wichtig, reduzieren aber notwendigerweise die Komplexität, von der die

Wirklichkeit nun einmal geprägt ist. Diese richtet sich nicht unbedingt nach Modellen oder Gutachten. Dem RWI-Paper zufolge würden je 1000 Quadratkilometer im Jahr 2035 dann 2,80 Standorte vorhanden sein, in 2023 waren es 4,51. Die Erreichbarkeit von 30 Autominuten zu einer Klinik wäre gegeben, so die Autoren.

„DER BEGRIFF FLÄCHENDECKENDE VERSORGUNG WIRD IM GRUNDE DEN BEDINGUNGEN ANGEPAST, ALSO QUASI UMGEDeutET. POLITISCH SIEHT MAN SICH AUF GUTEM WEG.“

Sicher ist künftig vieles möglich, wenn tatsächlich einmal neue Strukturen vorhanden sind – wann immer das hoffentlich nicht nur punktuell, sondern flächendeckend sein wird. Große und kleine Kliniken haben sich schon auf den Weg gemacht, sind Projekte bereits darauf ausgerichtet. Es gibt schon Kooperationen zwischen Maximalversorgern und kleineren Kliniken, Planungen für Gesundheitszentren, Fusionen.

Doch der Erfolg hängt maßgeblich auch davon ab, ob die Politik angesichts der Realität, die sich dann in der Versorgungspraxis zeigt, zu den sicher notwendigen Korrekturen bereit ist. Statistiken und theoretische Annahmen überzeugen wenig, zumal nach wie vor die konkreten Auswirkungen auf die Versorgung nicht wirklich bekannt sind.

Die Lage beruhigt sich nicht

Aktuell jedoch beruhigt sich die Situation keinesfalls, weil sowohl in der Praxis, inzwischen nicht nur auf dem Land, doch hier vor allem, die kalten Strukturveränderungen in der Versorgung längst angekommen sind. Dabei kann nicht mehr damit argumentiert werden, dass es lediglich Häuser mit erheblichem Restrukturierungsbedarf trifft, sondern durchaus auch solche, die in den vergangenen Jahren erweitert, mit erheblichen Mitteln erneuert und modernisiert wurden. Das versteht auch die Bevölkerung nicht. Sie erlebt es in ihrer Versorgungswirklichkeit als erheblichen Verlust, wenn das Krankenhaus wegfällt,

aber eine Kompensation, die gut erreichbar ist, noch lange auf sich warten lässt. Sie erlebt das, wenn Rettungsdienste längere Zeit benötigen, wenn Kliniken ihre Notaufnahme abgemeldet haben, wenn Klinikaufenthalte verschoben werden müssen. Das passiert bereits jeden Tag in Deutschland.

So scheint das gesundheitspolitische Selbstbild eben nicht

mit dem Bild vieler Bürger und ihren Erfahrungen im Krankheitsfall übereinzustimmen. Das ist nicht nur eine Frage falscher Kommunikation, sondern hängt vor allem auch mit einem völlig anderen Blick auf die Lebenswirklichkeit zusammen.

Eine flächendeckende Versorgung, die ihren Namen verdient

An eine flächendeckende Versorgung, die ihren Namen auch verdient, können wir uns nicht ausschließlich „heransparen“, indem den Krankenhäusern die notwendigen finanziellen Mittel nicht nur für ihren Betrieb, sondern auch für Veränderungen durch erhebliche Erlöskürzungen genommen werden. Auch die neuen Gesetze stocken die Bürokratie wieder auf und verhindern damit flexible, innovative Lösungen und strategische Beweglichkeit. Trotz Transformationsfonds wird sich die kalte Marktbereinigung fortsetzen und damit zum Abbau der für eine flächendeckende Gesundheitsversorgung notwendigen Strukturen führen. Das betrifft dann sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung, die ohnehin mit Blick auf die spezifischen Bedingungen in den jeweiligen Regionen zusammengeplant werden sollte.

Dass zu einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung große wie mittlere und kleine Kliniken wichtig sind, dass dies erst sinnvolle Vernetzung ermöglicht, ist eine Erkenntnis aus der Coronazeit. Das gehört zudem auch zur Resilienz der Versorgung und ermöglicht es, die

Hebammen warnen

„Autogeburten nehmen zu: Frau bringt Baby auf Standstreifen der A23 zur Welt“

Immer wieder bringen Frauen in Norddeutschland ihre Babys in Autos zur Welt. Schuld daran sind weite Wege und das Schwinden von Kliniken, heißt es vom Hebammenverband. Auf der A23 geht ein Fall für Mutter und Kind glimpflich aus. (NTV, 09.04.2026)

Laut einer Pressemitteilung von Destatis hat sich die Zahl der Krankenhäuser mit Entbindungsstationen hierzulande seit der deutschen Vereinigung halbiert. Gab es im Jahr 1991 noch 1 186 Krankenhäuser, in denen Kinder entbunden wurden, waren es 2024 noch 578 – ein Rückgang um 51,3 %, wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt. Die Zahl der Geburten war 2024 um 18,4 % niedriger als 1991. Mit dem Rückgang der Entbindungskliniken einher ging auch die Schließung von entsprechenden Fachabteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

auch mit den Reformgesetzen angestrebten Effizienzpotenziale zu erschließen.

Konsolidierung, die ja politisch angestrebt wird, benötigt entsprechende Voraussetzungen. Auf Hinweise und Forderungen aus der Praxis, wie etwa die Notwendigkeit deutlich flexiblerer Personalvorgaben, die dem Management ermöglichen, auf sich immer wieder ändernde Situationen zu reagieren, hat die Politik bisher nicht geantwortet. Beinfreiheit bei der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben und Regelungen ist ebenso notwendig, wie eine Reduzierung der Dokumentationspflichten und auch der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst, die gerade wieder erweitert werden.

Es geht in allen Bundesländern im Rahmen der neuen Krankenhausplanung mit Leistungsgruppen in Richtung mehr Zentralisierung. Diese Planungen werden natürlich zum Abbau von Standorten und gerade in Flächenländern zu längeren Fahrzeiten führen – für die Patienten, aber auch die Mitarbeiter.

Hier kommt aber auch die Verpflichtung der Bundesländer als erste Verantwortliche für die flächendeckende Gesundheitsversorgung in den Blick. Sie benötigen, um diese Verpflichtung

erfüllen zu können, noch deutlich mehr Spielraum, als sie aktuell mit dem KHAG haben. Sie fordern daher zu Recht, die vorgesehene budgetneutrale Zeit und die Konvergenzphase für die angemahnten Korrekturen zu nutzen, etwa eine Veränderung der Vorhaltefinanzierung und flexiblere Möglichkeiten in der Krankenhausplanung, um auf den Bedarf in den Regionen sinnvoll reagieren zu können. So, wie das KHAG beschlossen wurde, wird es jedenfalls den Notwendigkeiten und der Sicherstellung einer bundesweit flächendeckenden Versorgung durch die Bundesländer nicht gerecht.

Kriterium ist die Versorgungsrealität für die Bürger

Betrachten wir die unterschiedliche Bewertung der Versorgungsrealität durch die Bundespolitik und eine Reihe von Experten auf der einen, die erlebte Realität der Bürger dagegen auf der anderen Seite, so demonstriert das auch ein strukturelles Problem. Auf der einen Seite wird Gesundheitspolitik vorwiegend als eine Frage betriebswirtschaftlicher Optimierung betrachtet, für die es einen neuen Rechtsrahmen für die Leistungserbringer geben muss – aktuelles Stichwort Einsparpotential. Auf der anderen

Seite geht es aber um die wichtige Daseinsvorsorge für die Bürger, die sich eben nicht nur – und das zeigt ja die Praxis – nach ihrer Effizienz bewerten lässt. Vielmehr geht es um die Erwartung der Bevölkerung, dass Gesundheitsversorgung verlässlich und gut erreichbar ist. Es geht letztlich um Vertrauen in das Handeln der Politik. Einerseits wird betont, dass Zentralisierung und Spezialisierung eine als qualitativ ungenügend und zu kleinteilig dargestellte Krankenhausversorgung deutlich verbessern würden. Die Schließung von Häusern und Reduzierung von Leistungen werden als wichtige

Strukturveränderungen und Teil des Reformprozesses dargestellt. Gleichzeitig ist aber die flächendeckende Versorgung vielfach nicht mehr gewährleistet. Der Hinweis auf Verbesserungen vielleicht in 2030 läuft damit ins Leere.

Die flächendeckende Gesundheitsversorgung ist ein wesentlicher Teil der von den Bürgern erwarteten Infrastruktur. Sie darf nicht zu einer schönen Idee in politischen Reden werden, die sich in der Versorgungsrealität oft nicht wiederfindet.

„AUF DER ANDEREN SEITE GEHT ES ABER UM DIE WICHTIGE DASEINSVORSORGE FÜR DIE BÜRGER, DIE SICH EBEN NICHT NUR – UND DAS ZEIGT JA DIE PRAXIS – NACH IHRER EFFIZIENZ BEWERTEN LÄSST. VIELMEHR GEHT ES UM DIE ERWARTUNG DER BEVÖLKERUNG, DASS GESUNDHEITSVERSORGUNG VERLÄSSLICH UND GUT ERREICHBAR IST. ES GEHT LETZTLICH UM VERTRAUEN IN DAS HANDELN DER POLITIK.“



DER WANDEL WIRD SICHTBAR

PROJEKTE UND UMSETZUNG

VERSORGUNGSNETZE

GESUNDHEITSREGIONEN

ZENTRALISIERUNGEN

KOMMUNIKATION

FÜHRUNGSSTRUKTUREN



Inzwischen werden strategisch geplante Strukturen vielfach umgesetzt

DIE POLITIK SOLLTE ABER UNGEORDNETEN STRUKTURWANDEL NICHT NOCH BEFÖRDERN UND DIE REFORM DAMIT GEFÄHRDEN

Die Krankenhausreform wirkt bereits unübersehbar. Wie am Ende in den kommenden Jahren die Kliniklandschaft aussehen wird, ist aber noch nicht wirklich zu erkennen. Was man sehen kann, sind derzeit zwei grundsätzliche Entwicklungen, die sich in Teilen auch beeinflussen, ja teilweise zu konterkarieren scheinen: Die stetig weiterlaufende kalte Strukturveränderung mit größer werdenden Versorgungslücken auf der einen Seite und die Herausbildung neuer, geplanter Strukturen auf der anderen. Was sich der Gesetzgeber als Ergebnis der Krankenhausgesetze vorstellt, wird ganz sicher nicht Eins zu Eins auch so aufgehen. Wie wohl immer – es wird ein lernendes System sein, das wieder angepasst werden muss, wenn die Praxis das erzwingt.

Die Krankenhauspläne der Länder zeigen natürlich bereits, was sich verändern soll. Es sind in der Regel, wie in der Krankenhausreform vorgesehen, Anpassungen der Klinikstrukturen. So plant Schleswig-Holstein mit sechs Versorgungsregionen auf der Basis der

geografischen und Verwaltungsgrenzen sowie der Patientenströme. Im Ergebnis soll eine gezieltere Organisation der Versorgung erreicht werden. Grund- und Notfallversorgung sollen überall im Bundesland gesichert bleiben, ja sogar gestärkt werden. Was darüber hinaus notwendig ist, verursacht in der Regel dann längere Wege. Auch das ist gewollt. Ende dieses Jahres weiß man in etwa, welche Leistungen wo angeboten werden dürfen.

Die Pläne in Niedersachsen zeigen, dass Zentralklinken die Kompetenzen mehrerer Krankenhäuser bündeln sollen. Das bedeutet auch, dass Standorte aufgegeben werden. Ein Beispiel ist der Landkreis Aurich. Hier entsteht die neue Zentralklinik „Ostfriesische Meere“, die mehrere Kliniken ersetzen soll. Der Grundstein für das 600-Millionen-Projekt wurde gelegt. Auf allseitige Begeisterung der Bevölkerung stößt das bisher wohl nicht. Weitere Zentralklinken entstehen in Bad Fallingbommel (Heidekreis) und Twistringen (Landkreis Diepholz). Sie würden jeweils zwei bis drei Klinikstandorte

ersetzen. Für eine weitere Zentralklinik wurde noch ein Standort gesucht.

Derzeit verfügt Niedersachsen über 161 Krankenhäuser, vor 20 Jahren waren es noch 195. Die Planungen zeigen, dass es noch deutlich weniger werden. Hinzu kämen Schließungen und Stationsreduzierungen durch die kalte Strukturveränderung sowie das Anfang Juli 2026 noch beschlossene GKV-Spargesetz, das weitere Krankenhäuser durch massive Erlösminderungen in Gefahr bringt – die gegebenenfalls aber für die Gestaltung der neuen Strukturen notwendig wären. Dennoch soll, so will es das Gesundheitsministerium, mit der neu geplanten Struktur eine gleichwertige Versorgungsqualität für die Bürger angeboten werden und auch gute Erreichbarkeit ermöglichen.

Als Alternative für ambulante Behandlungen wird auf Regionale Gesundheitszentren verwiesen, in denen Patienten gegebenenfalls auch einige Tage stationär versorgt werden können. Aktuell gibt es vier solcher Zentren.

Im Juni 2026 appellierte die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft (NKG) an die Landespolitik, sich klar zur Stärkung der Investitionen in die niedersächsischen Krankenhäuser zu positionieren und ihrer finanziellen Mitverantwortung für die Umsetzung der Krankenhausreform gerecht zu werden. Es sei unerlässlich, dass über das reguläre Investitionsprogramm hinaus weitere Landesmittel zur Verfügung gestellt werden, um förderfähige Maßnahmen aus dem Transformationsfonds zielgerichtet und vollständig umzusetzen. Denn um Mittel aus dem Transformationsfonds zu beantragen, muss ein Bundesland dann auch bereit sein, die Hälfte der Investitionsvorhaben zu kofinanzieren.

Planungssicherheit über die Mittel aus Bund und Ländern zwingend notwendig

Zwar seien in den vergangenen Jahren die Investitionsmittel für die Krankenhäuser spürbar

erhöht worden, diese Anhebung müsse nun konsequent weitergeführt werden. Der Investitionsstau sei nach wie vor gravierend. Er beträgt laut NKG in Niedersachsen aktuell 3,1 Milliarden Euro. Im Zuge der regulären Investitionsförderung von aktuell 316 Millionen Euro jährlich könne er absehbar nicht aufgelöst werden. Das beschlossene Investitionsprogramm beinhalte nur Maßnahmen, die in den vergangenen Jahren begonnen worden seien. Neue Projekte seien nicht aufgenommen worden, bedauerte NKG-Verbandsdirektor Helge Engelke.

Angesichts der Tatsache, dass nicht nur in Niedersachsen Bausubstanz vieler Häuser veraltet ist, die Anforderungen an Digitalisierung, Klimaschutz, zur Schaffung von Resilienz gegenüber vielfachen Gefahren steigen, gleichzeitig aber erhebliche Strukturanpassungen durch die Krankenhausreform gestemmt werden müssen, ist Planungssicherheit über die Mittel aus Bund und Ländern zwingend notwendig. Das bedeutet nicht nur, zentrale Leuchttürme zu schaffen, sondern auch die Versorgung im ländlichen Raum in hoher Qualität zu sichern. Eine Situation, vor der alle Bundesländer stehen.

„EINE NETZWERKMEDIZIN, DIE ALLE LEISTUNGSERBRINGER, ZWINGEND AUCH DIE NIEDERGELASSENEN ÄRZTE UND DIE REHABILITATION EINBEZIEHT, MUSS DAS ZIEL SEIN.“

Nordrhein-Westfalen ist auf dem Weg hin zu neuen Krankenhausstrukturen bekanntlich schon weiter als die anderen Bundesländer. Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann betonte beim Sommerempfang der KGNW, er habe angesichts des Drucks auf die Sozialversicherungen Verständnis für notwendige Veränderungen. Es werde nicht ohne Konsolidierungsmaßnahmen gehen. Doch berücksichtigt werden müsste auch die aktuelle Situation der Krankenhäuser. Sie seien große Unternehmen mit erheblichen Personal- und Investitionsverpflichtungen und benötigten Planungssicherheit. Nicht zugelassen werden dürfe ein ungeordneter Strukturwandel. Daher habe sich Nordrhein-Westfalen

sehr früh für eine strukturierte Krankenhausplanung entschieden. Ein Weg, der richtig gewesen sei. Die Versorgungsstruktur sei kein starres System, sondern entwickle sich kontinuierlich weiter. Es gebe inzwischen viele Kooperationen und Fusionen, stärkere Zusammenarbeit auch zur Entwicklung gemeinsamer Lösungen für die Regionen. Diesen Prozess habe das Land auch finanziell begleitet. Es würden insgesamt Milliardenbeträge für die Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft bereitgestellt. Struktur-reformen würden nur funktionieren, wenn sie mit einer überzeugenden Strategie und einer verlässlichen Finanzierung verbunden seien. Er betonte aber auch, dass die Krankenhausplanung der Länder und die bundesrechtlichen Vorgaben zusammenpassen müssen. Unterschiedliche Regelungen wären eine Katastrophe.

„VIELES WIRD SICH ÄNDERN, DAS IST SICHER, WOBEI NICHT ALLE REGIONEN GLEICHERMASSEN BETROFFEN SIND. VOR ALLEM KLINIKEN IM LÄNDLICHEN RAUM WERDEN WOHL ZU DEN BESONDERS IN IHREM BESTAND GEFÄHRDETEN GEHÖREN.“

Die Fokussierung auf Zentralkliniken soll gleichzeitig auch mehr Zusammenarbeit mit den versorgungsnotwendigen mittleren und kleinen Krankenhäusern, soweit sie auch die aktuelle Spargesetzgebung überleben, forcieren. Dass dies auf Augenhöhe und sehr strukturiert möglich ist, zeigt u.a. das Beispiel in der Gesundheitsregion Südwestsachsen.

Eine Netzwerkmedizin, die alle Leistungserbringer einbezieht

Eine Netzwerkmedizin, die alle Leistungserbringer, zwingend auch die niedergelassenen Ärzte und die Rehabilitation einbezieht, muss das Ziel sein. Allein schaffen es, da sind sich Experten ja einig, auch die Großen nicht, eine flächendeckende Gesundheitsversorgung für alle Bürger zu ermöglichen.

Ob mit der Strukturreform alle Erwartungen, die an sie gestellt werden, tatsächlich erreicht werden können, ist allerdings mehr als fraglich und maßgeblich natürlich auch eine Frage der finanziellen Mittel. Der Transformationsfonds, auf den Gesundheitspolitiker gern verweisen, wird dafür nicht ausreichen und ist ja auch nicht für die normal notwendigen Investitionen gedacht.

Der bestandserhaltende Investitionsbedarf der deutschen Krankenhäuser liegt mit rund sieben Milliarden Euro auch weiterhin über dem, was die Länder den Kliniken zur Verfügung stellen. Das hat die Investitionsanalyse des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für 2026 kürzlich ergeben. Die jährlich veröffentlichte Analyse der Investitionsbewertungsrelationen soll, so ist das Ziel, den Bundesländern helfen, die Investitionsmittel für die Krankenhäuser

zu berechnen. Diese nehmen das sicher zur Kenntnis, doch die Realität ist dann regelmäßig eine andere. Die von den Ländern bereitgestellten Mittel decken regelmäßig nur gut die Hälfte der anfallenden Investitionskosten ab – die gesetzliche Verpflichtung, die Investitionskosten in voller Höhe

zu tragen, wird kontinuierlich ignoriert. Das hat weitreichende Folgen und trägt zur strukturellen Unterfinanzierung der Krankenhäuser bei. Hinzu kommt nun noch der neue finanzielle Druck durch das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz. Die Folgen für die Versorgung sind noch nicht wirklich übersehbar. Hinzu kommt, dass das Spargesetz zunächst einmal nur die Beiträge in 2027 sichern wird. Das nächste dürfte also vorprogrammiert sein.

Während Defizite sich vergrößern, kommen weitere Kosten hinzu

Die Hoffnung auf Spareffekte durch die Krankenhausreform wird sich vermutlich auch durch das Ausscheiden von Kliniken, durch Prozessoptimierungen und durch Bürokratieabbau, wenn er denn nennenswert kommt, kaum

erfüllen. Denn während Defizite sich vergrößern, kommen mit Digitalisierung und Künstlicher Intelligenz, mit neuen Aufgaben für die Herstellung von Resilienz, Klimaschutz etc., weitere zusätzliche Kosten hinzu.

Vieles wird sich ändern, das ist sicher, wobei nicht alle Regionen gleichermaßen betroffen sind. Vor allem Kliniken in ländlichen Räumen werden zu den besonders in ihrem Bestand gefährdeten gehören.

Daher erhalten vor allem Häuser in dünn besiedelten Regionen zum Teil auch Sicherstellungszuschläge, wenn sie dort die medizinische Ver-

sorgung sichern. Im nächsten Jahr sind es laut Deutscher Krankenhausgesellschaft 128 Krankenhäuser, was zu wenige seien. Deutlich mehr benötigten diese zusätzlichen Mittel, um ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen.

Sie sind die Garanten für die Bürger dort, die auch vielfach die fehlenden ambulanten Ärzte und die ambulante Notfallversorgung übernehmen. Gleichzeitig sind sie besonders durch die aktuelle Krankenhausgesetzgebung gefährdet. Ihre im Verhältnis hohen Vorhaltekosten werden im fallzahlabhängigen Finanzierungssystem kaum berücksichtigt. Nachdem die

Vorhaltefinanzierung genau bei diesen Häusern ihren ursprünglich gedachten Sinn nicht erfüllt, sind sie ganz besonders existenziell gefährdet. Sie würden als Erste einen Rettungsschirm benötigen und / oder die Möglichkeit einer Einbindung in ein Netzwerk oder Umwandlung in einen Campus unter Einbeziehung weiterer noch im Umkreis vorhandener Gesundheitsdienstleister, woraus sich sinnvolle Synergien für die Beteiligten und die Patienten ergeben

können. Allerdings: Auch das funktioniert nicht ohne eine finanzielle Förderung.

„DER TRANSFORMATIONSFONDS, AUF DEN GESUNDHEITSPOLITIKER GERN VERWEISEN, WIRD NICHT AUSREICHEN UND IST JA AUCH NICHT FÜR DIE NORMAL NOTWENDIGEN INVESTITIONEN GEDACHT.“

“

Das GKV-Beitragsstabi-

lisierungsgesetz verschärft die Situation aller Krankenhäuser. Spielräume für Kostenreduzierungen gibt es auch weiterhin nur begrenzt. Auch hier wieder sind die kleinen Häuser besonders betroffen. Der VKD hat immer wieder gewarnt, dass die Realisierung der Krankenhausreform ohne für die Kliniken wesentliche Korrekturen gefährdet ist. Ungewiss ist bisher, welche Häuser das vom KHVVG angepeilte vorläufige Ende der Strukturveränderungen bis 2030 erreichen, denn – siehe oben – die kalten Strukturveränderungen laufen nach wie vor.

pb-redaktion



KHMOL-Krankenhaus Strausberg

Die Zukunft eines regionalen Krankenhausverbundes

EIN GESUNDHEITSCAMPUS ALS NEUE STRUKTUR
IM MOL-VERSORGUNGSNETZ



Katja Thielemann,
Geschäftsführerin des
Krankenhauses Märkisch-Oderland

In den nächsten Jahren soll das Krankenhaus Seelow, eine Tochter des Krankenhauses Märkisch-Oderland, zu einem Gesundheitscampus und zum zentralen Anlaufpunkt für die Bürgerinnen und Bürger in seinem Einzugsgebiet entwickelt werden. Darüber informierten im Sommer vorigen Jahres die Geschäftsführung des Krankenhauses Märkisch-Oderland sowie die Partner IGiB – Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg GmbH und das Gesundheitsministerium des Landes Brandenburg. Wie diese neue Struktur aussehen soll, was in dem Jahr seit dem Sommer 2025 auf den Weg gebracht wurde und wie das Zentrum sowohl mit dem Krankenhaus MOL, aber auch mit den Versorgungsstrukturen in der ländlich geprägten Region rund um die Kreisstadt Seelow verbunden werden soll, darüber sprachen wir mit der Geschäftsführerin des Krankenhauses Märkisch-Oderland, Katja Thielemann.

Fotos: Krankenhaus MOL

Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH

Mit den drei Krankenhausstandorten Strausberg, Wriezen und Seelow – Häusern der Grundversorgung mit insgesamt 300 Betten –, der Rehaklinik in Bad Freienwalde sowie den MVZ-Praxen in Strausberg, Wriezen, Bad Freienwalde, Hönow und Seelow bietet das Unternehmen eine umfassende Versorgung auf höchstem medizinischen und pflegerischen Niveau für die Menschen der Region. Es werden 607 Mitarbeiter beschäftigt, 86 Auszubildende bereiten sich auf Berufe in der Pflege und Verwaltung vor. Im Jahr werden rund 9.790 Patienten stationär sowie rund 18.000 Patienten ambulant versorgt.

PB: Liebe Frau Thielemann, im vorigen Jahr haben Sie gemeinsam mit Landrat und Krankenkassen ein Projekt vereinbart, das Krankenhaus Seelow in ein Gesundheitszentrum umzuwandeln. Entspricht das mit der angestrebten Struktur einem Krankenhaus der Versorgungsstufe Level 1n?

Katja Thielemann: Wir betreiben in unserem Haus in Seelow 90 Betten, es werden 111 Mitarbeiter beschäftigt. Es gibt drei Fachabteilungen – eine chirurgische Abteilung, die Klinik für Innere Medizin mit einem Herzkathetermessplatz, die Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin, Rettungsstelle sowie einen Hubschrauberlandeplatz. Ich würde aber sagen, dass unser Projekt über das Level 1n hinaus gehen wird.

PB: Was unterscheidet die nun angestrebte Struktur?

Katja Thielemann: Um diese zu planen, haben wir den Blick auf die Bevölkerungsstruktur und das Versorgungsumfeld gerichtet. Seelow liegt am Rande des dünn besiedelten Oderbruchs mit einer relativ betagten Bevölkerung. Das Ziel war daher, neben einem Krankenhaus der Grundversorgung ein umfassendes Angebot an

ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen zu schaffen. Gleichzeitig sollte eine vernetzte Struktur entstehen, nicht nur um den Patienten Wege zu ersparen, sondern auch um ambulante und stationäre Versorgung sinnvoll zu verbinden und die personellen, diagnostischen und auch die finanziellen Ressourcen effektiv zu nutzen.

PB: Welche Rolle spielte bei diesen Überlegungen die Krankenhausreform mit ihren Vorgaben, auch gerade für kleine Krankenhäuser?

Katja Thielemann: Es war klar, dass dieses Haus um erhalten zu werden, natürlich die Mindestvoraussetzungen für die Leistungsgruppen der Grundversorgung erfüllen muss. Daher sollen die Innere Medizin, die Allgemein- und Unfallchirurgie sowie auch die Notfallversorgung erhalten bleiben. Wir werden aber auch an diesem Standort ambulante chirurgische Eingriffe ausführen. Wesentlich ist die Versorgungsnotwendigkeit, die über die Grundversorgung, deren Anforderungen natürlich erfüllt werden müssen, hinausgeht.

„WIR ENTWICKELN ALLE STANDORTE GEMEINSAM, AUF EINANDER ABGESTIMMT UND SEHEN IN UNSERER LEISTUNGSPLANUNG, WAS SICH WO SINNVOLL KOPPELN LÄSST. WIR HABEN DIE VERBUNDSTRUKTUR SO UMGESTELLT, DASS DIE ANGEBOTE KASKADIEREND AUF EINANDER AUFBAUEN.“

Der Landkreis Märkisch-Oderland

Der Landkreis Märkisch-Oderland liegt im Osten des Landes Brandenburg und grenzt im Norden an den Landkreis Barnim, im Süden an die kreisfreie Stadt Frankfurt (Oder) und den Landkreis Oder-Spree, im Westen an das Land Berlin sowie im Osten an die Oder mit der Grenze nach Polen. Der Landkreis ist mit 92 Einwohnern je Quadratkilometer (insgesamt 197.817 am 31. Dez. 2024) dünn besiedelt.

PB: Werden auch alte Patienten ambulant chirurgisch behandelt?

Katja Thielemann: Das entscheidet natürlich wie immer der behandelnde Arzt. Doch wenn es möglich ist, natürlich. Auch sie müssen dafür nicht stationär aufgenommen werden.

PB: Was wurde von den Planungen zum Gesundheitszentrum in diesem Jahr bereits umgesetzt?

Katja Thielemann: Durch die Krankenhausreform werden komplexe Eingriffe zukünftig in Strausberg zentralisiert. Um das zu ermöglichen, müssen wiederum die ambulant möglichen Eingriffe ebenfalls zentral erbracht werden, dies ist am Standort in Seelow geplant. Dafür wird ein Bereich des Krankenhauses Seelow umgebaut, in welchem bis zu 15 Plätze für das „Aufwachen und Nachbetreuen“ nach einem ambulanten Eingriff oder ähnliche Überwachungsaufgaben entstehen. Dieser Bereich ist bereits in Bauplanung. Im Spätsommer beginnen wir mit der Umsetzung. Die in unserem Konzept ebenfalls vorgesehene Kurzzeitpflege für Patienten, die nach einem Krankenhausaufenthalt oder bei einem Betreuungsbedarf vorübergehend Pflege benötigen, ist seit Anfang dieses Jahres bereits in Betrieb. Unsere Physiotherapie ist Bestandteil des Krankenhauses und versorgt nun ambulant ebenfalls Patienten mit.

Nach und nach sollen dann auch weitere ergänzende Angebote hinzukommen, wie eine Apotheke, ein Sanitätshaus, aber auch

Beratungs- und Koordinierungsleistungen.

Perspektivisch wollen wir Telemedizinlösungen einbinden, die der Bevölkerung den Zugang zu weiteren medizinischen Angeboten erleichtern.

Ein Weiterbildungsnetzwerk ist ebenfalls Teil des Campus-Konzepts. Wichtig ist uns auch die Weiterbildung der kommenden Ärztegeneration, die mitgedacht werden muss. Das ist leider in den Reformen vergessen worden. Die Chirurgie beginnt ja auch nicht mit der Behandlung von Bauchspeicheldrüsenkrebs, sondern mit der einfachen Operation.

PB: Die Krankenhausreform, speziell das KHAG, fordert ja generell eine Ausweitung der ambulanten Leistungen von Krankenhäusern. Besonders verschärft wurde diese Forderung noch durch die Vorgaben für die Hybrid-DRGs. Welchen Anteil macht das in Seelow aus?

Katja Thielemann: Natürlich bieten wir, wie bereits gesagt, ambulante Leistungen durch das Krankenhaus an. Wir haben diese, entsprechend den Vorgaben durch die Gesetzgebung, umgestellt. Erweitern werden wir diese Leistungen in Seelow mit dem Ausbau der Überwachungseinheit.

Die Leistungen, welche als Hybrid-DRGs erbracht werden dürfen, sind gesetzlich vorgegeben. Änderungen bzw. Erweiterungen dieser Leistungen werden ebenfalls noch erwartet. Je nach Leistungsart legen wir strategisch fest,

wo diese am besten erbracht werden kann – in Strausberg, Wriezen oder Seelow.

PB: Die Krankenhausreform erfordert, komplexe Leistungen zu zentralisieren.

Katja Thielemann: Um die Leistungsgruppen, die wir beantragt haben, auch erbringen zu können, müssen wir weiter zentralisieren. Die komplexesten Fälle werden daher in Strausberg behandelt. Die Systematik der Leistungsgruppen erfordert, dass zu den jeweiligen komplexen Leistungen auch andere Leistungen parallel vorzuhalten sind. Das können wir nur in Strausberg realisieren. Die Intensivstation wäre in Seelow zum Beispiel dafür auch zu klein. Es ist allerdings nicht immer einfach, die Qualitätsvorgaben der jeweiligen Leistungsgruppe zu erfüllen, vor allem das Personal betreffend. Selbst wenn weniger als eine halbe Stelle fehlt, wird es schwierig, die Leistungserbringung zugeteilt zu bekommen. Dass sich die Vorgaben nur auf Strukturen fokussieren, ist aus meiner Sicht ein Fehler, denn es geht am Ende ja um die Ergebnisqualität. Wenn diese stimmt, können die Strukturen nicht falsch sein.

PB: Worauf baut Ihre Verbundstruktur für die Zukunft auf?

Katja Thielemann: Wir entwickeln alle Standorte gemeinsam, aufeinander abgestimmt und sehen in unserer Leistungsstrategieplanung, was sich wo sinnvoll koppeln lässt. Wir haben die Verbundstruktur so umgestellt, dass die Angebote kaskadierend aufeinander aufbauen. Strausberg ist das zentrale Krankenhaus für die komplexe Medizin, während der Standort in Wriezen sowohl Grundversorger als auch Spezialversorger Orthopädie ist und Seelow Grundversorger und ambulantes OP-Zentrum.

Wir gehen als Krankenhaus MOL mit unseren Möglichkeiten in die ambulante Versorgung hinein und ändern daher die ambulanten Standorte nicht. Wir bleiben also in der Fläche präsent und wollen auch die ambulanten Leistungen unserer MVZ-Praxen weiterhin anbieten.

Wir bieten an unseren MVZs sowohl hausärztliche als auch fachärztliche Versorgung und dies wird auch weiterhin beibehalten. Im Landkreis fehlt die fachärztliche Versorgung



Foto: Krankenhaus MOL

KHMOL-Krankenhaus Seelow

bei den Augenärzten und Hautärzten. Hier bieten wir an unseren MVZ-Standorten gern auch Flächen an – zur Miete oder als Mitglied unseres MVZ.

PB: Werden die Menschen aus den Dörfern den Campus in Seelow gut erreichen?

„UM DIE LEISTUNGSGRUPPEN, DIE WIR BEANTRAGT HABEN, AUCH ERBRINGEN ZU KÖNNEN, MÜSSEN WIR WEITER ZENTRALISIEREN: WIR BLEIBEN ALSO IN DER FLÄCHE PRÄSENT UND WOLLEN AUCH DIE AMBULANTEN LEISTUNGEN UNSERER MVZ-PRAXEN WEITERHIN ANBIETEN.“

tet wird. Es ist mit allen seinen neuen und älteren Angeboten ein sehr belebter Campus, schon seit der Übernahme durch den Landkreis als Träger vor einigen Jahren

Katja Thielemann: Das wird

sicher immer eine wichtige Frage sein, wenn in ländlichen Regionen Zentren der Gesundheitsversorgung gebildet werden. Eine Regionalzuglinie führt durch Seelow und Buslinien schließen die Dörfer mit ein. Wir können hier durchaus von einer wirklich wohnortnahen Versorgung sprechen, denn die Entfernungen – auch zu den anderen Krankenhäusern in Strausberg, Wriezen, aber auch ins Klinikum Frankfurt (Oder) – bleiben im vorgegebenen Limit, also unter 30 Minuten PKW-Fahrzeit.

Verbindungen zur Presse, wir informieren sie regelmäßig und laden sie auch ein, etwa zu Eröffnungen. Ich würde sagen, dass auch die neue Struktur des Krankenhauses als Campus in Seelow sehr gut angenommen und bewert-

mit allen Veränderungen, die seitdem bereits umgesetzt wurden.

PB: Haben Sie die Möglichkeit, das Projekt entsprechend den regionalen Bedingungen, den finanziellen, aber auch den technischen Möglichkeiten, weiterzuentwickeln?

Katja Thielemann: Die Welt bleibt nicht stehen und wir sehen ja gerade, dass es auch regional neue Entwicklungen geben kann. Ich hoffe und ich halte es auch für notwendig, gerade in der ländlichen Versorgung den Akteuren viel Gestaltungsfreiheit, aber auch eine sichere Finanzierung zu geben, um auf Veränderungen reagieren zu können, die von Region zu Region durchaus unterschiedlich sein können.

PB: Ist der Plan für den Campus in der Bevölkerung angekommen?

Katja Thielemann: Die Landespolitik und die regionale Selbstverwaltung haben die Bedeutung des Krankenhauses Seelow als bedarfsnotwendigen medizinischen Standort in der Region erkannt und wollen gemeinsam mit uns die Verantwortung für die regionale Versorgung übernehmen. Das ist ein wichtiges und richtiges Signal an die Bevölkerung vor Ort und gibt den Menschen die Sicherheit, dass nicht nur ihr Krankenhaus, sondern auch die nun geplanten und teilweise schon umgesetzten neuen Strukturen für sie da sein werden. Wichtig ist den Bürgern immer auch, dass sie in medizinischen Notfällen schnelle Hilfe bekommen.

Für das Zentrum in Seelow haben wir Fördermittel aus dem Transformationsfonds beantragt – durch die Einrichtung der Kurzzeitpflege bauen wir die Hälfte der 90 Betten ab. Die Krankenhäuser in Seelow und Wriezen sind zudem als versorgungsnotwendig vom Land Brandenburg eingestuft und werden daher natürlich nach SGB V auch weiterhin finanziert, die Kurzzeitpflege als eigenes Angebot im Krankenhaus Seelow finanziert sich nach SGB XI.

Unsere Häuser sind relativ gut in den lokalen Medien präsent. Wir pflegen gute

PB: Hier ergibt sich auch die Frage nach der Vernetzung mit den anderen

Einrichtungen des Krankenhauses MOL. Es gibt eine Rehaklinik in Bad Freienwalde, eine renommierte Orthopädie in Wriezen. Wie wird diese Zusammenarbeit organisiert?

Katja Thielemann: Wir planen alle Einrichtungen und Veränderungen generell als Verbund – von der ambulanten Versorgung, den Praxen, über die Stationen in den Standorten bis zur Rehabilitation und Kurzzeitpflege. Das bedeutet einen größeren Aufwand als für ein einzelnes Krankenhaus, bietet aber für die Patienten die Chance auf eine „Rund-um-Versorgung“. Es ist natürlich von der Finanzierung her anspruchsvoller, wenn es um die Sicherung des Betriebes von drei Rettungsstellen, drei OPs etc. geht. Dieser Mehraufwand schlägt sich finanziell nicht nieder, zwingt daher aber auch dazu, Verwaltungskosten gering zu halten und Synergien zu nutzen. Auch wir werden am Ende der Reformen nicht alles an allen Standorten erhalten können, aber wir erhalten alle drei Klinikstandorte! Das ist das erklärte Ziel.

PB: Wo Strukturen verändert werden, muss in der Regel auch gebaut werden.

Katja Thielemann: Wir bauen an allen drei Standorten, auch um unsere Verbundpläne umsetzen zu können. So bauen wir in Strausberg einen Zentral-OP, um hier entsprechend unserem Verbunddenken Hochleistungsmedizin zusammenführen zu können – ein Kriterium für die Beantragung von Mitteln aus dem Transformationsfonds. Daher wird auch der Herzkathetermessplatz von Seelow nach Strausberg verlegt. Dieser benötigt Platz, der erst einmal geschaffen werden muss – während wir die sehr renommierte Orthopädie in Wriezen belassen.

PB: Vermutlich haben Sie für alle Standorte die Leistungsgruppen

bereits beantragt. Können die notwendigen Qualitätskriterien erfüllt werden? Vermutlich stellt sich die Frage des nun neu im KHAG geforderten Personals?

Katja Thielemann: Leistungsgruppen haben wir schon mit Blick auf die Neugestaltung standortübergreifend beantragt. Probleme bekommen wir beim Thema Personal bei der Notwendigkeit, standortscharf zu planen, weil wir das Personal ja jetzt aufteilen müssen. Das ist absolut fern jeder Sinnhaftigkeit. Aus meiner Sicht muss es um das Ergebnis gehen und nicht um abstrakt aufgestellte Strukturvorgaben gerade für das Personal.



KHOL-Krankenhaus Wriezen

Wenn das Ergebnis gut ist kann der Weg dorthin doch nicht schlecht sein. Das Ergebnis ist am Ende doch das, was zählt, vor allem auch für die Patienten. Zum 1. Januar 2027 soll der neue Krankenhausplan in Kraft treten. Bis dahin müssten wir Klarheit haben.

PB: Zum Schluss noch ein Blick auf die aktuelle Krankenhausgesetzgebung insgesamt: Welche Rolle spielt die Notfallversorgung demnächst laut Referentenentwurf?

Katja Thielemann: Wir betreiben in jedem Krankenhaus eine Notaufnahme. Die Notaufnahmen sollen insbesondere in der neuen

Die IGiB

In der IGiB haben sich die beiden Krankenkassen AOK Nordost und IKK Brandenburg und Berlin mit der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg zusammengeschlossen, um gemeinsam Projekte zu entwickeln und umzusetzen, die Brandenburg in der Gesundheitsversorgung zukunfts-fest machen sollen. Dazu gehört aus Sicht der IGiB-Partner, mit der Umwandlung von Landkrankenhäusern der Grundversorgung die vor-handenen medizinischen, personellen, räumlichen und diagnostischen Ressourcen optimal zu nutzen.

Gesetzgebung als flächendeckendes Netz der Notfallversorgung erhalten bleiben. Wir stehen mit unseren Standorten bereit, die Notfallver-sorgung zu gewährleisten und könnten auch als Integrierte Notfallzentren (INZ) im Sinne der neuen Gesetzgebung fungieren. Praktisch liegt hier aber vieles an der Zustimmung der KV.

PB: Die Finanzierung der Pflege über das Pflegebudget wird deutlich ver-ändert. Wird das, wie häufig befürch-tet, die Einstellung von mehr Pflege-personal verhindern?

Katja Thielemann: Das ist eine schwierige Frage. Derzeit haben wir freie Stellen in der

Pflege und möchten auch gern neue Pfle-gekräfte für unsere Häuser gewinnen. Wir bezahlen unsere Pflegekräfte nach Tarif und im derzeitigen System werden die Gehälter der Pflegekräfte am Bett zu 100 Prozent aus-finanziert. Mit der neuen Gesetzgebung soll es Budgetobergrenzen geben, wodurch ein Stellenaufbau ökonomisch deutlich erschwert wird.

PB: Kleine Häuser – und darum han-delt es sich ja in Strausberg, Wriezen und Seelow – sollen ja eigentlich von der in der Praxis stark kritisierten Vorhaltefinanzierung profitieren. Ihre Meinung dazu?

Katja Thielemann: Es handelt sich hier aus meiner Sicht nicht um eine wirk-liche Vorhaltefinan-zierung, weil auch sie weiterhin an die sta-tionäre Leistun-gerbringung, also an Fallzahlen, gekoppelt ist. Es ist, so wie jetzt vorgesehen, eher eine Mogelpackung. Eine echte Vorhalte-finanzierung wäre es,



Fachklinik Bad Freienwalde

wenn das, was ich vorhalte, um einen Krankenhausbetrieb 24/7 betreiben zu können, ausfinanziert würde.

PB: Die drei Standorte sind jeweils weiter als die vorgesehenen 2000 Meter voneinander entfernt. Greift bei Ihnen die Standortregelung nicht?

Katja Thielemann: Diese Strukturvorgabe greift bei uns nicht. Wriezen und Seelow haben ja, wie gesagt, Sicherstellungscharakter. Wenn man will, dass sie in dieser Region die Bevölkerung versorgen, sollte auch die Möglichkeit bestehen, mit der notwendigen Sondergenehmigung die Häuser an ihrem Standort entsprechend zu sichern.

PB: Wie ist die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses Märkisch-Oderland aktuell? Kann der Landkreis als Träger finanziell unterstützen, wenn nötig?

Katja Thielemann: Wir geben uns natürlich große Mühe, die Versorgung bestmöglich zu organisieren, scheitern aber an den Rahmenbedingungen. Seelow und Wriezen sind ja Sicherstellungshäuser in einer sehr dünn besiedelten Region. Wenn aber gleichzeitig Vorgaben im Sinne des Unterhalts zu erfüllen sind, kann man mit den Erlösen die notwendigen Dinge nicht selbst ausfinanzieren. Das ist derzeit wirklich schwierig. Dennoch finde ich es nicht richtig, dass der Landkreis als Träger in die Bresche springen soll – dann fehlt es an Geld für die vielen anderen wichtigen Projekte für die Menschen hier. Wir werden aber durchaus unterstützt, da wir als Krankenhaus

eine Kreditlinie des Landkreises zur Verfügung haben – aber eben Kredit, der auch zurückgezahlt werden muss.

PB: Es kommen weitere Kürzungen der Erlöse mit dem GKV-Spargesetz auf die Krankenhäuser zu...

Katja Thielemann: Ja, damit wird es echt noch härter für uns... Es müssen mehr Strukturvorgaben erfüllt werden bei gleichzeitiger Deckelung und Verkürzung der Gegenfinanzierung. Aber trotz der Einbußen, die nun auf uns zukommen, muss sich der Verbund wirtschaftlich tragen. Wir werden das dann so effektiv wie möglich umsetzen müssen. Auch in diesem Zusammenhang ist der von uns eingeschlagene Weg der Konzentrierung der Leistungen und der abgestimmten Versorgungsangebote an allen drei Kliniken eine gute und richtige Idee. Ja, unsere Bevölkerung hat im Landkreis weitere Wege für den jeweiligen Versorgungsbedarf, aber – wir behalten die wohnortnahe Versorgung und die Notfallversorgung.

PB: Liebe Frau Thielemann, vielen Dank für das Gespräch!

Auch interessant:

www.krankenhaus-mol.de

"37°"-Reportage: Die Landklinik – Leben retten in der Provinz

Streamen möglich



Kickoff für das Rotationstool rotierende
Ärzte Weiterbildung

Vernetzte Versorgung ist das Markenzeichen

GEMEINSAM UND SELBSTBESTIMMT: ENTWICKLUNG NEUER
STRUKTUREN FÜR DIE GESUNDHEITSREGION SÜDWESTSACHSEN



Henriette Auerswald,
Leiterin Regionalentwicklung, C:HUB – Health
Cluster Südwestsachsen, Gesundheitsregion
und Fachkräftecluster

Konstanze Illig,
Projektmanagerin, Gesundheitsregion
Südwestsachsen

Auf Initiative des Klinikums Chemnitz haben sich Krankenhäuser im Südwesten von Sachsen zusammengetan und schließlich Anfang 2024 das Modellvorhaben Gesundheitsregion Südwestsachsen an den Start gebracht. Das Ziel: Gemeinsam die signifikanten Herausforderungen demografischer Wandel, Fachkräftemangel, steigende Gesundheitskosten und die Notwendigkeit der Integration innovativer Technologien in die Patientenversorgung zu bewältigen. Die demografische Entwicklung bis zum Jahr 2030 zeigt in der eher ländlich geprägten Region in Bezug auf die Bevölkerungsdynamik erhebliche Unterschiede zu urbanen Zentren wie Dresden und Leipzig. Zu dieser gehören die Landkreise Vogtland, Erzgebirge, Mittelsachsen, Zwickau sowie die kreisfreie Stadt Chemnitz.

Man wolle nicht darauf warten, dass die Bundesregierung – damals noch im Rahmen der geplanten Krankenhausstrukturreform – von Berlin aus vorschreibe, wie die Gesundheitsversorgung im ländlich geprägten Raum aussehen solle, sondern die notwendigen neuen Strukturen selbstbestimmt aktiv gestalten, erklärte Martin Jonas, Kaufmännischer Geschäftsführer des Klinikums Chemnitz, den Grund zur Initiative und zur Gründung des Modellvorhabens. Gemeinsam wollen die Krankenhäuser in Südwestsachsen und weitere Akteure des Gesundheitswesens und der Landespolitik passgenaue Lösungen für die Versorgung der Bevölkerung finden und umsetzen.

Die Situation in der Region ist geprägt von einem schrumpfenden Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, der natürlich auch das Angebot an medizinischem Fachpersonal betrifft, während die Nachfrage durch die alternde Bevölkerung wächst. Gleichzeitig besteht die Notwendigkeit, innovative Technologien in die Patientenversorgung zu implementieren und insgesamt innovative Lösungen für die Versorgung zu finden, die mit Blick auf das nun verabschiedete GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz, auch damit kompatibel ist, träger- und sektorenübergreifende Kooperationen sowie telemedizinische Vernetzung zu fördern.

Die Initiative erhielt als Modellvorhaben vom Sächsischen Gesundheitsministerium eine 1,5-Millionen-Euro-Förderung für 28 Monate. Ende 2026 werden die Maßnahmen und Projekte evaluiert. Seit Gründung der Gesundheitsregion hat sich enorm viel im Sinne des gemeinsamen Ziels getan. Als einziger Maximalversorger in der Region Südwestsachsen übernimmt das Klinikum Chemnitz im Sinne der angestrebten Zentrenbildung und Spezialisierung wesentliche Versorgungs- und Steuerungsaufgaben.

Einige Beispiele zeigen, wie die Vernetzung entwickelt wird.

Digitale Plattform für rotierende Ärztereweiterbildung

Mit der Krankenhausreform und der Einführung von Leistungsgruppen verändert sich die Krankenhauslandschaft zukünftig grundlegend: Da Leistungen an Standorten wegfallen oder neu zugeordnet werden, müssen manche Weiterbildungsabschnitte künftig krankenhausesübergreifend stattfinden. Dies steigert den Koordinationsaufwand erheblich. In Südwestsachsen befinden sich stets rund 1.500 Medizinerinnen und Mediziner gleichzeitig in der Weiterbildung zum Facharzt. Spätestens jetzt kommen die Insellösungen in den Häusern an ihre Grenzen. Ein digitales Tool mit vollautomatisierten Planungsvorschlägen, das die Anforderungen der Krankenhäuser der Region berücksichtigt, soll Abhilfe schaffen. Bis Ende 2028 soll die HeaRo (für Healthy Rotation) genannte Plattform getestet und weiterentwickelt sowie perspektivisch auf weitere Bereiche übertragen werden.

„SEIT GRÜNDUNG DER GESUNDHEITSREGION HAT SICH ENORM VIEL IM SINNE DES GEMEINSAMEN ZIELS GETAN. ALS EINZIGER MAXIMALVERSORGER IN DER REGION SÜDWESTSACHSEN ÜBERNIMMT DAS KLINIKUM CHEMNITZ IM SINNE DER ANGESTREBTEN ZENTRENBILDUNG UND SPEZIALISIERUNG WESENTLICHE VERSORGUNGS- UND STEUERUNGSAUFGABEN.“

Die drei am Projekt beteiligten Krankenhäuser der Gesundheitsregion Südwestsachsen sind das Klinikum Chemnitz, das Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau und das Klinikum Mittweida. Sie und die Technische Universität Chemnitz erhalten rund 1,2 Millionen Euro Förderung vom Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt zur Evaluation und Weiterentwicklung eines digitalen Ärzte-Rotationstools. In dem Verbundprojekt mit dem vollständigen Namen „Digital gestützte Rotation für die Weiterbildung im Gesundheitswesen (Healthy

Gesundheitsregion Südwestsachsen

Als Kernstück des Modellvorhabens Gesundheitsregion Südwestsachsen (GRSWS) wurde eine regionsbezogene relationale Datenbank der Leistungsgruppenbeschreibungen und das Mapping der Leistungsgruppen auf aktuelle Fallzahlen aller somatischen Krankenhäuser in Südwestsachsen (Daten gemäß § 21 KHEntgG) entwickelt. Die Darstellung der aktuellen Versorgungsbedarfe ermöglicht eine langfristige, evidenzbasierte stationäre Versorgungsplanung. Als Dashboard verfügbar dient sie damit zur Lenkung der Patientenströme für die stationäre Versorgungsplanung und zur Ableitung des Personalbestands und -bedarfs und unterstützt eine vorausschauende Planung.

Zudem wurden in Interviews mit den Geschäftsführungen der Kliniken und weiteren Experten die aktuelle Situation, künftige Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten im Kontext der stationären Versorgungsplanung ermittelt. Das war die Grundlage für Workshops, in denen die Partner der Modellregion gemeinsam Ziele für die künftige stationäre Versorgung priorisiert haben.

Derzeit gehören der GRSWS 21 Krankenhäuser, Vertreter von Krankenkassen, der Krankenhausgesellschaft Sachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der Sächsischen Landesärztekammer an. Es gibt eine koordinierende Regionalgeschäftsstelle.

Für mehr Informationen – GRSWS im Netz grsws-netzwerk.de

Rotation)“ und einem Gesamtvolumen von ca. 1,5 Millionen Euro wird die bestehende Plattform des Unternehmens rotatable technologies GmbH (assoziiierter Partner im Projekt) erstmals trägerübergreifend in einer Region eingesetzt, erprobt und weiterentwickelt.

„Die Krankenhausreform fordert uns heraus, Weiterbildung neu zu denken“, sagt Prof. Dr. Martin Wolz, Medizinischer Geschäftsführer des Klinikums Chemnitz. „Wir nehmen diese Rolle in der Gesundheitsregion Südwestsachsen aktiv an und bündeln die regionalen Kräfte, um eine lückenlose und hochqualitative Facharztausbildung auch über Krankenhausgrenzen hinweg zu garantieren. Die zunehmende Ambulantisierung wird ebenfalls einen großen Einfluss auf die ärztliche Weiterbildung haben, so dass die aktuellen Entwicklungen in der Zukunft auch für

den ambulanten Sektor genutzt werden können.“

Prof. Dr. Andreas Reske, Ärztlicher Direktor des Heinrich-Braun-Klinikums Zwickau ergänzt: „Die digitale Plattform ermöglicht zukünftig die systematische Erfassung, Förderung und Evaluation von Kompetenzen gemäß den Vorgaben der Weiterbildungsordnung.“

In der Pilotphase wird außerdem geprüft, inwieweit die Weiterbildung in der Ambulanz und der Pflege sowie die Koordination des Praktischen Jahres über die Plattform unterstützt werden kann. Die Erkenntnisse des Forschungsprojektes dienen als Basis für die mögliche Einbindung weiterer Kliniken der Gesundheitsregion Südwestsachsen.

„DIE KRANKENHAUSREFORM FORDERT UNS HERAUS, WEITERBILDUNG NEU ZU DENKEN. WIR NEHMEN DIESE ROLLE IN DER GESUNDHEITSREGION SÜDWESTSACHSEN AKTIV AN UND BÜNDELN DIE REGIONALEN KRÄFTE, UM EINE LÜCKENLOSE UND HOCHQUALITATIVE FACHARZTAUSBILDUNG AUCH ÜBER KRANKENHAUSGRENZEN HINWEG ZU GARANTIEREN.“

PROF. DR. MARTIN WOLZ, MEDIZINISCHER GESCHÄFTSFÜHRER DES KLINIKUMS CHEMNITZ

Sektorenübergreifende Weiterbildungsverbünde

Neben innovativen digitalen Ansätzen übernimmt die Gesundheitsregion Südwestsachsen auch in den Weiterbildungsstrukturen selbst konkrete Verantwortung: So hat die GRSWS die Koordination des Weiterbildungsverbundes Hausärzte für Chemnitz übernommen und den Weiterbildungsverbund Pädiatrie neu gegründet.

Ziel dieser Initiativen ist es, die Attraktivität des Standorts Südwestsachsen für medizinische Fachkräfte strukturiert, planungssicher und trägerübergreifend neu zu gestalten. Der ausgeprägte Verbundcharakter ermöglicht eine Synergie aus ambulantem und stationärem Bereich: Die jeweiligen Stärken beider Sektoren werden nicht nur genutzt, sondern zielgerichtet und optimal gelenkt.

Ein zentraler Baustein ist dabei die erfolgreiche Übertragung des Modellcharakters des Modellstudiengangs MEDiC in die anschließende Facharztausbildung. Bisheriges Silo-Denken weicht einer vernetzten Ausbildungskultur, die hochspezialisierte Fachkräfte frühzeitig mit starkem Regionalbezug fördert und langfristig an Südwestsachsen bindet.

Gemeinsam Perspektiven entwickeln

Anfang März 2026 wurde „die fabrik“ in Chemnitz zum lebendigen Zentrum für alle, die die medizinische Zukunft der Region aktiv mitgestalten wollen. Unter dem Motto „Fokus Gesundheitsregion“ kamen Klinik, Wissenschaft und Politik zusammen, um gemeinsam Perspektiven zu entwickeln. Egal ob Medizinstudierende, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

oder erfahrene Experten: Dieser Tag gehörte ganz dem fachlichen Austausch und der persönlichen Karriereplanung.

Das vielfältige Programm startete mit Vortragssessions über neueste Entwicklungen in Diagnostik und Therapie, mit Einblicken in die Intensiv- und Notfallmedizin, Gynäkologie und Chirurgie. Ein Fokus lag auf dem direkten Austausch zwischen dem medizinischen Nachwuchs und erfahrenen Mediziner der Region. Medizinstudierende konnten wertvolle Kontakte zu den Krankenhäusern der Region knüpfen.

Zertifizierte onkologische Zentren kooperieren

Einer der Schwerpunkte der Modellregion ist die Versorgung von Krebspatienten. Dazu gehört die Bildung von Zentren, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Vernetzung mit niedergelassenen Ärzten ebenso wie Erfahrungsaustausch, Wissenschaft und Forschung.

Die zertifizierten onkologischen Zentren des Heinrich-Braun-Klinikums Zwickau und des Klinikums Chemnitz kooperieren seit 2025 für eine bessere Versorgung von Krebspatienten. Beide Zentren arbeiten bereits seit Längerem zusammen und stehen in engem klinischem und wissenschaftlichem Austausch für eine verbesserte Krebsversorgung in der Region Südwestsachsen. Neben der operativen Kompetenz und modernen Systemtherapien bis hin zu Stammzelltransplantationen und CAR-T-Zell-Therapie ist die Strahlentherapie wesentlicher Bestandteil in der onkologischen Behandlung, essenziell für die Zertifizierung von Organkrebszentren und letztlich eines gesamten onkologischen Zentrums. Durch diese enge Kooperation stehen

den Patienten hervorragende Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung: Die speziellen diagnostischen und therapeutischen Optionen sind wohnortnah, standortübergreifend und interdisziplinär verfügbar.

Gemeinsame Fortbildung

Das Onkologische Centrum Chemnitz (OCC) am Klinikum Chemnitz und das Onkologische Zentrum Zwickau (OZZ) am Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau haben den gemeinsamen Auftrag, krankenhausübergreifende Managementaufgaben für die Region Südwestsachsen zu erbringen. So steht es im aktuellen Krankenhausplan für Sachsen. Dazu gehören Kooperationen im Bereich Fort- und Weiterbildung. Den Auftakt bildete das Onkologische Adventssymposium im vergangenen Dezember in Chemnitz. In diesem Jahr findet dieses Symposium in Zwickau statt.

„EIN WEITERER ZENTRALER AUFGABENBEREICH IST DAS NETZWERKMANAGEMENT. DAS UMFASST DIE KOORDINATION UND DEN AUSBAU DER ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN KLINIKEN, NIEDERGELASSENEN ÄRZTEN, ONKOLOGISCHEN SCHWERPUNKTPRAXEN, PFLEGEEINRICHTUNGEN, PSYCHOONKOLOGEN SOWIE WEITEREN PARTNERN.“



Vernetzung als zentrales Element: Beim Event „Fokus Gesundheitsregion“ am 11. März 2026 stand der Vormittag in „die fabrik“ Chemnitz im Zeichen des fachlichen Austauschs zwischen Medizinstudierenden, Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung sowie erfahrenen Experten.



Fotos: GRSW

Ärztliche Koordination in der GRSWS stärkt Versorgung

Gestärkt wurde und wird die medizinische Versorgung von Krebspatienten in der Region auch durch eine intensivierte Kooperation zwischen dem Klinikum Chemnitz und dem Erzgebirgsklinikum mit seinen Standorten Annaberg, Stollberg, Zschopau und Olbernhau. Ziel ist es, die onkologische Versorgung in ganz Südwestsachsen sektorenübergreifend zu verbessern, Versorgungsstrukturen weiter zu vernetzen und eine qualitativ hochwertige, leitliniengerechte und patientenorientierte Behandlung sicherzustellen.

Diese Zusammenarbeit wird durch Dr. Elke Möbius, Chefärztin der Klinik für Innere Medizin II des Erzgebirgsklinikums, in der Funktion als ärztliche Koordinatorin für die Onkologie in der Gesundheitsregion Südwestsachsen gestaltet und weiterentwickelt. Gemeinsam mit Prof. Dr. Andreas Sandler, der seit dem 1. Februar 2026 als ärztlicher Koordinator des Onkologischen Centrums Chemnitz (OCC) tätig ist, wurden bereits Strukturen etabliert, von denen Patienten in ganz Südwestsachsen unmittelbar profitieren.



Erste gemeinsame Fortbildung der beiden onkologischen Zentren OCC am Klinikum Chemnitz (KC) und OZZ am Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau (HBK). Im Mittelpunkt der Ärztefortbildung am 6. Dezember 2025 standen die Themen „Metastasen von kolorektalen Karzinomen“ und „Diffuse Large B-Zell-Lymphoma“.

Ein Kernstück der Zusammenarbeit ist das seit 2024 bestehende gemeinsame Tumorboard.

Jährlich werden hier für etwa 800 bis 900 onkologische Patienten individuelle Therapieentscheidungen auf höchstem Niveau getroffen.



Foto - von links: Dr. med. Alexander D. Boicev (Chefarzt Strahlentherapie und Radioonkologie HBK), Dr. med. Lars-Olof Mügge (Chefarzt Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin und Leiter des OZZ HBK), Prof. Dr. Korinna Jöhrens (Chefarztin des Instituts für Pathologie KC) und PD Dr. med. habil. Gunther Klautke (Chefarzt der Klinik für Radioonkologie KC)

Ein Schwerpunkt der ersten Monate lag für Dr. Möbius in der Sicherstellung definierter Qualitätsstandards und der Begleitung von Zertifizierungsprozessen onkologischer Zentren. Ein weiterer zentraler Aufgabenbereich ist das Netzwerkmanagement. Das umfasst die Koordination und den Ausbau der Zusammenarbeit zwischen Kliniken, niedergelassenen Ärzten, onkologischen Schwerpunktpraxen, Pflegeeinrichtungen, Psychoonkologen sowie weiteren Partnern. Im Bereich der Prozessoptimierung arbeitet die ärztliche Koordinatorin an der Weiterentwicklung und Vereinheitlichung onkologischer Leistungen.

Früherkennungsangebot für Raucher

Klinikum Chemnitz und Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau setzen gemeinsam ein neues Vorsorgeangebot für Menschen mit erhöhtem Lungenkrebsrisiko um.

Mit dem Start des Lungenkrebs-Screenings wird ein neues Angebot der qualitätsgesicherten Krebsfrüherkennung in der Region geschaffen. Auch hier kooperieren das Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau und das Klinikum Chemnitz innerhalb des Prozesses. Ziel des Screenings

ist es, Lungenkarzinome möglichst frühzeitig zu erkennen – in einem Stadium, in dem sie häufig noch gut behandelbar oder heilbar sind.

Erster Anlaufpunkt für das Screening sind Hausärztinnen und Hausärzte sowie entsprechend qualifizierte niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte. Dort werden die Anspruchsvoraussetzungen geprüft, die vorgeschriebene ärztliche Aufklärung über Nutzen und Risiken des Screenings durchgeführt und bei erfüllten Kriterien die Überweisung zur Untersuchung bei Radiologinnen und Radiologen ausgestellt.

„MIT DEM TELERADIOLOGIEVERBUND SCHAFFEN WIR EINE DIGITALE STRUKTUR, DIE DIE RADIOLOGISCHE EXPERTISE IN SÜDWESTSACHSEN STANDORTÜBERGREIFEND STÄRKT. DAS IST EIN WICHTIGER SCHRITT, UM REGIONALE ZUSAMMENARBEIT IM VERSORGUNGSALLTAG WIRKSAM WERDEN ZU LASSEN UND MEDIZINISCHE BETREUUNG AUCH UNTER VERÄNDERTEN RAHMENBEDINGUNGEN VERLÄSSLICH ZU SICHERN.“

Prozess einbezogen. Zahlreiche regionale Häuser haben ihr Interesse bereits über Absichtserklärungen bekundet. Im nächsten Schritt wird ein eigener Fachbeirat für die Region Südwestsachsen gegründet, in dem die Partnerkliniken den konkreten Bedarf, relevante Anwendungsfälle (wie beispielsweise Telekonsile) sowie die Prioritäten aktiv mitgestalten.

Bisherige telemedizinische Insellösungen sollen durch das STN schrittweise auf einer einheitlichen, standardisierten und datenschutzkonformen Plattform zusammengeführt werden. Für die Vorbereitung und die erste zweijährige Umsetzungsphase haben die drei Maximalversorger einen Projektantrag im Rahmen des Krankenhausstransformationsfonds (KHTF) auf den Weg gebracht.

Kooperation für Ausbau und Einsatz von Telemedizin: Sächsisches Telemedizin-Netzwerk (STN)

Die drei sächsischen Maximalversorger – das Universitätsklinikum Leipzig, das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden und das Klinikum Chemnitz – wollen gemeinsam den Einsatz der Telemedizin im Freistaat deutlich ausbauen. Ziel der Kooperation ist es, bestehende Einzellösungen zu harmonisieren und die Strukturen zu einem Sächsischen Telemedizin-Netzwerk (STN) weiterzuentwickeln. Über die Plattform soll medizinische Expertise digital noch stärker vernetzt werden, um die Versorgungssicherheit in Sachsen langfristig zu sichern und zu verbessern – insbesondere für Patientinnen und Patienten in ländlichen Regionen. Perspektivisch sollen weitere Akteure des Gesundheitswesens eingebunden werden.

Ein zentraler Baustein der Initiative ist die direkte Einbindung der Region: Die GRSWS-Partnerkliniken werden von Anfang an eng in den

Teleradiologieverbund zur Verbesserung der wohnortnahen radiologischen Versorgung

Die Gesundheitsregion Südwestsachsen startet einen Teleradiologieverbund, um radiologische Expertise standortübergreifend verfügbar zu machen und die medizinische Versorgung in der Region zukunftssicher aufzustellen. Ausgangspunkt des Vorhabens sind der demografische Wandel und der zunehmende Fachkräftemangel, die auch in der Radiologie neue Formen der Zusammenarbeit erfordern. Das Projekt verbindet digitale Infrastruktur mit optimierten Prozessen und zielt auf eine wirtschaftlich tragfähige sowie moderne wohnortnahe Patientenversorgung.

Kern des Vorhabens ist der Aufbau einer koordinierten Struktur, über die radiologische Befundung flächendeckend unterstützt werden kann. Ziel ist es, die kontinuierliche fachärztliche Versorgung im Bereitschaftsdienst zu sichern und Partnerkliniken im Tagesgeschäft

bei personellen Engpässen zu entlasten. Damit soll die Verfügbarkeit radiologischer Leistungen verbessert und die Versorgungsqualität in Südwestsachsen nachhaltig gestärkt werden.

Im Verbund übernimmt das Klinikum Chemnitz die Funktion des primären Befundzentrums. Die Gesamtsteuerung des Projekts liegt bei der Gesundheitsregion Südwestsachsen. Mit dem DIAKOMED Diakoniekrankenhaus Chemnitzer Land wurde inzwischen der erste Partner erfolgreich angebunden. Weitere Kliniken der Region sollen schrittweise eingebunden werden, sobald die jeweiligen fachlichen, technischen und genehmigungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Mit dem Teleradiologieverbund schaffen wir eine digitale Struktur, die die radiologische Expertise in Südwestsachsen standortübergreifend stärkt. Das ist ein wichtiger Schritt, um regionale Zusammenarbeit im Versorgungsalltag wirksam werden zu lassen und medizinische Betreuung auch unter veränderten Rahmenbedingungen verlässlich zu sichern.

Der Verbund knüpft an bestehende digitale Strukturen an. Eine wichtige Rolle spielt die Anbindung an Sax-PACS, das im Klinikum Chemnitz bereits eingeführt wurde. Das in Sachsen entwickelte Portal vernetzt radiologische Einrichtungen sektorenintern und sektorenübergreifend und wird künftig in den regionalen Verbund eingebunden.

Unterstützungsleistungen für Partnerkliniken

Der Teleradiologieverbund umfasst nicht nur die technische Übermittlung und Befundung von Bilddaten. Die Radiologie des Klinikums Chemnitz unterstützt die Partnerkliniken gemeinsam mit den eingebundenen Medizinphysikern auch bei Genehmigungsverfahren, bei der Erstellung von Gesamt- und Ausfallkonzepten sowie bei Standardarbeitsanweisungen. Hinzu kommen operative Leistungen

wie Konstanzprüfungen, die Dokumentation teleradiologischer Vorgänge, medizinphysikalische Betreuung, Quartalsmeldungen an die Aufsichtsbehörden und regelmäßige Personalschulungen.

Grundstein für neuen kommunalen Klinikverbund gelegt

Die Geschäftsführer des Klinikums Chemnitz und des DIAKOMED – Diakoniekrankenhaus Chemnitzer Land sowie die Gesellschafter der Stadtmission und die Minderheitsgesellschafter, die Städte Burgstädt und Limbach-Oberfrohna, haben sich vertraglich zu einer Verbundlösung verständigt. Final bestätigt wird der Verbund nach Verabschiedung des Krankenhausplans und der Genehmigung zum Transformationsfonds durch das Sächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gesellschaftlichen Zusammenhalt.

Mit der Vertragsunterzeichnung haben die Partner den vertraglichen Grundstein für einen neuen kommunalen Klinikverbund in Südwestsachsen gelegt, der die medizinische Versorgung langfristig stabilisiert, Spezialisierungen ermöglicht, wirtschaftliche Effizienzpotenziale erschließt und so beide Klinikstandorte nachhaltig sichert und weiterentwickelt.



Vertragsunterzeichnung für den neuen kommunalen Klinikverbund: Gruppenbild der Geschäftsführer, der Gesellschafter, der anwaltlichen Vertretung sowie der Leitungen der Träger mit Rechtsanwalt Martin Schwandt; Martin Jonas, Kaufmännischer Geschäftsführer Klinikum Chemnitz; Prof. Dr. Martin Wolz, Medizinischer Geschäftsführer Klinikum Chemnitz; Karla McCabe, Direktorin der Stadtmission Chemnitz; Johannes Härtel, Kaufmännischer Direktor der Stadtmission Chemnitz; Lars Naumann, Bürgermeister Burgstädt; Jens Fichtmüller, (zum Zeitpunkt der Vertragsunterzeichnung noch Geschäftsführer Diakomed); Gerd Härtig, Oberbürgermeister, Limbach-Oberfrohna (von links)

Klinikum und TU vertiefen Zusammenarbeit in Forschung und Transfer

Chemnitz soll in den kommenden Jahren zu einem führenden Zentrum für Gesundheits- und Medizintechnikforschung entwickelt werden. Im Mittelpunkt stehen Themen wie Digitale Medizin, Prävention und Rehabilitation, Sensorik und Robotik, Diagnostik und Bildgebung sowie AR/VR und Spatial-Computing. Den Grundstein dafür legten das Klinikum und die Technische Universität mit einer Kooperationsvereinbarung.

Das Abkommen wurde im Dezember vergangenen Jahres vom Medizinischen Geschäftsführer des Klinikums Chemnitz, Prof. Dr. Martin Wolz, dem Kaufmännischen Geschäftsführer Martin Jonas gemeinsam mit dem Rektor der Technischen Universität Chemnitz, Prof. Dr. Gerd Strohmeier, und dem Kanzler der TU, Peter Bernshausen, unterzeichnet. Ziel ist es, gemeinsame wissenschaftliche, technologische und klinische Potenziale zu bündeln. Forschungsaktivitäten werden künftig strategisch

abgestimmt und über gemeinsame Projekte umgesetzt.

Lösungsraum für Pilotierung und angewandte Forschung (Grafik C:HUB)

In die krankenhausübergreifende Zusammenarbeit fließen viele innovative Projekte ein, um die medizinische Versorgung der Zukunft aktiv zu gestalten – ganz im Sinne des C:HUB – Health Cluster Südwestsachsen. Als „Betriebssystem der Region“ bildet der Hub einen Lösungsraum für Pilotierung, angewandte Forschung sowie den Transfer zwischen Wissenschaft, Wirtschaft und Versorgung. Die gemeinsam von der Technischen Universität Chemnitz und dem Klinikum Chemnitz entwickelte Initiative unterstützt gezielt die Transformation der Region zu einem leistungsfähigen Gesundheits- und Wirtschaftsstandort durch Innovation, Kooperation und Wissensvernetzung.





Strategisches Zielbild Zentralklinikum

FRÜHER DREI STANDORTE, DANN ZWEI STANDORTE,
FERNZIEL ZENTRAKLINIKUM

Der Aufsichtsrat des Städtischen Klinikums Braunschweig (skbs) hat Anfang Mai dieses Jahres einer Beschlussvorlage zugestimmt, in der die künftige Entwicklung zum Zentralklinikum als klares strategisches Ziel für das skbs festgelegt wird.

Mit der Entscheidung leitet das Klinikum die Weiterentwicklung vom sogenannten „Zwei-Standorte-Konzept“ zu einem „Ein-Standort-Konzept“ ein. Das Fernziel ist die vollständige Bündelung aller medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen im Fichtengrund 1. Abläufe sollen weiter vereinfacht und Prozesse noch besser aufeinander abgestimmt werden.

„Die Konzentration an einem Standort schafft die Voraussetzungen für ein reibungsloseres Arbeiten, höhere Prozessqualität und eine zukunftsfähige medizinische Versorgung“, erklärte Priv. Doz. Dr. Alina Dahmen, die Anfang Mai die medizinische Geschäftsführung des Hauses übernommen hatte. Dazu soll

der Ausbau des Standortes Fichtengrund 1 weiter vorangetrieben werden sowie im nächsten Schritt die Errichtung des Neubaus Nord.

Finanzierung über den Transformationsfonds von Bund und Ländern

Eine entscheidende Rolle spielt dabei die Finanzierung. Diese soll nicht vom Klinikum selbst oder der Stadt getragen werden. Stattdessen soll sie über den Transformationsfonds gesichert werden, getragen von Bund und Ländern zur Umsetzung der Krankenhausreform.

Dabei geht es zum Beispiel um Neubauten, Standortkonzentrationen oder die Neuordnung von Versorgungsstrukturen – also genau um das, was das Klinikum plant. Bis zu 50 Milliarden Euro werden dafür in den nächsten zehn Jahren bundesweit bereitgestellt.

Das Klinikum Braunschweig

Mit 1.475 vollstationären Planbetten sowie 24 teilstationären Planbetten und über 4.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankenhaus incl. Tochtergesellschaften ist das Klinikum Braunschweig einer der größten Arbeitgeber in der Region. Das Krankenhaus der Maximalversorgung auf universitärem Niveau versorgt die Region Braunschweig mit rund 1,2 Millionen Einwohnern. Jährlich werden mehr als 50.000 Patienten stationär und rund 200.000 ambulant behandelt. Zum Klinikum gehören die Standorte Klinikum Fichtengrund (ehemals Salzdahlumer Straße), Klinikum Celler Straße sowie das skbs Reha-Sportzentrum in der Nimes Straße.

„Das skbs sieht in der Finanzierung des Zentralklinikums über den Fonds den Weg, ein schlüssiges, langfristig tragfähiges Gesamtkonzept umzusetzen und damit die medizinische Versorgung nachhaltig auf einem universitären Niveau zu halten“, erklärt Jan-Olaf Klok, kaufmännischer Geschäftsführer des Städtischen Klinikums Braunschweig. Entsprechende Anträge zur Realisierung der nächsten großen baulichen Entwicklungsschritte werden in den kommenden Planungsphasen dieses Jahr gestellt.

Zeitliche Perspektive langfristig angelegt

Die zeitliche Perspektive für den Ausbau des Standortes Fichtengrund 1 ist dabei sehr langfristig angelegt. Der Neubau Süd soll voraussichtlich 2030/31 in Betrieb gehen. Der Neubau Nord, der über den Transformationsfonds finanziert werden soll, ist mit einer Inbetriebnahme 2037 geplant. Danach folgt die Entwicklung des Baufelds West, das Raum für Verwaltung und zentrale Infrastruktur bieten soll – ebenfalls gefördert über den Transformationsfonds, mit einem Zielhorizont bis 2042.

Hintergrund:

Am 13. November 2024 vermeldete das Klinikum den Umzug des ersten Patienten in den neu eröffneten Gebäudeteil Ost am Standort Salzdahlumer Straße. Dieser symbolische Moment markiere den Beginn eines umfangreichen Umzugsprozesses, der in drei Umzugswellen über mehrere Wochen durchgeführt werde, heißt es. Der finale Umzug der Kliniken, Abteilungen und Bereiche aus der Holwedestraße erfolge vom 9. Dezember bis 13. Dezember 2024. Damit werde der klinische Standort Holwedestraße endgültig geschlossen und die Patientenhauptversorgung des Klinikums vollständig an den Standorten Salzdahlumer Straße (in Zukunft Fichtengrund 1) und Celler Straße konzentriert. Das sei ein bedeutender Meilenstein für das Klinikum und ein sichtbares Zeichen für den Fortschritt der Umstrukturierung, so der damalige Geschäftsführer.

Quelle: skbs/pb-red



Zusammen in eine starke Zukunft: Die Vorstandsmitglieder des Klinikums Nürnberg Prof. Dr. Achim Jockwig (4. v. re.), Tobias Ludwig (Mitte hinten) und Sabine Beßler (6. v. li.) gemeinsam mit Mitarbeitenden verschiedener medizinisch-pflegerischer Berufe der Klinik Hallerwiese-Cnopfsche Kinderklinik und des Klinikums Nürnberg.

Medizinkonzept für zukunftssichere Versorgung

MIT IHREM MEDIZINKONZEPT SCHAFFEN DAS KLINIKUM NÜRNBERG
UND DIE KLINIK HALLERWIESE-CNOPFSCHKE KINDERKLINIK
DIE BASIS FÜR DIE GEMEINSAME ZUKUNFT.

Zum 1. Januar 2027 übernimmt das Klinikum Nürnberg die Klinik Hallerwiese-Cnopfsche Kinderklinik. Mit einem gemeinsamen Medizinkonzept haben beide Häuser jetzt die Grundlage für die künftige medizinische Zusammenarbeit geschaffen. Das Konzept setzt Schwerpunkte für die Weiterentwicklung der Nürnberger Klinikstandorte und sichert eine langfristig leistungsfähige Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in der Region. Für Mitarbeitende und Patienten bleibt das medizinische Angebot im Jahr 2027 weitgehend unverändert.

Das Klinikum Nürnberg

Das Klinikum Nürnberg hat seit 1897 ein starkes medizinisches Profil entwickelt, mit dem es heute weit über die Stadtgrenzen hinaus ein umfassendes Versorgungsangebot für Patientinnen und Patienten aus der gesamten Metropolregion Nürnberg bietet. Knapp 335.000 stationäre und ambulante Patientinnen und Patienten werden jedes Jahr an den beiden Standorten Campus Nord in Nürnberg-St. Johannis und Campus Süd in Nürnberg-Langwasser versorgt. Zum Klinikum Nürnberg gehören zudem die Krankenhäuser Nürnberger Land mit ihren beiden Standorten in Lauf und Altdorf sowie das Ambulante Behandlungszentrum mit über 20 Standorten in Nürnberg, Fürth und im Nürnberger Land.

Klinik Hallerwiese–Cnopfsche Kinderklinik (Diakoneo)

Medizinischer Fortschritt und über 100 Jahre Tradition verbinden sich in der Klinik Hallerwiese in einem modernen Klinikgebäude. Die Klinik verfügt über fünf chefärztlich geleitete Hauptabteilungen, zwei Belegabteilungen sowie Konsiliarärzte. Die Cnopfsche Kinderklinik, eine der traditionsreichsten Kliniken für Kinder und Jugendliche in Deutschland, verfügt über 145 Betten und betreut Kinder und Jugendliche von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr. Der Zusammenschluss beider Kliniken erfolgte 1987.

Diakoneo mit Sitz in Neuendettelsau will mittelfristig den Bereich Gesundheit mit allen Krankenhäusern und MVZ verkaufen und sich auf die Bereiche Bildung und Dienste für Menschen konzentrieren.

Seit März 2026 analysieren und entwickeln Expertenteams beider Kliniken die medizinischen Angebote und Versorgungsstrukturen gemeinsam weiter. Ziel ist es, bei der Integration der Klinik Hallerwiese–Cnopfsche Kinderklinik in das Klinikum Nürnberg ab 1. Januar 2027 die Stärken der Standorte gezielt zu nutzen, Doppelstrukturen zu vermeiden und Kompetenzen auszubauen. Die Arbeitsgruppen berücksichtigen organisatorische und wirtschaftliche Bedingungen ebenso wie Strukturvorgaben der Krankenhausreform und den Versorgungsbedarf im Raum Nürnberg.

Das Medizinkonzept, das den Mitarbeitenden beider Häuser am 8. Juli dieses Jahres vorgestellt wurde, legt die künftige fachliche Ausrichtung der Klinikstandorte fest. Es sieht je nach Fachbereich örtliche Bündelungen, Spezialisierungen und Verlagerungen vor. Die Umsetzung erfolgt schrittweise. Im Übergangsjahr 2027 geht der Betrieb für Mitarbeitende sowie für Patientinnen und Patienten im Wesentlichen wie gewohnt weiter. Die meisten strukturellen Änderungen greifen ab 2028, also erst, wenn die aktuell entstehenden Kinderklinik-Neubauten beider Häuser in Betrieb sind.

Klinik Hallerwiese wird als Frauenklinik mit Geburtshilfe gestärkt

In der Geburtshilfe behalten sowohl der Campus Süd in Nürnberg-Langwasser als auch der künftige Campus Hallerwiese in St. Johannis ihre großen Abteilungen langfristig mit bewährter Kapazität bei. Mittelfristig wird der Campus Hallerwiese in seiner langen Tradition als Frauenklinik gestärkt: Ab 2028 verlagert das Klinikum Nürnberg seine Frauenheilkunde – also die gynäkologische Versorgung mit Ausnahme des Bereichs Geburtshilfe – vollständig dorthin. Somit entsteht auf dem Campus Hallerwiese eine große Frauenklinik mit etabliertem Brustzentrum und familienorientierter Geburtshilfe; die Klinik kann künftig sektorenübergreifend hochspezialisierte Behandlungen unter einem Dach anbieten.

In der Kinder- und Jugendmedizin setzen der Campus Süd und die Klinik Hallerwiese–Cnopfsche Kinderklinik die pädiatrische, kinderchirurgische und orthopädische Versorgung langfristig an beiden Standorten fort. Dabei werden örtliche Schwerpunkte entstehen, etwa in der Kinder- und Jugendchirurgie durch die gezielte Verteilung von operativen Eingriffen für verbesserte Planbarkeit. Das

Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsstufe (Level 1) für Risikoschwangere, Früh- und Neugeborene mit schweren Erkrankungen konzentriert sich ab 2028 auf dem Campus Süd. Die Cnopfsche Kinderklinik ist künftig weiterhin „perinataler Schwerpunkt“ mit umfassenden Möglichkeiten zur Überwachung von Neugeborenen. Beide Standorte betreiben ihre Kindernotaufnahmen rund um die Uhr weiter. Die Kinderonkologie bleibt zunächst in den gewohnten Räumen auf dem Campus Hallerwiese, bevor sie perspektivisch auf den Campus Süd ziehen soll.

In der Erwachsenenmedizin werden ab 2028 die Innere Medizin, Zentrale Notaufnahme und Intensivmedizin auf dem Campus Nord des Klinikums Nürnberg zusammengeführt. Die Belegabteilungen für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie der Klinik Hallerwiese-Cnopfsche Kinderklinik bleiben bestehen, in enger Abstimmung mit den jeweiligen Hauptabteilungen des Klinikums Nürnberg. Die Allgemein- und Viszeralchirurgie auf dem Campus Hallerwiese bleibt ebenfalls bestehen und wird im Verbund mit der Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie des Klinikums Nürnberg individuelle Schwerpunkte für die beiden Standorte etablieren, um die verfügbaren OP-Kapazitäten möglichst effizient zu nutzen.

Traditionsreiche Namen leben auf dem Campus Hallerwiese fort

Sämtliche Fachgebiete arbeiten ab 1. Januar 2027 jeweils unter einer gemeinsamen, standortübergreifenden Leitungsstruktur, um die geplanten Entwicklungen bestmöglich zu koordinieren und die Leistungsangebote beider Häuser im Sinne der Patientenversorgung weiter auszubauen. Das Klinikum Nürnberg hat die Planungen eng mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention sowie mit dem Verwaltungsrat des Klinikums abgestimmt.

Nach dem Trägerwechsel bleiben bekannte Namenstraditionen gewahrt. Das „Klinikum Nürnberg“ wird zur Dachmarke für alle Standorte. Die heutige Klinik Hallerwiese-Cnopfsche Kinderklinik an der St.-Johannis-Mühlgasse wird künftig als „Campus Hallerwiese“ in die Marke „Klinikum Nürnberg“ aufgenommen, analog zu dessen „Campus Nord“ an der Prof.-Ernst-Nathan-Straße und zum „Campus Süd“ an der Breslauer Straße. Das Klinikum Nürnberg führt künftig standortübergreifend die Untermarke „Kinderklinikum Nürnberg“ für alle pädiatrischen und kinderchirurgischen Angebote. Der Name „Cnopfsche Kinderklinik“ bleibt darin als Ortsbezeichnung bestehen. Er ergänzt das künftige „Friedl Schöller-Haus“,

Das Klinikum Nürnberg und Diakoneo als Träger der Klinik Hallerwiese-Cnopfsche Kinderklinik besiegelten im Februar 2026 nach langen Verhandlungen die Übernahme zum 1. Januar 2027 durch das Klinikum Nürnberg. Diakoneo bleibt bis dahin Träger und verantwortlich für den Klinikbetrieb. Mit der Integration der Klinik Hallerwiese-Cnopfsche Kinderklinik in das Klinikum Nürnberg entsteht eine der größten Geburtskliniken und einer der größten pädiatrischen und kinderchirurgischen Versorger bundesweit.

„DAS MEDIZINKONZEPT IST EINE GEMEINSCHAFTSLEISTUNG ALLER BERUFSGRUPPEN BEIDER HÄUSER. IHNEN GILT UNSER DANK FÜR DIE STRATEGISCHE ARBEIT. WAS WIR DAMIT VORLEGEN, IST EIN RAHMENWERK, DAS DIE KLARE RICHTUNG VORGIBT UND NUN AB 2027 SCHRITTWEISE UMGESETZT WIRD. UNSER ZIEL IST KLAR: WIR WOLLEN DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG IN DER REGION NACHHALTIG STÄRKEN.

PROF. DR. ACHIM JOCKWIG,
VORSTANDSVORSITZENDER DES
KLINIKUMS NÜRNBERG

“

den Neubau des Kinderklinikums auf dem Campus Süd, der mit seinem Namen an die wichtige Stifterin erinnert.

„Das Medizinkonzept ist eine Gemeinschaftsleistung aller Berufsgruppen beider Häuser. Ihnen gilt unser Dank für die strategische Arbeit“, sagt Prof. Dr. Achim Jockwig, Vorstandsvorsitzender des Klinikums Nürnberg. „Was wir damit vorlegen, ist ein Rahmenwerk, das die klare Richtung vorgibt und nun ab 2027 schrittweise umgesetzt wird. Unser Ziel ist klar: Wir wollen die medizinische Versorgung in der Region nachhaltig stärken. Durch die gezielte Bündelung von Kompetenzen, eine sinnvolle Schwerpunktbildung und den Abbau von Doppelstrukturen schaffen wir die Voraussetzungen für mehr Qualität, Versorgungssicherheit und langfristige Zukunftsfähigkeit. Dabei orientieren wir uns konsequent an den Anforderungen der Krankenhausreform und stellen die Interessen unserer Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt.“

Die Klinik Hallerwiese-Cnopfsche Kinderklinik und das Klinikum Nürnberg als Maximalversorger spielen eine wichtige Rolle für die stationäre Versorgung in der Metropolregion Nürnberg, insbesondere von Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen sowie Schwangeren. In der Geburtshilfe betreuten beide Häuser zuletzt jeweils rund 3.000 Geburten pro Jahr. In den Bereichen Pädiatrie, Neonatologie und Kinderchirurgie behandelt jedes Haus insgesamt rund 7.000 stationäre Patienten pro Jahr. Das medizinische Angebot inklusive Notfallversorgung steht rund um die Uhr bereit. Beide Krankenhäuser errichten aktuell an ihrem jeweiligen Standort einen Neubau für ihre Kindermedizin. Die Fertigstellung beider Bauprojekte ist für 2027 geplant.

Klinikum Nürnberg



Mühlenkreiskliniken und Landkreis informieren: Im Bild stehen (v.l.) Vorstandsvorsitzender Dr. Olaf Bornemeier, Kämmerer Jörg Schrader, Moderatorin Irma Mujanovic, Leiter der Stabsstelle Neubau Lars Matthiesen und Landrat Ali Doğan.

„Wir haben erklärt, diskutiert und zugehört“

UMFANGREICHE INFORMATIONSKAMPAGNE ZU NEUBAUPLANUNGEN ABGESCHLOSSEN

Nach Wochen intensiver Information war Mitte Juli dieses Jahres die bislang umfangreichste Dialog- und Informationskampagne zu einem der größten Infrastrukturprojekte im Mühlenkreis abgeschlossen. Mit insgesamt 24 öffentlichen und nicht-öffentlichen Veranstaltungen haben der Kreis Minden-Lübbecke und die Mühlenkreiskliniken Mitarbeitende, Bürgerinnen und Bürger sowie politische Entscheidungsträger umfassend über die geplanten Krankenhausneubauten informiert.

Hinzu kommen zahlreiche veröffentlichte Gutachten, Präsentationen, FAQs, Erklärvideos und Hintergrundinformationen auf der Projektwebsite. Damit sehen Kreis und Mühlenkreiskliniken die Grundlage für die anstehenden politischen Entscheidungen geschaffen.

„Wir haben erklärt, diskutiert und zugehört. Wir haben Fragen beantwortet, Kritik

aufgenommen und unsere Planungen transparent offengelegt. Mehr Transparenz bei einem Projekt dieser Größenordnung ist kaum möglich“, sagt Landrat und Verwaltungsratsvorsitzender der Mühlenkreiskliniken Ali Doğan.

Im Mittelpunkt der Dialogoffensive standen die Bürgerdialoge in Lübbecke, Espelkamp, Bad Oeynhausen und Minden. Dort erläuterten Fachleute und Verantwortliche über mehrere Stunden die medizinischen, wirtschaftlichen und baulichen Hintergründe der Neubauplanungen und beantworteten die Fragen der Besucherinnen und Besucher. Die Bürgerdialoge aus Lübbecke, Espelkamp und Bad Oeynhausen wurden vollständig aufgezeichnet und stehen dauerhaft online zur Verfügung. Gemeinsam mit den veröffentlichten Gutachten, Präsentationen und Erläuterungen ermöglichen sie allen Interessierten, sich unabhängig und umfassend über das Projekt zu informieren.

Die Mühlenkreiskliniken

»Mühlenkreiskliniken«, so heißt der Zusammenschluss des Johannes Wesling Klinikums Minden, des Krankenhauses Rahden, des Krankenhauses Lübbecke und des Krankenhauses Bad Oeynhausen. Als 100-prozentige Tochtergesellschaften gehört die Auguste-Viktoria-Klinik Bad Oeynhausen GmbH zum Verbund. Betrieben wird auch ein Medizinisches Zentrum für Seelische Gesundheit, ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) und die Akademie für Gesundheitsberufe. Träger ist der Kreis Minden-Lübbecke. Über 5.200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter versorgen jährlich etwa 250.000 Patient*innen, ambulant und stationär.

Mit ihren Standorten in Minden als Universitätsklinikum, in Bad Oeynhausen, Lübbecke und Rahden als Akademische Lehrkrankenhäuser sind die Mühlenkreiskliniken Partner der Ruhr-Universität Bochum im Bereich der Mediziner Ausbildung.

„STELLEN WIR IM KREIS MINDEN-LÜBBECKE NICHT DIE RICHTIGEN WEICHEN, KANN ES PASSIEREN, DASS WIR AM ENDE NUR NOCH EIN KRANKENHAUS IM KREISGEBIET HABEN WERDEN. NICHT, WEIL WIR ES SO WOLLEN. ES WIRD EINFACH PASSIEREN.“

VORSTANDSVORSITZENDER
DR. OLAF BORNEMEIER

Konzentration von fünf auf drei Standorte notwendig

Auch in den Räten der Städte und Gemeinden wurde intensiv diskutiert. Dabei zeigte sich über Fraktions- und Parteigrenzen hinweg eine breite Unterstützung für die geplante Neuausrichtung der Krankenhauslandschaft. Die meisten politischen Vertreter erkennen an, dass die Krankenhausreform, der Fachkräftemangel, steigende Qualitätsanforderungen und die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen neue Strukturen erforderlich machen. „Wir konnten deutlich machen, dass die Krankenhauslandschaft sich in den nächsten Jahren massiv verändern wird. Es werden 30 bis 40 Prozent

der Krankenhäuser in Deutschland schließen. Wir konnten zeigen, dass wir mit unserem Plan, fünf Krankenhausstandorte auf drei zu konzentrieren, die Chance haben, in diesem Prozess eine aktive Rolle zu übernehmen. Stellen wir im Kreis Minden-Lübbecke nicht die richtigen Weichen, kann es passieren, dass wir am Ende nur noch ein Krankenhaus im Kreisgebiet haben werden. Nicht, weil wir es so wollen. Es wird einfach passieren“, sagt der Vorstandsvorsitzende Dr. Olaf Bornemeier.

Es geht um die Versorgung von 300.000 Menschen im Kreis

Kritische Stimmen konzentrieren sich hingegen vor allem auf die Stadt Lübbecke. Dort wird die Diskussion teilweise weiterhin von der Sorge um den Verlust des bisherigen Krankenhausstandortes geprägt. „Dass Menschen um ihr Krankenhaus kämpfen, ist menschlich und nachvollziehbar. Was ich allerdings bedauere,

ist, wenn lokale Interessen den Blick auf das große Ganze verstellen. Es geht nicht um Lübbecke, Espelkamp, Bad Oeynhausen oder Minden. Es geht um die medizinische Versorgung von mehr als 300.000 Menschen im gesamten Mühlenkreis. Eine Entscheidung dieser Tragweite darf nicht von Kirchturmdenken bestimmt werden, sondern muss sich an medizinischen Fakten, Versorgungsqualität und wirtschaftlicher Verantwortung orientieren“, betont Landrat Ali Doğan.

Alle wesentlichen Informationen liegen auf dem Tisch

Mit dem Abschluss der Informationsreihe beginnt nun die politische Entscheidungsphase. Für den Kreis und die Mühlenkreiskliniken steht fest: Alle wesentlichen Informationen liegen auf dem Tisch. „Jede und jeder hatte die Möglichkeit, sich umfassend zu informieren. Jetzt ist der Zeitpunkt gekommen, auf Grundlage der Fakten zu entscheiden. Diese Verantwortung trägt der demokratisch gewählte Kreistag – und ich bin überzeugt, dass die Mitglieder des Kreistags dieser Verantwortung mit Weitsicht gerecht werden“, sagt Ali Doğan.

Der Kreis Minden-Lübbecke und die Mühlenkreiskliniken hatten Ende April im Rahmen einer gemeinsamen Pressekonferenz den weiteren Zeitplan für die finalen Entscheidungen zu den geplanten Krankenhausneubauten im Lübbecke Land und in Bad Oeynhausen vorgestellt. Ziel war es, die Weichen für eine zukunftsfähige medizinische Versorgung im gesamten Kreisgebiet transparent, nachvollziehbar und unter breiter Beteiligung der Öffentlichkeit zu stellen.

Den formalen Auftakt bildete die Einbringung der Beschlussvorlage in den Kreistag am

29. Juni 2026, bevor der Kreistag in seiner Sitzung am 14. September 2026 die finale Entscheidung über die beiden Neubauprojekte treffen soll.

Die vollständigen Unterlagen zum Neubauprojekt sowie die Aufzeichnungen der Bürgerdialoge stehen dauerhaft unter www.muehlenkreiskliniken.de/neubau zur Verfügung.

1.188 Dokumente offengelegt

Fristgerecht beantwortet haben die Mühlenkreiskliniken auch einen umfangreichen Antrag nach dem Informationsfreiheitsgesetz Nordrhein-Westfalen (IFG NRW). Der Antrag wurde vom Vorsitzenden der „Bürgerinitiative zur Förderung der stationären Gesundheits- und Notfallversorgung im Lübbecke Land e.V.“, Klaus Peitzmeier, gestellt. Dem Antragsteller wurden insgesamt 1.188 Dokumente zur Verfügung gestellt. Sie umfassen unter anderem Förderanträge, Gutachten, Stellungnahmen, Präsentationen, Korrespondenzen sowie Unterlagen zur Krankenhausplanung und zur medizinischen Versorgung im Mühlenkreis.

„WIR ERWARTEN, DASS DIE WEITERE ÖFFENTLICHE DEBATTE AUF GRUNDLAGE DIESER FAKTEN GEFÜHRT WIRD. WER TRANSPARENZ EINFORDERT, SOLLTE DIE NUN OFFENGELEGTE INFORMATIONEN AUCH ZUR KENNTNIS NEHMEN. FÜR DIE WIEDERHOLTE VERBREITUNG VON BEHAUPTUNGEN, DIE DURCH DIE DOKUMENTE WIDERLEGT WERDEN, DARF ES KÜNFTIG KEINEN RAUM MEHR GEBEN.“
VORSTANDSVORSITZENDER DR. OLAF BORNEMEIER

Bereits seit Beginn des Projektes verfolgten die Mühlenkreiskliniken und der Kreis Minden-Lübbecke das Ziel, den Planungs- und Entscheidungsprozess so transparent wie möglich zu gestalten. Zahlreiche Unterlagen, Beschlussvorlagen und Präsentationen wurden bereits in öffentlichen Sitzungen des Kreistages und des Verwaltungsrates vorgestellt und

sind über das Kreisinformationssystem sowie die Neubau-Internetseite der Mühlenkreiskliniken www.muehlenkreiskliniken.de/neubau dauerhaft öffentlich zugänglich.

„Mit der Beantwortung dieses umfangreichen IFG-Antrags setzen wir unseren Weg der größtmöglichen Transparenz konsequent fort“, sagt Landrat Ali Doğan. „Die Bürgerinnen und Bürger haben ein berechtigtes Interesse daran zu erfahren, auf welcher Grundlage politische Entscheidungen getroffen werden. Deshalb legen wir offen, was rechtlich offengelegt werden kann. Die nun bereitgestellten Unterlagen zeigen eindrucksvoll, mit welcher Sorgfalt, fachlichen Tiefe und Verantwortung die Zukunft der stationären Gesundheitsversorgung im Kreis Minden-Lübbecke vorbereitet wurde.“

„ES GEHT UM DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG VON MEHR ALS 300.000 MENSCHEN IM GESAMTEN MÜHLENKREIS. EINE ENTSCHEIDUNG DIESER TRAGWEITE DARF NICHT VON KIRCHTURMDENKEN BESTIMMT WERDEN, SONDERN MUSS SICH AN MEDIZINISCHEN FAKTEN, VERSORGUNGSQUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHER VERANTWORTUNG ORIENTIEREN.“
LANDRAT ALI DOĞAN

Beschlüsse auf breiter fachlicher Basis getroffen

Die Unterlagen dokumentieren unter anderem die intensive Auseinandersetzung mit Fördermöglichkeiten, Versorgungsstrukturen, medizinischen Konzepten, Standortfragen sowie verschiedenen Planungsvarianten. Sie machen deutlich, dass die politischen Beschlüsse auf einer breiten fachlichen und rechtlichen Grundlage getroffen wurden.

„In der öffentlichen Diskussion wurden in den vergangenen Monaten immer wieder Behauptungen aufgestellt, wonach

Entscheidungsgrundlagen fehlen, Alternativen nicht geprüft oder Fördermöglichkeiten außer Acht gelassen worden seien“, erklärt Dr. Olaf Bornemeier, Vorstandsvorsitzender der Mühlenkreiskliniken. „Die veröffentlichten Unterlagen zeichnen ein anderes Bild. Sie dokumentieren die intensive Prüfung unterschiedlichster Szenarien und zeigen, dass die Entscheidungen auf einer fundierten Datengrundlage, medizinischer Expertise sowie den Vorgaben der Krankenhausplanung des Landes beruhen. Wir erwarten deshalb, dass die weitere öffentliche Debatte auf Grundlage dieser Fakten geführt wird. Wer Transparenz einfordert, sollte die nun offengelegten Informationen auch zur Kenntnis nehmen. Für die wiederholte Verbreitung von Behauptungen, die durch die Dokumente widerlegt werden, darf es künftig keinen Raum mehr geben.“

Lediglich ein kleiner Teil der angefragten Unterlagen durfte aufgrund der gesetzlichen Vorgaben nicht herausgegeben werden.

Die Mühlenkreiskliniken und der Kreis Minden-Lübbecke sehen die umfassende Beantwortung des IFG-Antrags zugleich als Ausdruck ihres Selbstverständnisses: Transparenz ist kein einmaliger Vorgang, sondern ein wesentlicher Bestandteil des gesamten Projekts.

Mühlenkreiskliniken / pb-redaktion

Umfassende Re-Organisation der Führungsstruktur

KERN IST DIE STANDORTÜBERGREIFENDE BETRIEBSLEITUNG

Die somatischen Standorte der Mühlenkreiskliniken AöR werden seit dem 1. März 2026 von einer zentralen Betriebsleitung geführt. Auch die Zentralen Dienste wurden aufgelöst und in Geschäftsbereiche und Stabsstellen zusammengeführt. Der angekündigte umfassende zweijährige Re-Organisationsprozess – die Praxisberichte 2024 führten zu den Planungen ein Interview mit dem Vorstandsvorsitzenden Dr. Olaf Bornemeier – ist damit abgeschlossen.

Der Vorstandsvorsitzende der Mühlenkreiskliniken, Dr. Olaf Bornemeier, erklärte: „Die Gesundheitsversorgung verändert sich rasant. Mit der neuen Führungsorganisation stellen wir sicher, dass die Mühlenkreiskliniken auch künftig leistungsfähig, wirtschaftlich stabil und innovativ bleiben.“

Kern der neuen Führungs- und Aufbauorganisation ist die Einführung einer standortübergreifenden Betriebsleitung für alle somatischen Krankenhäuser. Ziel ist es, Verantwortung zu bündeln, Entscheidungen zu beschleunigen und die Zusammenarbeit zwischen den Standorten weiter zu verbessern. „Das ist mehr als eine organisatorische Anpassung – es ist ein grundlegender Schritt nach vorn“, sagt der Vorstandsvorsitzende Dr. Olaf Bornemeier. „Wir schaffen klare Zuständigkeiten und eine stärkere gemeinsame Steuerung. So machen wir die Mühlenkreiskliniken fit für die Herausforderungen der kommenden Jahre.“ Damit setzen die Mühlenkreiskliniken einen Grundsatzbeschluss des Verwaltungsrates um.

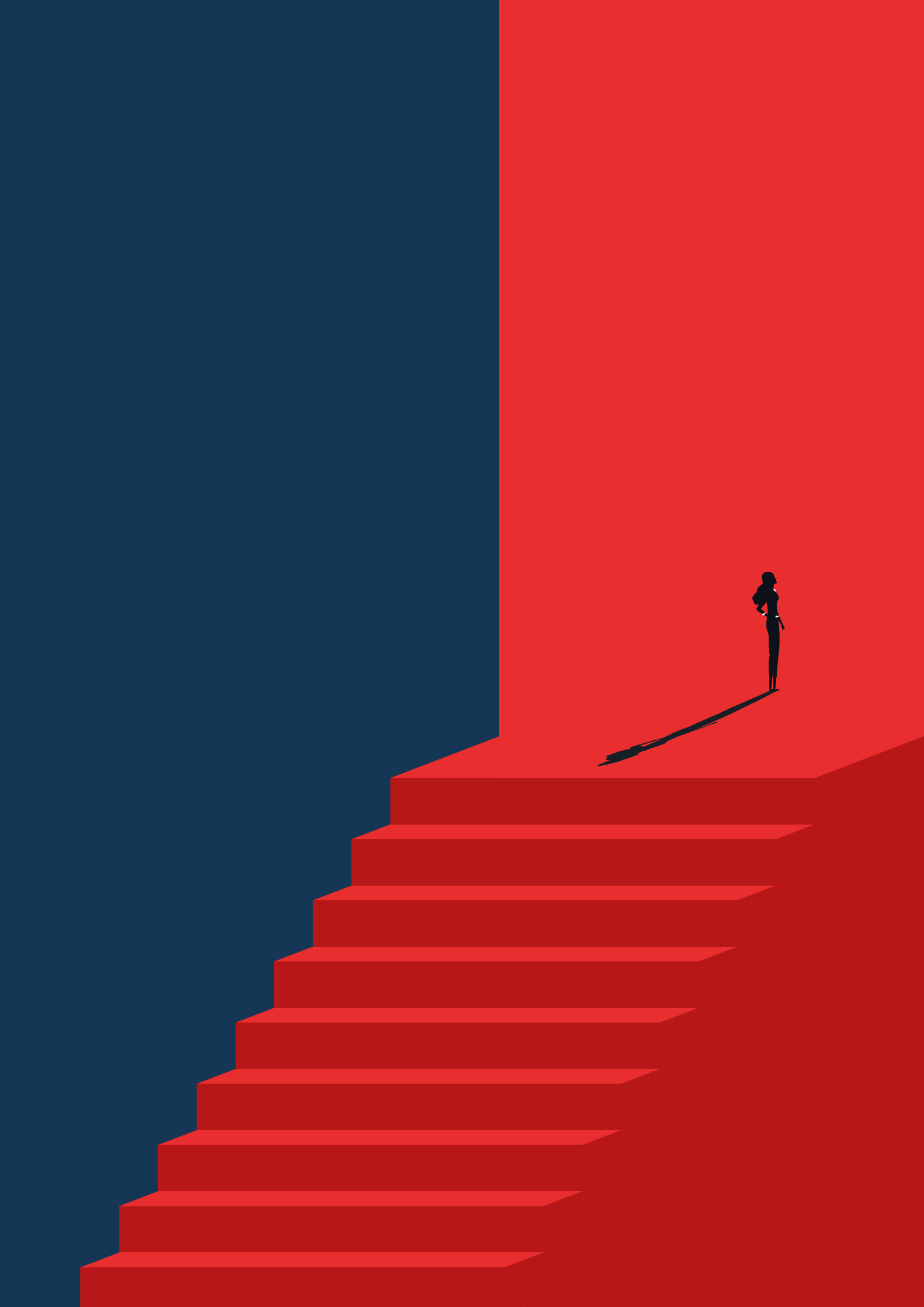
Operative Bereiche der somatischen Standorte werden nun zentral geführt.

Geschäftsführender Direktor der neuen Betriebsleitung ist Dr. Ansgar Hörtemöller, Pflegedirektor ist Bernd Mühlenbruch. „Mit der gemeinsamen Betriebsleitung können wir Abläufe vereinheitlichen und schneller entscheiden“, erklärt Dr. Ansgar Hörtemöller. „Gleichzeitig bleibt jeder Standort medizinisch klar erkennbar und behält seine fachliche Verantwortung.“ Auch die Pflege wird standortübergreifend gesteuert. „Wir stärken die Zusammenarbeit der Pflegeteams und sorgen für transparente Strukturen“, betont Pflegedirektor Bernd Mühlenbruch. „Das kommt letztlich unseren Patientinnen und Patienten zugute.“

Um die medizinische Perspektive der einzelnen Standorte in der Betriebsleitung abzubilden, verfügt jeder Standort weiterhin über ein eigenes Ärztliches Direktorat.

Im Zuge der Neuausrichtung werden operative Aufgaben in sechs klar definierte Geschäftsbereiche gebündelt. Die neuen Geschäftsbereiche werden fachlich und disziplinarisch dem Geschäftsführenden Direktor Dr. Ansgar Hörtemöller unterstellt. Die ehemaligen Zentralen Dienste und die bisherige kleingliedrige Abteilungsstruktur werden aufgelöst. Der Vorstand konzentriert sich mit den Stabsstellen sowie der Akademie für Gesundheitsberufe künftig stärker auf strategische Themen wie Universitätsmedizin, Medizinstrategie, Ausbildung, Neubauprojekte und langfristige Unternehmensentwicklung. Operative und strategische Aufgaben werden damit stärker voneinander getrennt.

Mühlenkreiskliniken / pb-redaktion



WENN DER KRISENFALL EINTRITT

BELASTBARKEIT

BEVÖLKERUNGSSCHUTZ

KRITISCHE INFRASTRUKTUR

ERNSTFALL

BLACKOUT



Kliniken sind bisher nur rudimentär vorbereitet auf Krisen

KRISENRESILIENZ BEDEUTET ZUNÄCHST, BELASTBAR ZU SEIN
IM NORMALBETRIEB

Die Vorbereitung der Krankenhäuser auf Krisensituationen bedeutet die Konzentration auf zwei grundlegende Schwerpunkte: Eine sichere Versorgung der Patienten in normalen Zeiten und eine schnelle Reaktion und sichere Versorgung in Ausnahmesituationen, also Krisenlagen verschiedenster Ausprägung. Unterschiedlichste Krisenlagen nehmen deutlich zu. Anschläge auf die Stromversorgung mit zum Teil stunden- bis tagelangem Blackout häufen sich, Cyberangriffe, andere Großschadensereignisse, selbst extremes Glatteis mit zahlreichen Personenschäden können zu Herausforderungen für die Krankenhäuser werden, wie im vergangenen Winter erlebt. Und natürlich geht es auch um einen möglichen Verteidigungsfall.

Während ein resilientes Gesundheitssystem als wesentlicher Baustein der Krisenvorsorge gesehen wird, läuft auf der anderen Seite aber seit einigen Jahren eine kalte Strukturveränderung der Kliniklandschaft, befindet sich der größte Anteil der Kliniken in roten

Zahlen, wachsen die Versorgungslücken. Das wiederum wirkt sich natürlich auch auf die Krisenresilienz der Gesundheitsversorgung insgesamt aus.

Die Krankenhäuser als wesentlicher Teil einer Gesamtstrategie zur Bewältigung von Krisen müssen belastbar auch im Normalbetrieb sein, um in Krisenlagen ihre zentrale Funktion erfüllen zu können.

Im Frühjahr 2026 fragte die Deutsche Krankenhausgesellschaft in einem Zukunftsforum, wie krisenfest und resilient ein Gesundheitssystem überhaupt sein könne, das massiv unter wirtschaftlichem Druck steht. Die Antwort war sowohl niederschmetternd als auch erwartbar: Unter den aktuellen politischen und wirtschaftlichen Bedingungen schaffen sie es nicht, sich ausreichend krisenfest aufzustellen. Ehe die Krankenhausreform, voraussichtlich nicht vor 2030, wirkt und eine dann eventuell konsolidierte Kliniklandschaft entstanden ist, werden die weiteren Reformen – speziell

auch das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz mit seinen extremen Sparvorgaben über die nächsten Jahre – resiliente Versorgungsstrukturen außerhalb eines akzeptablen Regelbetriebs nicht möglich machen. Letzteres wird schwer genug sein.

Es fehlt an Geld, an Zeit, an Personal. Allein für die Cybersicherheit der Krankenhäuser seien Investitionen von mehr als 2,8 Milliarden Euro notwendig, ermittelten das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) und das Institute for Health Care Business (hcb) in einem Gutachten. Insgesamt würden über die Jahre Investitionen in zweistelliger Milliardenhöhe benötigt.

Wie also sollen die Krankenhäuser in absehbarer Zeit robuster und widerstandsfähiger gegenüber Krisen werden? Insgesamt gesehen sind sie aktuell nicht ausreichend darauf vorbereitet.

„Sicherheitspolitik ohne funktionierendes Gesundheitssystem nicht denkbar“

Was tut die Politik nun angesichts dessen und angesichts der geopolitischen Lage? Das seit Jahren erwartete Gesundheitssicherstellungsgesetz soll laut der ehemaligen Bundesgesundheitsministerin Nina Warken auf der Münchner Sicherheitskonferenz Anfang des Jahres in diesem Sommer das Licht der Welt erblicken. Bis zum Redaktionsschluss dieser Praxisberichte Ende Juli 2026 war das noch nicht der Fall. Inzwischen gingen dagegen viele Kliniken tiefer in die roten Zahlen. Ohne sie funktioniert Gesundheitsversorgung in Krisen aber nicht, wie Nina Warken in einem WELT-Interview am 15. Februar 2026 selbst sagte: „Sicherheitspolitik ohne ein funktionierendes Gesundheitswesen ist nicht denkbar.“

Das Gesundheitssicherstellungsgesetz (GGeSiG) soll unter anderem die strategische Patientensteuerung, die Bevorratung

von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie regelmäßige Ernstfallübungen sicherstellen, heißt es in einer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Unionsfraktion im Bundestag. Danach soll in einem Zivilschutzfall die Versorgung einer sehr großen Zahl von Patienten in einem Ausmaß ermöglicht werden, das mit der Auslastung des Gesundheitssystems in Friedenszeiten nicht vergleichbar sei.

„DIE KRANKENHÄUSER ALS WESENTLICHER TEIL EINER GESAMTSTRATEGIE ZUR BEWÄLTIGUNG VON KRISEN MÜSSEN BELASTBAR AUCH IM NORMALBETRIEB SEIN, UM IN KRISENLAGEN IHRE ZENTRALE FUNKTION ERFÜLLEN ZU KÖNNEN.“

Im Bündnis- oder Verteidigungsfall spielt die Versorgung verletzter Soldatinnen und Soldaten bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der zivilen Gesundheitsversorgung eine entscheidende Rolle. Ziel ist, die Widerstandsfähigkeit des Gesundheitssystems auch in Krisenzeiten zu garantieren.

Auf die Frage, wie krisenfest die medizinische Infrastruktur sei, erklärte Warken in diesem Interview, diese sei „aktuell unzureichend“. Man müsse sich nicht nur auf Unwetter, klassische Katastrophen oder Pandemien einstellen, sondern leider auch auf Kriegsszenarien. Daher gehe es nicht nur darum, die Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung zu sichern, sondern auch Verletzte der Bundeswehr oder der Nato-Partner zu versorgen. Wichtig seien klare Zuständigkeiten, funktionierende Kommunikationswege, ausreichende Behandlungskapazitäten. Notwendig sei auch die Bevorratung von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Dafür sei ein digitales Lagebild nötig. Hier sah sie die größte Schwachstelle, weil viele der notwendigen Daten bisher nicht zusammengefasst verfügbar sind.

Redundante Strukturen und Notreserven

Seit Jahren geht die Anzahl der Krankenhäuser zurück. Angeblich würden statt der derzeit

rund 1.700 Kliniken 1.000 ausreichen. Seit Jahren findet ein Bettenabbau statt. Gerade kleine Kliniken könnten in Notfällen – einem Eisenbahnunglück mit vielen Verletzten, einem Hochwasser, oder einer neuen Pandemie, gebraucht werden. Es muss ja nicht immer der Verteidigungsfall sein. Auch Notreserven an Medikamenten, Verbrauchsmaterial, Betten – was also auch in der Fläche benötigt würde – müssen vorhanden sein. Krisenlagen entstehen ja nicht nur in Großstädten. Großkrankenhäuser und Zentralkrankenhäuser werden in großen Schadenslagen vermutlich nicht alle Verletzten versorgen, sondern, wie z.B. während Corona, die schwierigen Fälle versorgen, während kleinere Grundversorger die anderen Patienten übernehmen. Ob hier die Länder in ihrer Krankenhausplanung solche Szenarien mitberücksichtigen, die vermutlich auch Investitionen benötigen, wird sich wohl erst zeigen. Hoffentlich fehlen sie nicht, wenn der Ernstfall, was immer das dann sein mag, eintritt. Solche Planungsnotwendigkeiten liegen also auf den Tischen der Landesgesundheitsminister.

„GROSSKRANKENHÄUSER UND ZENTRALE KRAKENHÄUSER WERDEN IN GROSSEN SCHADENSLAGEN VERMUTLICH NICHT ALLE VERLETZTEN VERSORGEN, SONDERN WIE Z.B. WÄHREND CORONA, DIE SCHWIERIGEN FÄLLE VERSORGEN, WÄHREND KLEINERE GRUNDVERSORGER DIE ANDEREN PATIENTEN ÜBERNEHMEN.“

Woher sollen die Milliarden kommen, die über die nächsten Jahre für die Krisenresilienz der Krankenhäuser benötigt werden? Normalerweise würde man meinen, aus dem Verteidigungsetat. Doch zur Finanzierung gab es bisher noch keine konkreten Aussagen. Solange dazu keine Klarheit herrscht, werden wohl nur solche Vorbereitungen möglich sein, die Andreas Tyzak, Pressesprecher des VKD und seit Jahren Rettungssanitäter, im Interview

der VKD-Praxisberichte des vorigen Jahres erklärte, welche in den Kliniken auch ohne große Investitionen möglich sind.

Immer wieder zeigte sich auch international, dass Großschadensereignisse dann erst zu humanitären Katastrophen werden, wenn gleichzeitig auch das Gesundheitswesen nicht mehr funktioniert, wenn nicht einmal die Basisversorgung sicher ist. Hier verwies Andreas Tyzak darauf, dass die Krankenhäuser strukturierte Risikoanalysen für absehbare Bedrohungen benötigen. Sie sind die Grundlage für eine Alarmplanung des Hauses sowie für Schutzkonzepte der Kritischen Infrastruktur, zu der Kliniken gehören.

Nicht nur gefühlt haben Gefahren aller Art aktuell zugenommen, in denen Krankenhäuser eine besonders wichtige Ankerfunktion für die Bevölkerung haben. Anfang Juni waren es nach einer Hitzewelle heftige Gewitter und Sturmböen, die Feuerwehren und Rettungsdienste sowie Notaufnahmen extrem belasteten.

Der Anschlag auf die Stromversorgung Anfang Januar dieses Jahres auf Teile Berlins, ausgeführt von einer linksextremistischen „Vulkangruppe“, hat auch deutlich vor Augen geführt, welche Rolle inzwischen Terror und extremistische Anschläge spielen, die zehntausende Menschen in Gefahr bringen (der Bericht dazu aus der VKD-Jahrestagung 2026 in diesem Heft).

Zielmarke für zivile Verteidigungsfähigkeit: spätestens 2029

In der dreitägigen Sitzung Mitte Juni in Hamburg behandelte die Ständige Konferenz der Innenministerinnen und -minister sowie Innensenatoren und -senatorinnen der Länder (IMK) auch Themen des Zivil- und Bevölkerungsschutzes und den Kampf gegen hybride Bedrohungen. Betont wurde, dass Deutschland spätestens 2029 eine voll funktionsfähige zivile Verteidigungsfähigkeit als gleichwertige

Säule zur militärischen Verteidigung aufbauen müsse. Notwendig seien dafür die enge Zusammenarbeit von Bund, Ländern und Kommunen, klare bundesweite Zielvorgaben sowie eine zentrale Koordination durch den Bund. Zugleich sollen zentrale Bereiche wie kritische Infrastrukturen, staatliche Handlungsfähigkeit, Bevölkerungsschutz und zivil-militärische Zusammenarbeit deutlich gestärkt werden. Gleichzeitig forderte die IMK aber auch eine verlässliche Finanzierung durch den Bund, zusätzliche Investitionen und einen verbindlich ausgestalteten „Pakt für den Bevölkerungsschutz“.

Die IMK will einen ressortübergreifenden Fahrplan zur Stärkung der zivilen Verteidigungsfähigkeit als zweite Säule der Gesamtverteidigung unter Federführung des Bundes entwickeln, um die Ziele und Fähigkeiten zu definieren, die für eine wirksame Gesamtverteidigung bis 2029 notwendig sind. Die Zuständigkeit für die Zivile Verteidigung und insbesondere für den Zivilschutz liegt dabei primär beim Bund. Die operative Umsetzung wird zum überwiegenden Teil in den Ländern und Kommunen geleistet. Die IMK begrüßt dabei, dass das Bundeskabinett zuletzt die Eckpunkte zum Pakt für den Bevölkerungsschutz beschlossen hat, der bis 2029 Mittel in Höhe von 10,2 Milliarden Euro vorsieht. Gleichzeitig betonten die Länder, dass es für eine wirksame Aufgabenerfüllung und den Aufbau einer zivilen Verteidigungsfähigkeit weiterer, auch finanzieller, Anstrengungen bedarf.

”

WOHER SOLLEN DIE MILLIARDEN KOMMEN, DIE ÜBER DIE NÄCHSTEN JAHRE FÜR DIE KRISENRESILIENZ DER KRANKENHÄUSER BENÖTIGT WERDEN? NORMALERWEISE WÜRDEN MAN MEINEN, AUS DEM VERTEIDIGUNGSSETAT.

Alexander Dobrindt, Bundesminister des Inneren, erklärte, Bevölkerungsschutz sei eine gemeinsame Aufgabe. Zivile und militärische Fähigkeiten, Kompetenzen von Bund und Ländern sollen künftig enger verzahnt werden. Mit dem Pakt für Bevölkerungsschutz will der Bund in Ausbildung, Ausstattung und Ausrüstung investieren. Investiert werden soll zudem in leistungsfähige Warn- und Kommunikationssysteme, in Notstromaggregate zur Sicherstellung der Energieversorgung im Krisenfall und in hochmoderne Ausrüstung für die ehren- und hauptamtlichen Kräfte. Neu geschaffen wurde im BMI das Kommando Zivile Verteidigung. Deutschland müsse in Krisen- und Konfliktlagen schnell, koordiniert und handlungsfähig sein.

“

Da die Rolle der Krankenhäuser in Krisenfällen eine erhebliche Bedeutung hat, sollte das daher auch bezüglich der notwendigen Ausrüstungen und der personellen Ausstattung berücksichtigt werden. Auch die anstehenden Gesetze und Regelungen müssen Aspekte der Krisenresilienz noch stärker in den Blick nehmen.

pb-redaktion

”

ALEXANDER DOBRINDT, BUNDESMINISTER DES INNEREN, ERKLÄRTE, BEVÖLKERUNGSSCHUTZ SEI EINE GEMEINSAME AUFGABE. ZIVILE UND MILITÄRISCHE FÄHIGKEITEN, KOMPETENZEN VON BUND UND LÄNDERN SOLLEN KÜNFTIG ENGER VERZAHNT WERDEN. MIT DEM PAKT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ WILL DER BUND IN AUSBILDUNG, AUSSTATTUNG UND AUSTRÜSTUNG INVESTIEREN.

“

Erheblicher Investitionsbedarf

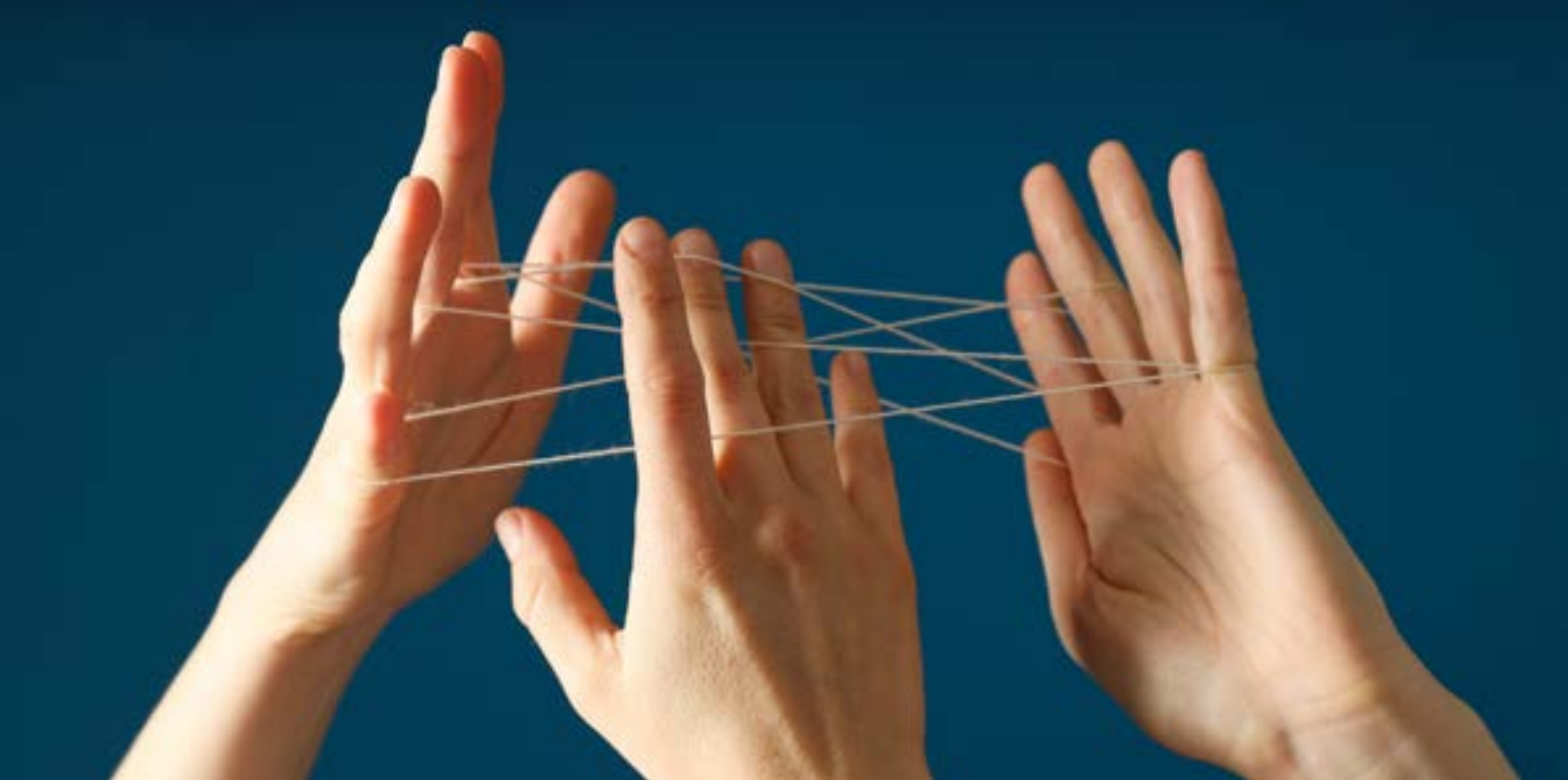
Wie hoch der Investitionsbedarf zur Herstellung der Resilienz deutscher Krankenhäuser ist, zeigte im vorigen Jahr eine von der Deutschen Krankenhausgesellschaft beauftragte Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) und des Institute for Health Care Business (hcb).

Analysiert wurde, wie gut die deutschen Kliniken derzeit auf "Cyberangriffe und Sabotageakte", den "NATO-Bündnisfall" oder gar den "Verteidigungsfall" vorbereitet sind und welche Voraussetzungen notwendig wären, die Krankenhäuser resilient gegenüber diesen Bedrohungen zu machen. Es wurden für die unterschiedlichen Bedrohungen die notwendigen Investitionen und jährlichen Betriebskosten zur Umsetzung der Maßnahmen ermittelt.

Das Ergebnis: Aktuell sind die Krankenhäuser in ihrer Struktur nur eingeschränkt krisen- und verteidigungsfähig. In fünf zentralen Bereichen – Personal, Cybersicherheit, physische Sicherheit, Lagerhaltung für medizinische Vorräte und Vorbereitung auf biologische, chemische und nukleare Bedrohungen – bestünden erhebliche Schwächen. Zwar würden die aktuellen Krankenhausalarm- und Einsatzpläne zivile Katastrophen abdecken. Es fehle aber an Konzepten für militärische Bedrohungen mit klaren Zuständigkeiten und ausreichender Finanzierung.

Kurzfristig müssten in allen Szenarien vor allem die IT- und Kommunikationssicherheit verbessert sowie der direkte Schutz der Krankenhäuser durch Sicherheitsdienste und Objektschutz gewährleistet werden, so die Studie. Dringend notwendig sei auch der Aufbau personeller Resilienz durch gezielte Fortbildungen und psychosozialer Betreuung des Krankenhauspersonals. Langfristig müssten auch bauliche Konzepte mitgedacht werden. Als Beispiel genannt wird der Neubau von Krankenhäusern mit geschützten unterirdischen Operationsbereichen.

Die veranschlagten finanziellen Mittel sind erheblich: Um die Resilienz im Fall von Cyberangriffen und Sabotage herzustellen, werden danach rund 2,7 Milliarden Euro benötigt. Im Bündnisfall liegt der Investitionsbedarf bei 4,9 Milliarden Euro, im Verteidigungsfall bei 14 bis 15 Milliarden Euro. Da diese Maßnahmen nicht kurzfristig umgesetzt werden könnten, seien Priorisierung und ein klarer Stufenplan notwendig.



Forderung: verbindliche Führungsstrukturen für den Ernstfall

FUNKTION EINES LEITERS FÜR KRANKENHAUS-ALARM- UND EINSATZPLANUNG IST ZENTRAL

Die Münchner Sicherheitskonferenz machte einmal mehr deutlich, wie stark Fragen von Sicherheit und Resilienz derzeit die politische Agenda prägen – und welche Bedeutung dabei einem krisenfesten Gesundheitssystem zukommt. Vor diesem Hintergrund betonten die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA) im Februar 2026, dass ein entscheidender Aspekt nicht länger offenbleiben dürfe: die verbindliche organisatorische Vorbereitung der Krankenhäuser auf Krisen, Großschadenslagen und bewaffnete Konflikte.

„DGAI und BDA setzen sich gemeinsam mit der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung e.V. (DAKEP) dafür ein, die Funktion eines Leiters für Krankenhaus-Alarm- und

“ RESILIENZ ENTSTEHT NICHT ZUFÄLLIG, SONDERN DURCH KLARE ZUSTÄNDIGKEITEN, BELASTBARE FÜHRUNGSMODELLE UND REGELMÄSSIGE ÜBUNGEN. “
PROFESSOR DR. GERNOT MARX

Einsatzplanung mit klar definiertem Zeitkontingent und gesetzlicher Grundlage auszustatten – vergleichbar mit dem Brandschutzbeauftragten. Eine Alarm- und Einsatzplanung, die nebenbei im klinischen Alltag mitläuft, wird den aktuellen Bedrohungsszenarien nicht gerecht, heißt es in einer Mitteilung.

Angesichts zunehmender hybrider Bedrohungen, Cyberangriffen und einer veränderten sicherheitspolitischen Lage brauche das Gesundheitssystem verbindliche Strukturen statt punktueller Initiativen. „Resilienz entsteht nicht zufällig, sondern durch klare Zuständigkeiten, belastbare Führungsmodelle und regelmäßige

Übungen“, betont DGAI-Präsident Professor Dr. Gernot Marx. Ziel müsse es sein, Krankenhäuser auch unter außergewöhnlichen Belastungen handlungsfähig zu halten.

Alarmierungswege müssen zuverlässig greifen

Prof. Dr. Thomas Wurmb, Mitglied im wissenschaftlichen Arbeitskreis Notfallmedizin der DGAI und Vorstandsmitglied der DAKEP, erläutert, dass Krisen ein Krankenhaus in zweifacher Hinsicht treffen: Sie belasten die Behandlungskapazität und gefährden zugleich die Funktionsfähigkeit zentraler Strukturen. Ein Krankenhaus könne nur stabil reagieren, wenn beides gesichert sei. „Entscheidend ist, wie schnell ein Ereignis erkannt wird, wie zuverlässig Alarmierungswege greifen und ob eine klar definierte Führungs- und Stabsstruktur unmittelbar handlungsfähig ist“, so Wurmb. Denn nur wenn Organisation und Entscheidungswege funktionieren, bleiben vorhandene Ressourcen nutzbar. Ohne klare Struktur gehen Übersicht, Priorisierung und Koordination verloren – und damit sinkt real die Behandlungskapazität. Die Funktion eines Leiters für Krankenhaus-Alarm- und Einsatzplanung ist hier zentral.

„ALARM- UND EINSATZPLANUNG IST KEINE AUFGABE WENIGER PERSONEN – SIE BETRIFFT DIE GESAMTE BELEGSCHAFT.“

PROF. DR. JÖRG-CHRISTIAN BROKMANN

Aus Sicht von DGAI / BDA und der DAKEP darf die Krankenhaus-Alarm- und Einsatzplanung deshalb nicht je nach Haus und Träger unterschiedlich ausgeprägt sein, sondern braucht bundesweit klar definierte und verbindlich geregelte Strukturen für Alarmierung, Führungsorganisation und Stabsarbeit. Nur so können Einrichtungen im Ernstfall abgestimmt und verlässlich reagieren. „Die Vereinheitlichung von Alarm- und Einsatzplänen (KAEP) ist ein zentrales Thema der DAKEP – bis hin zu einer KAEP-Zertifizierung

nach festgelegten Kriterien“, betont Dr. Felix Kolibay, 1. Vorsitzender der DAKEP.

Mit Blick auf die veränderte Bedrohungslage erklärt Prof. Dr. Jörg-Christian Brokmann, 2. Sprecher der Sektion Notfallmedizin der DGAI, dass neben der operativen Planung eine organisationsweite Sicherheitskultur notwendig ist. „Alarm- und Einsatzplanung ist keine Aufgabe weniger Personen – sie betrifft die gesamte Belegschaft.“ Dazu gehören verbindliche Schulungs- und Trainingskonzepte sowie regelmäßige, realitätsnahe Krisenübungen, die strukturell verankert und finanziert werden müssen.

Krankenhaus-Alarm- und Einsatzplanung im Gesetz verankern

Vor diesem Hintergrund fordern DGAI, BDA und DAKEP, die Krankenhaus-Alarm- und Einsatzplanung verbindlich im geplanten Gesundheits-sicherstellungsgesetz zu verankern. Dort muss geregelt werden, welche Mindestanforderungen Krankenhäuser im Hinblick auf Krisen- und Verteidigungsfähigkeit erfüllen müssen, wie Führungsfunktionen ausgestattet sind und welche personellen Ressourcen dauerhaft vorzuhalten sind. Ebenso muss eine gesicherte Finanzierung vorgesehen werden, damit Leitungsstrukturen, Übungen und Reservekapazitäten nicht dem ökonomischen Druck des Klinikalltags unterliegen.

Bundesweit seien verbindlich geregelte Strukturen für Alarmierung, Führungsorganisation und Stabsarbeit notwendig.

Mit Blick auf die laufende Gesetzgebung und die Umsetzung der Krankenhausreform müssten Effizienzanforderungen und Krisenfestigkeit strukturell zusammengeführt werden. „Vorsorge darf nicht vom ökonomischen Druck des Klinikalltags abhängen“, fordert BDA-Präsidentin Prof. Dr. Grietje Beck und unterstreicht: „Wir stehen bereit, Verantwortung zu übernehmen – aber wir brauchen die strukturellen Voraussetzungen, um sie im Ernstfall auch tragen zu können.“

DGAI, BDA / pb-redaktion

Stärkung des Bevölkerungsschutzes

MODERNE AUSTRÜSTUNGEN, VERBESSERTE WARNSYSTEME, FÖRDERUNG DES EHRENAMTES

Mit einem Pakt für den Bevölkerungsschutz will die Bundesregierung die zivile Verteidigung bis 2029 mit zehn Milliarden Euro stärken. Im Mittelpunkt stehen dabei die Anschaffung modernster Ausrüstung, verbesserte Warnsysteme und die Förderung des Ehrenamts. Der Pakt wurde Ende Mai von der Bundesregierung beschlossen. Bund, Länder und Kommunen sollen noch besser koordiniert, die Verzahnung ziviler und militärischer Planung gestärkt sowie die Rahmenbedingungen für das Ehrenamt verbessert werden.

Investiert werden soll u.a. in moderne Ausrüstung für Einsatzkräfte, Warn- und Kommunikationssysteme, die Verbesserung der Trinkwasser- und Notstromversorgung sowie die Stärkung des Technischen Hilfswerks mit resilienten Standorten.

Auch das bundesweite Warnsystem soll optimiert werden. Die Warn-App NINA wird weiterentwickelt und um Empfehlungen für öffentliche Zufluchtsorte ergänzt. Die Förderung von Sirenen wird fortgesetzt, um bis 2027 eine zentrale Ansteuerung zu ermöglichen.

Ein zentraler Bestandteil des Pakts ist der Ausbau der Aus- und Fortbildung der Einsatzkräfte für den Zivilschutz. Der Bund wird außerdem auf die zunehmende Verankerung von Zivilschutz bereits im Schulunterricht hinwirken, damit Kinder früh lernen, wie im Ernstfall gehandelt werden kann, dieses Wissen aber auch in die Familien hineingetragen und Interesse an ehrenamtlichem Engagement geweckt werden kann.

Laut § 73 des Grundgesetzes ist der Schutz der Zivilbevölkerung im Verteidigungsfall Bundes Sache, die Gesetzgebungskompetenz liegt also beim Bund.

Beim Katastrophenschutz im Frieden sowie bei der allgemeinen Gefahrenabwehr liegt die Kompetenz laut Artikel 70 des Grundgesetzes bei den Ländern.

Personelle, technische sowie finanzielle Aspekte legen dabei eine enge Zusammenarbeit von Bund und Ländern nahe. Obwohl Schadenssituationen unterschiedlich sein können, sind deren Auswirkungen aber ähnlich. Entsprechend sind unabhängige Hilfeleistungssysteme nicht sinnvoll. Daher nimmt der friedensmäßige Katastrophenschutz im Verteidigungsfall auch Aufgaben zum Schutz der Bevölkerung wahr, umgekehrt steht der Bund den Ländern für die Gefahrenabwehr im Frieden zur Verfügung.

Die Eckpunkte des Paktes für den Bevölkerungsschutz

Der Bevölkerungsschutz steht heute vor den größten Herausforderungen seit Jahrzehnten, heißt es in der Begründung des Bundesinnenministeriums. Das erfordert eine stringente Umsetzung der Planungen und Vorbereitungen für die Gesamtverteidigung, die die militärische und die zivile Verteidigung eng miteinander verzahnt. Die Umsetzung erfolgt dabei im Rahmen der konsentierten Haushalts- und mittelfristigen Finanzplanung sowie der finanzverfassungsrechtlichen Kompetenz und Zuständigkeit des Bundes.

Schaffung funktionsfähiger Rahmenbedingungen für die neuen Herausforderungen

Das Bundesministerium des Innern legt einen Entwurf für einen neuen Rechtsrahmen vor,

der Bund, Ländern und Kommunen – auch in Krisen außerhalb des Spannungs- und Verteidigungsfalls – klare Leitlinien gibt. Damit erhalten alle Stellen die Befugnis, heute vorzubereiten, was im Ernstfall reibungslos funktionieren muss. Gestärkt werden soll u.a. das Ehrenamt als eigentliches Rückgrat des Bevölkerungsschutzes in Bund, Ländern und Kommunen, etwa beim THW, den freiwilligen Feuerwehren und Hilfsorganisationen.

Geschaffen werden soll auch ein Koordinierungsrahmen zur Abstimmung im Bund und mit den Ländern. Insbesondere brauche es dabei eine noch stärkere Verzahnung zwischen der zivilen und der militärischen Planung. Dafür wird ein Steuerungsstab Kommando Zivile Verteidigung im Bundesministerium des Innern/BBK eingerichtet und die zivile Alarmplanung (ZAP) ausgebaut.

Massive Investitionen in den Bevölkerungsschutz

Die vorgesehenen zehn Milliarden Euro sollen zielgerichtet in den Bevölkerungsschutz investiert werden. So stärkt der Bund das THW und seine ehrenamtlichen Einsatzkräfte mit einem umfangreichen Bauprogramm in Höhe von rund drei Milliarden Euro. Mit einer dreistelligen Zahl von Neubauten bis 2030 wird eine angemessene Unterbringung in den Ortsverbänden gewährleistet. Zudem hält der Bund in den Logistikzentren des THW Ausrüstung für eine schnelle Verfügbarkeit vor, baut die Kapazitäten in schwerer Logistiktechnik aus und stellt leistungsstarke Zugmaschinen, Transportmittel insb. für Trinkwasser, Lebensmittel und Kraftstoffe bereit sowie Transportunterstützung bei Engpassressourcen.

Über das BBK sollen den Ländern neue Spezialfahrzeuge zur Verfügung gestellt werden, etwa zum Transport Schwerverletzter oder zur Detektion von chemischen, biologischen, radiologischen Gefahren und zur

entsprechenden Dekontamination. An bundesweit 61 Standorten soll die Medizinische Task Force des Bundes (MTF) aufgebaut werden, eine standardisierte, sanitätsdienstliche, arztbesetzte Einheit mit Spezialfähigkeiten zum Einsatz im Bündnis-, Zustimmung-, Spannungs- und Verteidigungsfall sowie in der länderübergreifenden Katastrophenhilfe des Bundes. Ihr Fähigkeitsschwerpunkt liegt in der präklinischen Versorgung bei einem möglichen Massenanfall von Verletzten (MANV).

Verbessert werden soll das bundesweite Warnsystem, indem es ein stabiles, digitales und zentral in Echtzeit ansteuerbares Instrumentarium ausbaut. Die NINA Warn-App wird weiter optimiert. Gesorgt werden soll außerdem für leistungsfähige Kommunikationssysteme.

Die Versorgung von Bevölkerung und Streitkräften wird ausgebaut, etwa die Wasserversorgung sowie die erste Stufe einer Nationalen Reserve Notstrom.

Ausbildung: Intensivierung der Wissensvermittlung an Einsatzkräfte und Bevölkerung

Aus- und Fortbildung der Einsatzkräfte für den Zivilschutz für Funktionsträgerinnen und -träger in THW, Hilfsorganisationen, Ländern und Kommunen sowie für den Bund selbst werden weiter ausgebaut und neue einheitliche Ausbildungsstandards entwickelt. Gemeinsam mit den Ländern wird ein digitales Lagebild Inland für den Bevölkerungsschutz als einheitliche Informationsgrundlage für Einsätze geschaffen.

Auch das Wissen und die Handlungsfähigkeit der Bevölkerung durch die Weiterentwicklung der Informationsangebote soll gestärkt werden.

BBK Bund



Marine-Übung: Die Teams des Klinikums Südstadt Rostock und der Marine-Hubschrauber im Anflug auf das Klinikum

Damit im Ernstfall alles klappt

NOTWENDIGE EIGENE ABLÄUFE ZIVILMILITÄRISCHER ZUSAMMENARBEIT GEPROBT

Am Sonntag, dem 24. August 2025, landete ein Marinehubschrauber am Klinikum Südstadt Rostock. Eine Notfallverlegung von zwei „schwerverletzten“ Soldaten durch Einsatzkräfte der Maritimen Incident Response Group (Medical Response) Rostock. Die Teams der Universitätsmedizin Rostock und des Rostocker Südstadtklinikums waren am 24. und 25. August vorigen Jahres in eine Marine-Übung der NATO innerhalb der NATO-Übungsserie „Quadriga 2025“ eingebunden. Sie bildeten das „Hinterland“ der Übung „ROLE2SEA25“. Der Hauptaktionstag der NATO-Übung in Rostock war der 25. August.

Eine Krise, in der auch Menschen zu Schaden kommen können, braucht gut gerüstete Krankenhäuser, professionell agierendes Personal und festgelegte, allen bekannte Ablaufstrukturen, die Organisation von Kooperationen, Material- und Arzneimittelreserven und immer wieder regelmäßige Übungen. Dabei geht es nicht nur um

Verteidigungsfälle, sondern Katastrophen aller Art – von Großschadensereignissen wie Massenunfällen, Überschwemmungen bis hin zu tagelangem Glatteis, wie es Anfang dieses Jahres herrschte, mit zahlreichen zu behandelnden Brüchen und anderen Sturzverletzungen.

Der Hubschrauber gehörte zum Einsatzgruppenversorger „Frankfurt am Main“ der Bundespolizei. Sein Ziel war das Integrierte Notfallzentrum des Krankenhauses. Die Teams der Universitätsmedizin Rostock und des Rostocker Südstadtklinikums versorgten im Rahmen der Übung 30 „Verwundete“ und probten dabei die dafür notwendigen eigenen Abläufe zivilmilitärischer Zusammenarbeit. Zuvor waren die militärischen Rettungsketten zusammen mit dem Einsatzgruppenversorger „Frankfurt am Main“ auf See geübt worden. Dann ging es um die Verlegung und Versorgung der „Verletzten“ in die beiden Kliniken.

Das Klinikum Südstadt Rostock

Das Klinikum Südstadt Rostock gehört zu den größten kommunalen Krankenhäusern in Norddeutschland. Im vergangenen Jahr wurden am Klinikum Südstadt mit 464 Betten und 49 Tagesklinikplätzen insgesamt 22.752 Patienten stationär oder teilstationär behandelt sowie 1.997 Kinder geboren. Dazu kamen 51.132 ambulante Patienten sowie 12.699 ambulante und 11.738 stationäre Notfallpatienten.

Vor sechs Jahren wurde der Startschuss für das größte Modernisierungs- und Erweiterungsbauvorhaben am Klinikum Südstadt gegeben. Dabei geht es um ein Investitionsvolumen von mehr als 115 Millionen Euro für den Gesundheitsstandort Rostock. Rund 1.500 Mitarbeitende gehören gegenwärtig zum städtischen Klinikum, das 1965 eröffnet worden ist.



Die zwei „Schwerstverletzten“ waren bereits am 24. August per Hubschrauber in das Integrierte Notfallzentrum (INZ) des Südstadtklinikums gebracht und medizinisch versorgt worden. Die Klinik nutzte die Zuweisung bereits für ein intensives Schockraumtraining der Dienstmannschaft.

Nach einer bereits im September 2024 durchgeführten MANV-Übung (Massenanfall von Verletzten) am Klinikum konnte nun am 25. August 2025 der Einsatzplan für das externe Schadensereignis „Massenanfall von Verletzten“ erneut unter realistischen Bedingungen überprüft und die Priorisierung der Verletztenversorgung sowie die fachabteilungsübergreifende Zusammenarbeit im laufenden Krankenhausbetrieb geübt werden.

Die Berufsfeuerwehr Rostock brachte am 25. August dann jeweils 15 ebenfalls teilweise „Schwerverletzte“ in die Universitätsmedizin und in das Klinikum Südstadt. Sie waren vom Einsatzgruppenversorger der Marine am Kai in Warnemünde an die zivilen Rettungskräfte übergeben worden. Ausgangspunkt der Rettungsaktion war ein simulierter Unfall auf den Bundeswehrbooten „Pegnitz“ und „Werra“ in der Westlichen Ostsee. Hier hatte sich zunächst das sanitätsdienstliche Personal der Marine um die 30 „Verwundeten“ gekümmert.



Prof. Dr. Sven Märdian, Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie im Department für Operative Medizin der Universitätsmedizin Rostock, berichtete als Koordinierender Medizinischer Einsatzleiter der Universitätsklinik, dass alle 15 „Patientinnen und Patienten“ im Interdisziplinären Notfallzentrum versorgt wurden. Er sagte: „Parallel haben wir eine interne Übung mit zusätzlich rund '20 Verletzten' durchgeführt, um die Übung für unser notfallmedizinisches Personal und die Infrastruktur noch etwas intensiver zu gestalten.“ Er wies außerdem darauf hin, dass die Universitätsmedizin Rostock sich umfassend auf solche und ähnliche Szenarien vorbereitet. So sei im April 2025 eine Großübung mit rund 200 Beteiligten und 40 simulierten Verletzten organisiert worden, um die Abläufe in der interdisziplinären Versorgung weiter zu optimieren und die Zusammenarbeit zwischen allen Fachbereichen zu stärken.



und die Weiterentwicklung unserer Verfahren sind sie aber unumgänglich. Nur hierbei können wir auch das Zusammenwirken der Frauen und Männer aus den Krankenhäusern und den Regimentern mit dem Marinesanitätsdienst üben und sicher sein, dass im Ernstfall auch alles klappt“, erläutert der höchste Soldat der Marinesanität, Admiralarzt Dr. Dirk Stölten.

„Die gute und enge Zusammenarbeit mit der Bundeswehr, der Maritime Incident Response Group (Medical Response) des Havariekommandos sowie der Berufsfeuerwehr Rostock hat an beiden Tagen einen reibungslosen Ablauf des Patiententransports ermöglicht“, betonte Dr. Sven W. Hauschild, Katastrophenschutzbeauftragter und Leiter der Krankenhaus-Alarm und Einsatzplanung am Klinikum Südstadt Rostock sowie Ärztlicher Leiter des ITH Christoph 92 Rostock.

Klinikum Südstadt Rostock



Sehr aufwändig, aber unumgänglich

„Solche Übungsvorhaben mit großen Verwundetenzahlen sind in Planung und Durchführung sehr aufwändig und belasten die beteiligten Einheiten erheblich. Für eine realistische Einsatzvorbereitung

„ SOLCHE ÜBUNGSVORHABEN MIT GROSSEN VERWUNDETEENZAHLEN SIND IN PLANUNG UND DURCHFÜHRUNG SEHR AUFWÄNDIG UND BELASTEN DIE BETEILIGTEN EINHEITEN ERHEBLICH. FÜR EINE REALISTISCHE EINSATZVORBEREITUNG UND DIE WEITERENTWICKLUNG UNSERER VERFAHREN SIND SIE ABER UNUMGÄNGLICH. NUR HIERBEI KÖNNEN WIR AUCH DAS ZUSAMMENWIRKEN DER FRAUEN UND MÄNNER AUS DEN KRANKENHÄUSERN UND DEN REGIMENTERN MIT DEM MARINESANITÄTSDIENST ÜBEN UND SICHER SEIN, DASS IM ERNSTFALL AUCH ALLES KLAPPT.“

ADMIRALARZT DR. DIRK STÖLTEN

Jede Übung liefert wertvolle Hinweise für Optimierungen

BESONDERS WERTVOLL WAREN DIE ERFAHRUNGEN IN DER
ZUSAMMENARBEIT MIT EXTERNEN PARTNERN



Dr. Jan-Arne Lauffs
Chefarzt des INZ am Klinikum
Südstadt Rostock



Steffen Vollrath
Verwaltungsdirektor am Klinikum
Südstadt Rostock

Interview mit Steffen Vollrath, Verwaltungsdirektor Klinikum Südstadt Rostock und Dr. Jan-Arne Lauffs, Chefarzt Integriertes Notfallzentrum (INZ) am Klinikum zu Erfahrungen, Erkenntnissen aus der Marine-Übung sowie zu kontinuierlichen vorbereitenden Aktivitäten auf Krisensituationen.

PB: In die Marine-Übung im Sommer vorigen Jahres waren das Klinikum Südstadt in Rostock und die Rostocker Universitätsmedizin einbezogen. War die Teilnahme an so einer sehr umfangreichen Übung Normalität für die beteiligten Mitarbeiter?

Steffen Vollrath: Die Teilnahme an einer Übung dieser Größenordnung gehört nicht zum Klinikalltag. Gleichzeitig bereiten wir uns im Kontext von Szenarienübungen regelmäßig auf besondere Einsatz- und Großschadenslagen vor. An der MANV-Übung ROLE2SEA25 in den Sommerferien im August 2025 waren 56 Mitarbeitende aus unterschiedlichen Bereichen beteiligt – von der Notaufnahme über den OP bis hin zu Logistik und Krisenmanagement. Für alle war es eine wertvolle Gelegenheit, Abläufe unter realitätsnahen Bedingungen zu trainieren.

PB: Gab es spezielle Vorbereitungen dafür oder kam es für alle Akteure überraschend?

Dr. Jan-Arne Lauffs: Solche Übungen werden über Monate vorbereitet. Es gab

diverse Abstimmungsrunden, Schulungen und Planungsphasen. Das konkrete Szenario war den Führungskräften bekannt, den involvierten Teilnehmern der Bereiche waren die tatsächlichen Abläufe und Herausforderungen vorab jedoch nicht kommuniziert worden, um möglichst realitätsnahe Übungsszenarien zu ermöglichen.

PB: Einen Massenanfall von Verletzten kann es auch durch Unfälle, Brände, andere zivile Ereignisse geben. Wie ist das Klinikum insgesamt auf Großschadensereignisse, zumal mit vielen Verletzten, vorbereitet?

Steffen Vollrath: Für solche Situationen verfügt das Klinikum Südstadt über etablierte Alarm- und Einsatzpläne. Im Ernstfall werden die Arbeitsabläufe strukturiert umgestellt und die Versorgung priorisiert organisiert. Als zertifiziertes regionales Traumazentrum verfügen wir zudem über die notwendige Erfahrung in der Versorgung schwer verletzter Patientinnen und Patienten.

PB: Welche Erkenntnisse erbrachte die Übung, welche Schlussfolgerungen wurden gezogen, z.B. für die Alarm- und Einsatzpläne, würde heute manches anders laufen / organisiert, etwa Abläufe anders konzipiert, bestimmte Aufgaben häufiger geübt, Informationsprozesse angepasst werden? Haben Ihre Alarm- und Einsatzpläne funktioniert?

Dr. Jan-Arne Lauffs: Die Übung im August 2025 hat gezeigt, dass unsere Alarm- und Einsatzpläne grundsätzlich funktionieren. Gleichzeitig liefert jede Übung wichtige Hinweise zur weiteren Optimierung. Besonders wertvoll waren die Erfahrungen bei Kommunikation, Patientensteuerung und Zusammenarbeit mit externen Partnern. Diese Erkenntnisse sind in die Weiterentwicklung unserer Planungen eingeflossen. Die Übung hat zudem verdeutlicht, wie wichtig die enge Zusammenarbeit zwischen Bundeswehr, Rettungsdienst, Feuerwehr und

Krankenhäusern für eine funktionierende Gesundheitsversorgung in Krisenlagen ist.

PB: Das Südstadtklinikum hat ein modernes INZ mit eigener ärztlicher Führung und Personal, das nur hier eingesetzt ist. Sehen Sie das für künftige Krisenfälle als essenziell an – und wie wird das hier arbeitende ärztliche und pflegerische Personal auf die dann vielleicht vom üblichen Versorgungsgeschehen abweichenden Verletzungen vorbereitet? Gibt es dafür spezielle Fortbildungen?

Dr. Jan-Arne Lauffs: Ein leistungsfähiges Integriertes Notfallzentrum ist gerade in Krisensituationen von großer Bedeutung. Es ermöglicht eine strukturierte Ersteinschätzung und schnelle Steuerung der Patientenströme. Unsere Mitarbeitenden werden regelmäßig fortgebildet und trainieren auch Szenarien, die über den normalen Klinikalltag hinausgehen.

PB: Mit der regulären Patientenversorgung ist das Klinikum offenbar gut ausgelastet. Wie viele Verletzte könnten zusätzlich sicher versorgt werden? Vermutlich würde das ja vor allem OP- und Intensivkapazitäten und bestimmte Kliniken betreffen. Gibt es zudem für solche Lagen Netzwerke mit anderen Krankenhäusern, die ebenfalls geübt und im Ernstfall aktiviert werden können?

Steffen Vollrath: Eine konkrete Zahl lässt sich nicht seriös benennen, da dies stark von Art und Schwere der Verletzungen abhängt. Grundsätzlich können wir im Bedarfsfall zusätzliche Bereiche des Klinikums für die Versorgung nutzen und planbare Eingriffe verschieben. Dennoch sind die Kapazitäten aller Krankenhäuser begrenzt, weshalb die Zusammenarbeit und enge Abstimmung im regionalen Kliniknetzwerk eine wichtige Rolle spielt.

PB: Krankenhäuser sollen sich für den Verteidigungsfall, für

Großschadensereignisse, aber auch z.B. für einen Blackout, vorbereiten, also krisenresilient sein oder werden. Aktuell schreiben aber 80 Prozent der Kliniken in Deutschland rote Zahlen. Ohne entsprechende finanzielle Mittel können die dafür notwendigen resilienten Strukturen aber nicht aufgebaut werden. Ein Widerspruch? Was erwarten Sie hier von der Politik?

Steffen Vollrath: Krisenresilienz ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Krankenhäuser müssen sich auf unterschiedliche Szenarien vorbereiten – vom Massenanfall von Verletzten bis zu Ausfällen kritischer Infrastruktur. Dafür

braucht es jedoch verlässliche finanzielle Rahmenbedingungen. Wer resiliente Strukturen erwartet, muss auch die notwendigen Investitionen in Personal, Technik, Infrastruktur und Vorsorge ermöglichen.

Absolute Sicherheit gibt es in keinem Szenario. Entscheidend ist, dass Strukturen, Kommunikationswege und Entscheidungsprozesse regelmäßig trainiert werden.

PB: Herr Dr. Lauffs, Herr Vollrath, vielen Dank für das Gespräch!



Blackout in Berlin – Anschlag auf die Stromversorgung

WAS MÜSSEN NOTFALLKRANKENHÄUSER IN SOLCHEN SITUATIONEN LEISTEN KÖNNEN?

Am 3. Januar dieses Jahres blieb der Südwesten Berlins im Dunkeln. Ein Angriff auf die Stromversorgung. Eine wichtige Kabelbrücke im Bezirk Steglitz-Zehlendorf war in Brand gesetzt worden, 45.000 Haushalte, 2.200 Gewerbebetriebe und auch fünf Krankenhäuser sowie 205 Arztpraxen und 74 Pflegeeinrichtungen in diesem Gebiet waren betroffen. In der 68. VKD-Jahrestagung im Juni 2026 berichteten Geschäftsführer von zwei betroffenen Klinikunternehmen – Roy J. Noack und Bernd Quöß – wie sie diese Tage erlebten. Helge Franz ordnet den Anschlag aus Sicht des Berliner Senats und die Reaktionen auf den Anschlag ein.

Es hatte zuvor schon weitere Anschläge auf die Bahn und auch auf den Bezirk Berlin-Köpenick gegeben, doch dies war der bis dahin schwerste und am längsten andauende in Berlin. Zu dem Anschlag hatte sich eine linksextremistische Gruppierung der „Vulkangruppen“ bekannt.

Wie das BKA erklärte, habe es seit dem Jahr 2011 in unregelmäßigen Abständen Brandanschläge auf wichtige Infrastrukturen gegeben, zu denen sich Vulkangruppen bekannt hatten. Die Täter wurden bisher nicht gefasst.

Man braucht eine Stabsstruktur

Helge Franz, Leiter der Abteilung I, Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, Berlin, berichtete in der VKD-Jahrestagung ausführlich über die Vorgehensweise der Behörde während des Anschlags Anfang Januar und verwies auf das strukturierte Vorgehen in Krisensituationen. Seit dem La Belle-Anschlag in Berlin im April 1986 habe man sich im Berliner Senat damit beschäftigt, wie vorbeugend auf solche Ereignisse reagiert werden könne. Zunächst sei eine kleine Eingreifgruppe eingesetzt und die Frage gestellt worden, wie sich die Krankenhäuser auf Anschläge vorbereiten müssten. Was

Immanuel Krankenhaus Berlin

Das Immanuel Krankenhaus Berlin mit seinen beiden Standorten ist ein Akutkrankenhaus am Standort Berlin-Wannsee mit den Schwerpunkten Rheumaorthopädie, Rheumatologie und Naturheilkunde und am Standort Berlin-Buch mit dem Schwerpunkt Rheumatologie. Mit seinen beiden Standorten übernimmt das Immanuel Krankenhaus Berlin die rheumatologische Versorgung der Patienten hauptsächlich der beiden Bundesländer Berlin und Brandenburg im ambulanten wie stationären Bereich. Darüber hinaus werden Patienten aus ganz Deutschland und dem Ausland behandelt.

müssten Notfallkrankenhäuser in solchen Situationen leisten können? Aufgebaut worden sei in den folgenden Jahren eine Stabsstruktur. Die erste Zerreißprobe sei dann der islamistische Terroranschlag auf den Weihnachtsmarkt am Berliner Breitscheidplatz am 19. Dezember 2016 gewesen. Bei dem Attentat starben zwölf Menschen und mehr als 60 wurden teils schwer verletzt.

Bis 2025 hatte man dann auch einen Sichtungsalgorithmus überall in Berlin. Acht- bis zwölfmal im Jahr sei man mit Sichtungsbögen in Notaufnahmen unterwegs gewesen, um vergleichen zu können.

Beim Anschlag auf die Stromversorgung im Januar dieses Jahres sei sofort der Krisenstab in Aktion getreten. Er habe die 39 Notfallkrankenhäuser koordiniert. An jedes Haus sei die Information gegangen: Diese Lage sehen wir aktuell – bereitet Euch vor. Wenn man über eine Stabsstruktur verfüge, müsse man die Stabsleitung dann auch agieren lassen. Eine wichtige Erkenntnis sei für Krisensituationen, stabsmäßig vorzugehen, bedeute, die richtigen Leute müssten mit den richtigen Leuten sprechen. Dann funktioniere es. Wenn bemühte Mitarbeiter beginnen würden, kreativ zu werden, sei das nicht erfolgreich. Die Lehre: Man braucht eine Stabsstruktur und alle müssten sich dann auch an die eingeübten Strukturen halten.

Zweimal im Jahr fänden aber auch Fortbildungsveranstaltungen mit den Katastrophenschützern statt. Man habe auch gelernt, was in bestimmten Situationen tatsächlich benötigt

werde – und was nicht. Als Beispiel verwies Helge Franz auf das „Berliner Notfallbesteck“ – es wurde in die Notfallzentren für einen schnellen Durchlauf der Patienten gegeben.

Das Wichtigste sei immer, dass man nicht evakuieren muss

Bei dem Anschlag im Januar 2026 habe man dann sehr schnell erkannt, dass dieser Stromausfall länger dauern würde. Klar sei aber auch gewesen, dass nicht alle Notfallkrankenhäuser betroffen waren. Das Wichtigste sei dabei immer, dass man nicht evakuieren müsse. Den Überblick über die betroffenen Krankenhäuser habe es ziemlich schnell gegeben. Problematischer seien die Pflegeheime gewesen, weil diese nicht in offiziellen Listen auftauchten. Hier hätten dann die Träger untereinander kommuniziert. Das war aber offenbar doch eine Schwachstelle.

Die Krankenhäuser seien dann aber relativ schnell provisorisch wieder am Strom angeschlossen und einsatzbereit gewesen. Alle vier Stunden gab es auch einen Austausch mit dem Krisenstab des Innensenats. Benötigt wurden die Informationen mit den Zuständigen im Lagezentrum der Feuerwehr. Dort sei in 12-Stunden-Schichten gearbeitet worden – da mit zu

vielen Schichtwechseln die Reibungsverluste nicht größer seien. Es wurden zudem intensive Polizeifahrten durchgeführt, weil in einigen Bereichen Informationen darüber fehlten, wo Hilfebedürftige zu finden sein würden.

Schwieriger wäre die Situation gewesen, wenn der Anschlag das gesamte Stromnetz betroffen hätte. „Insgesamt sind wir da noch ganz gut rausgekommen“, konstatierte der Referent Helge Franz.

Die Frage stelle sich, so Helge Franz, wie in einem Verteidigungsfall mit einer großen Anzahl von Verletzten umzugehen sei. Schnittstellenprobleme würden sich ergeben, wenn dann zum Beispiel die Bundeswehr auf die Krankenhäuser treffe – das müsse man üben. Daher gebe es schon seit Jahren eine Zusammenarbeit von Berlin und Brandenburg mit der Bundeswehr. Dabei gehe es u.a. um die Verlegungen und praktische Umsetzung der Patientenübergabe. In den letzten zehn Jahren wurden hierbei deutliche Verbesserungen auch bei Weiterverlegungen erreicht. Inzwischen sind laut seinem Bericht, die beteiligten Krankenhäuser jetzt schon in der Lage, Verlegungen auch bundesweit darzustellen. Sobald Kriegshandlungen begännen, könnten die Bundeswehrkrankenhäuser keine Amtshilfe mehr für andere Kliniken leisten, weil sie an anderer Stelle benötigt würden. Diese Amtshilfe liefere dann in umgekehrter Richtung.

„Wir tun viel für den Erfahrungsaustausch im Cluster Ost, arbeiten an gemeinsamen Konzepten, in die man auch reinsehen kann. Vieles kann man adaptieren und an die örtlichen Gegebenheiten anpassen.“ Ein Angebot zum Erfahrungsaustausch.

Wichtig: die Kommunikation im Haus, mit dem Senat und dem Stromversorger

Roy J. Noack, Geschäftsführer des Immanuel Krankenhauses, berichtete, er sei an diesem Morgen des 3. Januar 2026 als Geschäftsführer zunächst nicht erreichbar gewesen, denn er wohne in dem betroffenen

Gebiet. Da in einem solchen Fall ohne Strom auch die Übertragung durch die Mobilfunkmasten ausfällt, habe auch das Smartphone nicht funktioniert. Es gab kein Licht, die Jalousien reagierten nicht, aber der Blick in den Sicherungskasten zeigte, dass alles in Ordnung war.

Also, so schilderte er es, schnell angezogen, raus auf die Straße. Ein Bus der BVG kam vorbei – die erste Information: Stromausfall. Schneller Sprung ins Auto und Fahrt zum Krankenhaus.

Dann die Erleichterung – der Parkplatz des Immanuel Krankenhauses war „eine Insel des Lichts“. Das Notstromaggregat war also angesprungen.

Der Haustechniker wohne auf dem Campus und habe das auch gleich kontrolliert. Dann habe die Technik geprüft, ob alle Systeme laufen und die Patientenversorgung gesichert sei. Alles Relevante lief, Therapien konnten angeboten werden, da es inzwischen auch Tageslicht gab. Die Telefonanlage lief, die elektronische Patientenakte war erreichbar – ab 18 Uhr sollte dann alles wieder in Ordnung sein. Doch so sei es dann leider nicht gekommen.

Ein Anruf von StromNetz Berlin: Man gehe davon aus, dass es erst Donnerstag, 8. Januar 2026, werden würde. Das sei dann der

Evangelisches Waldkrankenhaus e. V. Berlin-Spandau

Das Evangelische Waldkrankenhaus Spandau, ein Unternehmen der Johannesstift Diakonie, ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité – Universitätsmedizin Berlin. In den neun Fachabteilungen und vierzehn medizinischen Zentren mit 518 Betten des 1947 gegründeten Krankenhauses werden jährlich rund 22.000 Patient*innen stationär und knapp 70.000 Patient*innen ambulant versorgt. Die Behandlungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Altersmedizin, Brustkrebs/Brustrekonstruktion, Chronische Wunden, Gefäßerkrankungen, Gelenke und künstlicher Gelenkersatz, Herz, Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie und -urologie, Krebs, Magen/Darm, Rücken, Schwangerschaft und Geburt sowie Sport und Unfälle.

nächste Moment gewesen, darüber nachzudenken, was bis dahin benötigt würde. Die Kühlketten mussten funktionieren. Ad hoc sei ein Kühl-LKW auf den Hof gestellt worden. Niemand habe konkret gewusst, wie lange das Notstromaggregat laufen würde. Also wurde ein Techniker nach Potsdam geschickt, um an einer Tankstelle als Notreserve Diesel und Öl zu besorgen.



vlr. Helge Franz (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege Berlin), Andreas Tyzak (Moderator & VKD-Pressesprecher), Roy J. Noack (Immanuel Krankenhaus Berlin), Bernd Quoß (Krankenhaus Waldfriede)

Für Essen musste gesorgt werden – hier habe der Kooperationspartner Diakonie geholfen. Geklärt werden musste die Erreichbarkeit des Personals, dabei ging es auch um die Kinderbetreuung in Kitas und Schulen. Das ging bis dahin, dass auch im Krankenhaus übernachtet werden konnte. Es ging aber u.a. auch darum, 13 Hospizgäste vorübergehend unterzubringen.

Als dann die Information gekommen sei, dass die Krankenhäuser über eine Strombrücke am Sonntag versorgt werden könnten, war es wichtig, dass nicht sofort alle Aggregate wieder in Betrieb genommen wurden.

Roy J. Noack betonte, es sei hilfreich gewesen, dass regelmäßig ein Schwarztest vorgenommen und regelhaft simuliert werde, was passiere, wenn das Haus restlos von der Stromversorgung gekappt sei.

Ein sehr wichtiger Aspekt sei die Kommunikation im Haus. Man müsse sich um das Personal, die Patienten, die Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung und dem Stromversorger kümmern.

Eine Erkenntnis im Nachhinein war u.a. auch die Bedeutung der Controllingabteilung. Was die Datenlieferungen an das InEK betreffe, gebe es keine Ausnahmen. Auch unter Stromausfall müsse das funktionieren...

Gut vorbereitet und geübt können solche Situationen beherrscht werden

Bernd Quoß, Vorstand des Evangelischen Waldkrankenhauses Spandau, hier war das Krankenhaus Waldfriede betroffen, die Privatklinik ebenfalls, allerdings stand sie nicht im Fokus der Krisenplanung, die Tagesklinik war nicht betroffen. Ein großes Lob sprach er der Senatsverwaltung aus, die sehr geholfen und über die Jahre auch regelmäßig geschult habe.

Bernd Quoß erhielt zunächst einen Anruf aus der Nachbarschaft. Später informierte der Technische Leiter, dass es keinen Strom gebe, aber das Notstromaggregat angesprungen sei, das für sieben Tage Notstrom liefern könnte – je nachdem, was am Netz hänge.

Dann sei es Schlag auf Schlag gegangen – der telefonische Kontakt zum Krisenstab des Senats sei sehr gut gewesen ebenso zu NetzBerlin. Das Mobilfunknetz funktionierte natürlich nicht, aber die technische Abteilung verfüge über Walkie-Talkies für die Kommunikation auf dem Gelände.

Im Senat sei man zuversichtlich gewesen, dass die Krankenhäuser am Sonntag, den 4. Januar 2026, wieder ans Netz gehen könnten. Das habe dann auch funktioniert.

Der stationäre Betrieb sei die ganze Zeit problemlos gelaufen – auch ein Ergebnis jährlicher Übungen für Medizin, Pflege und Administration.

Der Bericht des Verfassungsschutzes 2025, der Ende Juni 2026 vorgestellt wurde, benennt auch die Folgen der Anschläge, bei denen die Täter „Kollateralschäden“ in Kauf nahmen, etwa den Ausfall medizinischer Versorgungseinrichtungen oder die Nichterreichbarkeit von Notrufnummern, die Gefährdung von Menschenleben.

Im Abschnitt zu terroristischen Aktivitäten, warnt die Behörde in ihrem Bericht vor einer neuen Qualität der Gefahr von links, vor Radikalisierungsprozessen und hoher Gewaltbereitschaft. Bundesinnenminister Dobrindt konstatiert in seinem Vorwort, dass auch der Linksextremismus/Linksterrorismus eine erhöhte Wachsamkeit erfordere, „da die Bedrohung der inneren Sicherheit aus diesem Phänomenbereich erheblich zugenommen hat“.

Allerdings habe die zwei Kilometer entfernte Privatklinik ebenfalls keinen Strom gehabt und es gab hier auch keine Verpflichtung für ein Notstromaggregat. Die 17 Patienten mussten verlegt werden. Klar sei, hier werde ebenfalls künftig ein Notstromaggregat angeschafft.

Die Erfahrung aus dieser Situation: Es müsse ein Krisenteam gebildet werden mit konkreten Festlegungen, wer in einer solchen Situation besonders wichtig sei – er selbst als Vorstand, der Ärztliche Direktor, die Pflegeleitung, der IT-Leiter als wichtigster Mann, Technischer Leiter, Personalleiter, Mitarbeiter Speiseversorgung, sehr wichtig auch der Katastrophenschutzbeauftragte. Eine solche Situation sei eine andere „Liga“ als eine größere Anzahl von Verletzten.

Seine Empfehlung an die Teilnehmer der Jahrestagung:

Erstens: es müsse einen festen Ansprechpartner für alle Personen intern und extern geben – unabhängig davon, welchen Rang dieser sonst im Krankenhaus bekleide. Das habe er in diesem Fall selbst übernommen. Auch für den

wechselseitigen Kontakt zur Senatsverwaltung müssten das immer dieselben Personen sein.

Aktuelle Informationen sollten zügig an die Mitarbeiter weitergegeben werden – es sollte alle 30 Minuten ein Lagebild vermittelt werden, da sonst sehr viel kontraproduktive Eigenkreativität entstünde, aus der dann auch eine Eigendynamik entstehe. Das müsse mit einer entsprechenden Wortwahl vermittelt werden – also nicht „zu soft“. Sonst seien auch hier Fehlinterpretationen möglich.

Vorrangig zu klären seien folgende Themen:

Bis wann funktionieren die Kühlketten für Laborbestände, wie lange läuft das Aggregat, welche Geräte könnten abgeschaltet werden, müssen Patienten verlegt, die Rettungsstelle abgemeldet werden?

Quintessenz: Gut vorbereitet und geübt können solche Situationen gut beherrscht werden. Alle kritischen Versorgungsbereiche waren zu jeder Zeit abgesichert.



Stärkerer Schutz kritischer Infrastrukturen

KLINIKEN FEHLT NOCH KLARHEIT ÜBER KONKRETE ANFORDERUNGEN

Mit dem am 17. März 2026 in Kraft getretenen KRITIS-Dachgesetz wurden bundeseinheitliche und sektorübergreifende Mindeststandards für den Schutz kritischer Infrastrukturen festgelegt.

Erstmalig wurden damit folgende Sektoren zusammengefasst: Energie, Transport und Verkehr, Finanz- und Versicherungswesen, Gesundheit, Trinkwasser, Abwasser, Siedlungsabfallentsorgung, Informationstechnik und Telekommunikation, Ernährung, Weltraum sowie Öffentliche Verwaltung.

Bestehende Regelungen im Bereich der IT-Sicherheit kritischer Infrastrukturen wurden ergänzt und bundesweit wurde festgelegt, welche Unternehmen und Einrichtungen Teil der kritischen Infrastruktur sind. Diese Einrichtungen müssen essenziell für die Gesamtversorgung in Deutschland sein und mehr als 500.000 Personen versorgen.

Mindestanforderungen für den Schutz kritischer Infrastrukturen

Festgelegt wurden damit auch bundeseinheitliche und sektorübergreifende Mindeststandards für den physischen Schutz der kritischen Infrastrukturen durch die Betreiber, etwa zu Notfallteams, stärkerem Objektschutz, Maßnahmen zur Ausfallsicherheit. Basis dafür sind Risikoanalysen und Risikobewertungen, die von zuständigen staatlichen Stellen erarbeitet werden. Es gibt eine Meldepflicht für Vorfälle.

Mit dem KRITIS-Dachgesetz wurde zudem die EU-Richtlinie über die Resilienz kritischer Einrichtungen (sog. CER-Richtlinie) umgesetzt. Ziel ist, mit europaweit einheitlichen Mindeststandards für den Schutz kritischer Infrastrukturen sowie verstärkter grenzüberschreitender Kooperation die Versorgungssicherheit in Deutschland und Europa zu stärken.



Bundesinnenminister Alexander Dobrindt: „Mit dem KRITIS-Dachgesetz machen wir Deutschland widerstandsfähiger gegen Krisen und Angriffe. Wir schaffen dafür einheitliche Mindeststandards, Risikoanalysen und ein Störungsmonitoring. Unser Ziel ist klar: Die Abwehrfähigkeit und Resilienz unserer kritischen Infrastrukturen müssen gehärtet werden.“

Der Bundesrat hatte dem Gesetz nach umfangreicher Debatte am 6. März 2026 zugestimmt. Trotz Zustimmung übten die Länder in einer begleitenden Entschließung an einigen Regelungen des Gesetzes Kritik. Sie bemängelten z. B., dass der Schwellenwert für kritische Infrastruktur nicht, wie von ihnen vorgeschlagen, auf 150.000 versorgte Einwohner abgesenkt werde. Dadurch würden zahlreiche essentielle Infrastruktureinrichtungen weiterhin nicht erfasst – insbesondere in den ländlichen Räumen. Unklarheiten mit Blick auf die praktische Umsetzung bestünden auch bei der Öffnungsklausel, die es den Ländern individuell ermöglicht, weitere kritische Anlagen zu identifizieren.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft erklärte, das KRITIS-Dachgesetz sei ein wichtiges Signal in einer schwierigen Zeit, in der Frieden nicht mehr selbstverständlich und konkrete Maßnahmen zur Erhöhung der Resilienz auch in den deutschen Krankenhäusern unumgänglich seien. Angemahnt wird auch das angekündigte Gesundheitssicherstellungsgesetz (GeSiG), das dringend erwartet werde.

Die DKG habe bereits vor Verabschiedung des Gesetzes damit begonnen, einen branchenspezifischen Resilienzstandard, wie er im KRITIS-Dachgesetz vorgesehen ist, zu erarbeiten. Dafür müssten aber auch die konkreten Anforderungen des Gesetzgebers in Form einer Rechtsverordnung klargestellt werden. Klarheit benötigten die Kliniken ebenfalls über Umfang und Finanzierung der notwendigen Maßnahmen. Vor allem bauliche Maßnahmen benötigten Zeit.

Das KRITIS-Dachgesetz trat am 17.03.2026 in Kraft, Paragraph 14 Abs. 3 – 5 tritt am 1. 1. 2030 in Kraft.



KÜNSTLICHE INTELLIGENZ IM KRANKENHAUS

TECHNOLOGIE

AKZEPTANZ

VERANTWORTUNG

KI ALS ASSISTENZ



Hohe Akzeptanz für KI, aber es geht nicht nur um die Technologie

STABILE FINANZIERUNG, RECHTSSICHERHEIT,
VERANTWORTLICHKEITEN SIND ZU KLÄREN

Unbestritten ist das Thema Künstliche Intelligenz in den Krankenhäusern angekommen. Die zahlreichen, vielfältigen Einsatzmöglichkeiten, etwa für Diagnostik und Therapie, etwa in der Chirurgie, in der Hautkrebsfrüherkennung, der Radiologie, aber auch für die Forschung, zeigen, was wir in Zukunft hier alles noch erwarten können. Sinnvolle KI-Nutzung im Krankenhaus kann zur Verbesserung der patientenorientierten, individuellen Versorgung beitragen, administrative Prozesse optimieren, das Personal von vielen Routineaufgaben entlasten. Die Integration von KI im Krankenhausbereich, im Gesundheitswesen insgesamt, braucht allerdings eine stabile Finanzierung und auch Unterstützungsprojekte, wie sie aktuell bereits u.a. durch Bundesländer erfolgt.

Das zeigen u.a. Beispiele aus Nordrhein-Westfalen. So entwickelt das SmartHospital.NRW, ein Konsortium unter Leitung der Universitätsmedizin Essen, ganz konkret KI-basierte Anwendungsfälle für Krankenhäuser. Die eingesetzten Technologien umfassen KI-basierte Text- und

Sprachverarbeitung mittels Natural Language Processing (NLP). Profitieren können sowohl Personal als auch Patienten. Vorgestellt werden z.B. ein intelligenter Arztbriefgenerator und ein Sprachsystem zur Steuerung von Medizintechnik per Sprachbefehl. Es werden aber auch Tools bereitgestellt, die Kliniken bei der Transformation ins digitale Zeitalter unterstützen.

Anlaufstelle für Künstliche Intelligenz ist auch die Kompetenzplattform KI.NRW mit Sitz am Fraunhofer IAIS in Sankt Augustin. Auf ihrer Webseite heißt es: „KI.NRW baut Nordrhein-Westfalen zu einem der führenden Standorte für angewandte KI aus. Ziel ist es, die Akteure des KI-Ökosystems sichtbar zu machen, untereinander zu vernetzen und so den Transfer von KI aus der Spitzenforschung in die Wirtschaft zu beschleunigen. Dabei stellt KI.NRW immer die Menschen in den Mittelpunkt der Gestaltung von Künstlicher Intelligenz.“

Die Onlineplattform „KI.Welten“ der Kompetenzplattform KI.NRW hat sogenannte Use

Cases in einer Übersicht zusammengestellt, die Interessierte in einer virtuellen Umgebung entdecken können. Die „KI.Welt Krankenhaus“ ist kostenfrei auf der Website [welten.ki.nrw/krankenhaus](https://www.welten.ki.nrw/krankenhaus) zu finden.

Die größte Hürde ist nicht die Technik

Anlässlich der DMEA 2026 hat das Fraunhofer IAIS im April ein neues Whitepaper „Strategischer Einsatz von Künstlicher Intelligenz als Schlüssel für die Zukunftsfähigkeit von Kliniken“ veröffentlicht. Es liefert Antworten auf die Fragen, wie Krankenhäuser KI so einsetzen können, dass sie medizinisches Personal nachhaltig entlastet, die Versorgungsqualität verbessert, aber gleichzeitig auch regulatorischen Anforderungen gerecht wird.

Künstliche Intelligenz werde im Krankenhaus häufig in einzelnen Pilotprojekten erprobt – etwa in der Dokumentation, der medizinischen Bildanalyse oder der Entscheidungsunterstützung. Der nachhaltige Nutzen bleibe jedoch oft begrenzt, heißt es in einer Information dazu. Das Whitepaper zeige, dass die größten Hürden weniger in der Technologie als vielmehr in fehlenden Datenstrategien, unklaren Zuständigkeiten, regulatorischer Unsicherheit und mangelnder Akzeptanz bei Mitarbeitenden liegen.

Finanzierung und Rechtssicherheit

In einem Papier zur Künstlichen Intelligenz verweist die Deutsche Krankenhausgesellschaft u.a. darauf, dass im KHZG das Thema Infrastruktur nicht berücksichtigt sei. Die sei aber unabdingbare Voraussetzung für die Nutzung der KI im Krankenhausbereich. Die Kliniken müssten dazu befähigt werden, die für eine KI-Nutzung notwendigen Infrastrukturen einzuführen und zu betreiben. Diese Infrastrukturen und KI-Anwendungen seien daher aus dem Sondervermögen, etwa im Rahmen eines KHZG 2.0, zu finanzieren. Der Fokus müsse dabei auf offenen und gemeinsamen Infrastrukturen im Sinne von

Plattformen liegen. Finanziert werden müssten auch die Betriebskosten.

Um Rechtssicherheit für Einsatz und Betrieb von KI herzustellen, seien die rechtlichen Rahmenbedingungen dafür zu klären. Während sich die Pflichten der Krankenhäuser aus der KI-Verordnung ergeben, gebe es offene Fragen, die vor allem die Haftung bei nicht erklärbaren (non-explainable) Algorithmen – etwa, wo die Verantwortung des Herstellers ende, die des Krankenhauses beginne – betreffen.

Große Chancen, aber auch Gefahren durch KI

Natürlich muss man sich auch der Gefahren bewusst sein, die durch KI-Nutzung im Krankenhaus entstehen können. Dazu gehören u.a. Verstöße gegen den Datenschutz, etwa wenn von Mitarbeitern frei verfügbare KI-Tools genutzt und Patientendaten eingegeben werden. Eine Gefahr ist auch, wenn Trainingsdaten für die KI nicht repräsentativ waren, so dass es zu Fehldiagnosen kommt.

Sicher hat jeder schon mitbekommen, dass die großen Sprachmodelle in manchen Fällen auch falsche medizinische Informationen herausgeben – sogenannte Halluzinationen. Das kann z.B. passieren, wenn die KI auf Studien oder Leitlinien zugreift, die veraltet oder widerlegt wurden. Daher ist immer wieder zu betonen, dass die Verantwortung beim Arzt liegt.

Selbst Entwickler wissen oft nicht mehr genau, auf welchen Wegen die KI Entscheidungen trifft und vermittelt. Beim Thema Mensch und Maschine sind noch viele Fragen offen. In jedem Fall sollten KI-Anwendungen regelmäßig evaluiert werden. Daher benötigen Ärzte Expertise, um die KI zu kontrollieren. Wichtig ist es daher, dass sowohl die fachlichen als auch ethische und rechtliche Fragen in die Ausbildung von Pflegenden und Ärzten für die jeweilige Berufsgruppe angepasst aufgenommen werden.

pb-redaktion

”VERWIESEN WIRD INSBESONDERE AUCH AUF DIE NOTWENDIGEN UMFASSENDE ANFORDERUNGEN AN DIE KI-KOMPETENZ, DIE KONKRETISIERT UND VON SOFTWARESCHULUNGEN ABGEGRENZT WERDEN MÜSSE. ANGESICHTS DER DAFÜR NOTWENDIGEN AUFWÄNDE FÜR DIE KRANKENHÄUSER MÜSSE DAS IN DER KRANKENHAUSFINANZIERUNG BERÜCKSICHTIGT WERDEN.“

Vor allem eine organisatorische und kulturelle Transformationsaufgabe

KEIN ISOLIERTES PROJEKT, SONDERN STRATEGISCHES THEMA

Aus dem Whitepaper „Strategischer Einsatz von Künstlicher Intelligenz als Schlüssel für die Zukunftsfähigkeit von Kliniken“ des Fraunhofer IAIS:

„KI entfaltet ihren Mehrwert im Krankenhaus nur dann, wenn sie als strategisches Thema verstanden wird – nicht als isoliertes IT-Projekt“, sagt Dario Antweiler, Teamleiter Healthcare Analytics am Fraunhofer IAIS.

Vorgeschlagen wird ein dreistufiges Vorgehensmodell zur Entwicklung einer KI-Strategie im Krankenhaus

1. Analyse und Aufbau (KI-Readiness): Bewertung von Datenqualität, IT-Architektur, Organisation und Kompetenzen.
2. Strategie: Definition eines Zielbilds, Priorisierung geeigneter KI-Use-Cases und Entwicklung einer Umsetzungsroadmap.
3. Umsetzung und Betrieb: Integration in klinische Prozesse, Etablierung von Governance-Strukturen und kontinuierliche Qualitätssicherung.

Der Ansatz verbindet technologische, organisatorische und regulatorische Perspektiven und zeigt, wie KI-Initiativen in bestehende Digital- und Unternehmensstrategien eingebettet werden können. Darüber hinaus machen die Autorinnen und Autoren deutlich, dass der erfolgreiche Einsatz von KI im Krankenhaus nicht allein eine technologische, sondern vor allem eine organisatorische und kulturelle Transformationsaufgabe ist. Entscheidend sei,

KI frühzeitig in bestehende Digital- und Unternehmensstrategien einzubetten, klare Verantwortlichkeiten zu definieren und medizinisches sowie pflegerisches Personal aktiv einzubeziehen. Nur wenn Mitarbeitende den Nutzen von KI im Arbeitsalltag konkret erleben und Vertrauen in Transparenz, Nachvollziehbarkeit und regulatorische Absicherung haben, könne KI ihr volles Potenzial entfalten.

Die Publikation zeigt auf, wie Krankenhäuser durch gezieltes Change Management Qualifizierung und Governance-Strukturen Akzeptanz schaffen und den Übergang von einzelnen Pilotprojekten hin zu skalierbaren, wirtschaftlich tragfähigen Lösungen gestalten können.

Strukturierte KI-Governance wird zum zentralen Erfolgsfaktor

Außerdem werden die rechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen für den KI-Einsatz im Krankenhaus beleuchtet. Insbesondere der EU AI Act, die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und die Medizinprodukteverordnung (MDR) stellen neue Anforderungen an Krankenhäuser – nicht nur als Anwender, sondern auch als Betreiber von KI-Systemen. Eine strukturierte KI-Governance wird damit zum zentralen Erfolgsfaktor.

Fraunhofer-Institut für Intelligente Analyse- und Informationssysteme IAIS



EU-Verordnung über künstliche Intelligenz

VIER RISIKOKLASSEN FESTGELEGT (KI-VERORDNUNG, KI-VO)

Die KI-VO der Europäischen Union dient der Regulierung künstlicher Intelligenz. Sie wurde am 21. Mai 2024 von den Mitgliedstaaten verabschiedet und trat am 1. August 2024 in Kraft. Die hier festgelegten Regelungen gelten bis auf einige Ausnahmen seit dem 2. August 2026.

Die Verordnung hat einen risikobasierten Ansatz. KI-Technologien werden hier in vier Risikoklassen eingeteilt: in Systeme mit inakzeptablem Risiko, in Systeme mit hohem Risiko, in solche mit begrenztem Risiko sowie in KI-Systeme ohne Risiko. Erstere sind nicht erlaubt, während der Betrieb von Hochrisiko-KI-Systemen besonderen rechtlichen Anforderungen unterliegt. Dazu zählen u.a. Systeme, die biometrische Daten verarbeiten, solche, die in kritischer Infrastruktur eingesetzt werden, Systeme zur Bewertung von Lernprozessen in Bildungseinrichtungen oder zur Auswahl von Bewerbern, Beförderungen, Kündigungen, zur Prüfung von Kreditwürdigkeit sowie weitere.

KI-Systeme im medizinischen Bereich, vor allem in der Geburtshilfe und Pränataldiagnostik, gelten

als Hochrisiko-KI-Systeme (Artikel 6). Hier haben Betreiber die Pflicht, eine dauerhafte menschliche Aufsicht sicherzustellen und müssen eine nachgewiesene KI-Kompetenz haben. Das bedeutet, dass Ärzte und Kliniken trotz einer KI-Entscheidung selbst die Verantwortung tragen.

KI-Systeme ohne hohes Risiko unterliegen keinen speziellen gesetzlichen Pflichten oder Verboten, da sie die Rechte oder die Sicherheit von Menschen nicht gefährden. Bei bestimmten Einsatzarten und Interaktionsmöglichkeiten mit Endnutzern regelt die KI-Verordnung, dass begrenzte Risiken durch Informationen an die Nutzer gemindert werden können. Hier sind Transparenzpflichten definiert.

Die Verordnung enthält auch Regelungen für leistungsfähige Sprachmodelle, vor allem für multimodale Modelle (General Purpose AI, GPAI) und solche, die besonders hohe Rechenleistungen haben. Dazu gehört u.a. ChatGPT.

Betreiber von KI-Modellen, die einen allgemeinen Verwendungszweck haben, müssen

nachweisen, mit welchen Daten die KI trainiert wurde. Hier geht es u.a. auch um Urheberrechte.

Anbieter und Betreiber von KI-Systemen werden zur Qualifizierung ihres Personals oder anderer beauftragten Personen verpflichtet.

Im September 2025 hat das Bundesministerium für Digitales und Staatsmodernisierung (BMDS) einen ersten Entwurf zur Durchführung der KI-Verordnung vorgelegt. Dieser sieht u.a. ein zu schaffendes Gesetz zur Marktüberwachung und Innovationsförderung von Künstlicher Intelligenz (KI-MIG) vor. Schwerpunkt des Entwurfs ist die Einrichtung eines Koordinierungs- und Kompetenzzentrums für die KI-Verordnung (KoKIVO) bei der Bundesnetzagentur (BNetzA), das andere zuständige Behörden unterstützen und eine einheitliche Rechtsauslegung gewährleisten soll.

Im Februar 2026 wurde der Gesetzesentwurf von der Bundesregierung beschlossen, am 20. März 2026 debattierte der Bundestag in erster Lesung, am 23. März 2026 gab es eine öffentliche Anhörung im Ausschuss für Digitales und Staatsmodernisierung. Der Digitalausschuss muss nun eine Beschlussempfehlung für das Plenum erstellen.

Quelle: Wikipedia, Stand: 30. Juni 2026 (inklusive Berücksichtigung der Novellierung)

die Einhaltung der KI-Verordnung zuständig. Bei ihr wird ein Koordinierungs- und Kompetenzzentrum eingerichtet, um mit anderen öffentlichen Stellen zusammenzuarbeiten und als Ansprechpartnerin für europäische Institutionen zu fungieren. Dadurch werde die KI-Expertise gebündelt und ressourcenschonend bei Bedarf den bestehenden Behörden zur Verfügung gestellt, so die Begründung der Bundesregierung.

Von der Marktüberwachung durch die Bundesnetzagentur ausgenommen sind die KI-Systeme der öffentlichen Stellen der Länder und Kommunen.

Die Bundesnetzagentur soll zudem zentrale Anlauf- und Beschwerdestelle der Bürgerinnen und Bürger sein. Beschwerden über mögliche Verstöße werden an die zuständige Marktüberwachungsbehörde weitergeleitet. Die Agentur soll zudem Informationsangebote bereitstellen, Beratungsleistungen organisieren und ein sogenanntes KI-Reallabor einrichten, in dem neue Anwendungen unter Aufsicht getestet werden können.

Quelle: Bundesrat

Gesetz zur KI-Aufsicht gebilligt

Die Länderkammer hat am 10. Juli 2026 das Gesetz über Künstliche Intelligenz gebilligt. Das Gesetz setzt die europäische Verordnung über Künstliche Intelligenz um, die einen einheitlichen Rechtsrahmen für die Entwicklung und Nutzung von Systemen Künstlicher Intelligenz (KI) in der Europäischen Union bildet.

Gleichzeitig legt es fest, welche Behörden in Deutschland die europäischen Regelungen umsetzen sollen. Als zentrale Marktüberwachungsbehörde kommt dies der Bundesnetzagentur zu. Sie ist im Wesentlichen für



Tieferes Verständnis von Krebs dank KI in der Pathologie

AUTONOMES AGENTENBASIERTES SYSTEM AN
UNIKLINIK KÖLN ENTWICKELT



**Prof. Dr. Reinhard Büttner
und
Priv.-Doz. Dr. Yuri Tolkach**

Die digitale Transformation der Pathologie eröffnet neue Möglichkeiten für die Krebsdiagnostik. Moderne Verfahren der Künstlichen Intelligenz (KI) gehen heute weit über die reine Automatisierung hinaus: Sie ermöglichen es, aus routinemäßig erhobenen histologischen Gewebeschnitten bislang verborgene biologische Informationen zu gewinnen und damit ein tieferes Verständnis von Tumorerkrankungen zu erreichen. Ein Team der Pathologie der Uniklinik Köln und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln hat einen grundlegend neuen Ansatz namens SPARK (System of Pathology Agents for Research and Knowledge) entwickelt. Die Studie „An agentic framework for autonomous scientific discovery in cancer pathology“ ist im Fachmagazin Nature Medicine erschienen.

Fotos: Michael Wodak (unten); MrPanya – stock.adobe.com (oben)

Die Uniklinik Köln

Als modernes Krankenhaus der Maximalversorgung mit rund 1.500 Betten hat sich die Uniklinik Köln einer wissenschaftsnahen, innovativen Medizin verschrieben und übernimmt wichtige gesellschaftliche Aufgaben in Forschung, Lehre und Krankenversorgung. Jährlich lassen sich in der Uniklinik Köln über 540.000 Patientinnen und Patienten behandeln, davon ca. 70.000 stationär. Mit rund 13.700 Beschäftigten aus über 90 Nationen gehört die Uniklinik Köln zu den größten Arbeitgebern in Köln und den führenden Universitätskliniken in Deutschland.

Klassische KI-Ansätze segmentieren vor allem Gewebe oder analysieren einzelne Zellen im Tumormikromilieu. Dabei stoßen sie häufig an Grenzen – etwa durch eingeschränkte Interpretierbarkeit oder mangelnde Übertragbarkeit auf neue Fragestellungen. Das agentenbasierte KI-System SPARK fungiert als eine Art „digitales Gehirn“. Es verknüpft mehrere spezialisierte Algorithmen zu einem koordinierten System, das eigenständig biologische Hypothesen generieren, verfeinern und in analytische Werkzeuge umsetzen kann – ohne dass ein erneutes Training der Modelle erforderlich ist. Die Nutzung von Sprache als universelle Schnittstelle ermöglicht eine flexible und intuitive Interaktion mit komplexen Bilddaten. So lassen sich etwa einfache sprach-basierte Analysen durchführen, wie zum Beispiel ob ein Tumor auf eine Immuntherapie ansprechen wird.

In umfangreichen Analysen von über 5.400 Patientinnen und Patienten aus 18 unabhängigen Kohorten und fünf verschiedenen Tumorentitäten zeigte das Team um Priv.-Doz. Dr. Yuri Tolkach, Oberarzt am Institut für Pathologie an der Uniklinik Köln, dass SPARK klinisch relevante und biologisch fundierte Gewebemarkers identifiziert. Diese stehen in engem Zusammenhang mit Krankheitsverlauf, etablierten pathologischen Parametern und dem Ansprechen auf Therapien. Darüber hinaus erlaubt das System, aus statischen

Gewebeschnitten Rückschlüsse auf die zeitliche Entwicklung von Tumoren zu ziehen und Mechanismen der Tumorprogression besser zu verstehen.

„SPARK trägt dazu bei, Diagnosen zu präzisieren, Patientinnen und Patienten zuverlässiger zu stratifizieren und Therapieentscheidungen gezielter zu treffen. Insbesondere im Bereich der personalisierten Onkologie eröffnet sich die Möglichkeit, Therapien stärker an die individuellen biologischen Eigenschaften eines Tumors anzupassen und so die Behandlungsergebnisse zu verbessern“, so Dr. Tolkach.

Ein weiterer Vorteil von SPARK ist den Forschenden zufolge die Zugänglichkeit. Über eine spezialisierte, modulinteraktive Benutzeroberfläche können klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Forschende auch ohne Programmierkenntnisse Analyseansätze entwickeln.

Trotz dieser vielversprechenden Ergebnisse sei eine prospektive Validierung im klinischen Alltag notwendig, um den vollen Nutzen der Technologie zu bestätigen. Alle entwickelten Methoden, Parameter und Ergebnisse wurden offen zugänglich gemacht, um die Weiterentwicklung durch die wissenschaftliche Gemeinschaft aktiv zu fördern. „Mit SPARK verfolgen wir das Ziel, die Pathologie von einer primär deskriptiven Disziplin hin zu einer datengetriebenen,

prädiktiven Wissenschaft weiterzuentwickeln – und damit einen entscheidenden Beitrag zur Präzisionsmedizin in der Onkologie zu leisten“, sagt Univ.-Prof. Dr. Reinhard Büttner, Direktor des Instituts für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie.

SPARK wurde unter anderem durch das ehemalige Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMFTR) und im Rahmen des Projekts DigiPathConnect des Interreg Euroregion Maas-Rhein der Europäischen Union

gefördert. Zudem wurden Daten des Nationalen Netzwerks Genomische Medizin Lungenkrebs (nNGM, gefördert durch die Deutsche Krebshilfe) und die Rechenleistung des RAMSES Hochleistungsrechners des IT Center University of Cologne (ITCC) der Universität zu Köln genutzt.

Uniklinik Köln

**„ALLE ENTWICKELTEN
METHODEN, PARAMETER UND
ERGEBNISSE WURDEN OFFEN
ZUGÄNGLICH GEMACHT, UM DIE
WEITERENTWICKLUNG DURCH DIE
WISSENSCHAFTLICHE GEMEIN-
SCHAFT AKTIV ZU FÖRDERN.“**

KI „assistiert“ Augenärzten bei Therapieplanung mit AMD

INDIVIDUELLE BEHANDLUNGSENTSCHEIDUNGEN KÖNNEN
ANGEPASST WERDEN

Die Klinik für Augenheilkunde des Klinikums Chemnitz setzt künstliche Intelligenz zur Unterstützung bei der Therapieplanung von Patienten mit feuchter altersbedingter Makuladegeneration (AMD) ein – entsprechend einer Mitteilung vom 7. April dieses Jahres, als erste in Deutschland.

Der vom Münchener Start-up deepeye Medical GmbH entwickelte KI-Therapieassistent deepeye® TPS unterstützt die Mediziner konkret dabei, kleinste krankhafte Veränderungen wie Flüssigkeitsansammlungen auf der Netzhaut erkrankter Patienten zu erkennen und daraus individuelle Behandlungsentscheidungen abzuleiten. Nach Implementierung des Systems und Schulung der Mitarbeiter werde der KI-Assistent im Alltag angewandt.

AMD ist die häufigste Ursache für schlechtes Sehen und Erblindung in den Industriestaaten bei Menschen über 50 Jahren. Schätzungen zufolge leiden in Deutschland über sieben Millionen Menschen daran.

Wichtig bei der Erkrankung ist neben der korrekten Diagnose die Verlaufskontrolle, um frühzeitig die Therapie individuell an den Patienten anzupassen. Dafür wird die Optische Kohärenztomographie (OCT) durchgeführt. Hier kommt das KI-Tool von deepeye ins Spiel. Es wertet die anonymisierten Bilder der einzelnen Netzhautschichten aus und stellt das Ergebnis im Verlauf mit älteren Aufnahmen desselben Patienten dar. Dabei werden vom System kleinste Veränderungen erkannt und farblich markiert. Die Auswertung steht

dem behandelnden Arzt kurze Zeit später zur Verfügung.

„Das ist der entscheidende Punkt: Der KI-Therapieassistent ersetzt keinen Arzt, sondern unterstützt ihn“, sagt Manuel Opitz, Geschäftsführer bei deepeye Medical. Die KI weist den Arzt darauf hin, in welchen Netzhautschichten besonders viel Flüssigkeit vorhanden ist, und erstellt eine Textzusammenfassung zur standardisierten Dokumentation. Die Schlüsse daraus für die Therapie ziehe er selbst. „Ziel des KI-Einsatzes ist es, Krankheitsverschlechterungen nicht nur frühzeitiger zu erkennen und die Erblindung zu verzögern, sondern am besten die Entwicklung des Behandlungsbedarfs vorauszusehen und entsprechend zu behandeln“, sagt Manuel Opitz.

Prof. Dr. med. Vinodh Kakkassery, Chefarzt der Augenklinik am Klinikum: „Es gibt zu wenig Augenärzte, die Leute werden immer älter, Augenerkrankungen nehmen zu – da ist ein Tool, das uns Augenärzte bei der Therapieentscheidung präzise und schnell unterstützt, von unschätzbarem Wert, um Patienten trotz schwieriger Rahmenbedingungen zügig und bestmöglich zu versorgen.“ Deepeye ist zur Vorbereitung seines Einsatzes im klinischen Alltag mit mehr als 60.000 OCT-Aufnahmen trainiert worden. „Da wir die Pilot-Klinik in Deutschland sind, wird der Einsatz der KI bei uns wissenschaftlich begleitet und ausgewertet“, ergänzt Prof. Kakkassery. „Von den daraus entstehenden Verbesserungen profitieren unsere Patienten direkt und als erstes.“

Klinikum Chemnitz



Start des KI-Kernteams der GLG

AUFGABE IST, DIE KI-STRATEGIE NACHHALTIG UMZUSETZEN

Mit dem ersten Zusammentreffen des neu gegründeten KI-Kernteams unter der Leitung von Dr. Dietmar Donner (Leiter Medizinmanagement GLG) hat die Gesellschaft für Leben und Gesundheit (GLG) einen wichtigen Schritt in Richtung eines gezielten und verantwortungsvollen Einsatzes von Künstlicher Intelligenz vollzogen. So setzt die GLG die Etablierung einer KI-Strategie nachhaltig um und folgt der enormen Resonanz auf dieses Thema im Unternehmen.

Das KI-Kernteam setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Bereiche Medizinmanagement, IT, Pflege, ärztlichem Dienst, Verwaltung, Datenschutz, Betriebsrat und Digitalisierung zusammen und bildet damit den Querschnitt der für KI relevanten Schnittstellen im Unternehmen. Je nach Thema werden punktuell weitere Fachbereiche hinzugezogen, um spezifische Expertise einzubinden und die praktische Umsetzbarkeit sicherzustellen.

„Künstliche Intelligenz ist eine wesentliche Innovation für die Zukunft der Medizin, weshalb wir mit der neuen Stabsstelle und dem KI-Kernteam die Grundlage für zukunftsorientiertes Handeln geschaffen haben“, betont GLG-Geschäftsführerin Dr. Steffi Miroslau.

Zweck des KI-Kernteams ist es, den übergeordneten Rahmen für KI-Anwendungen in der GLG zu setzen: Themen zu steuern, zu strukturieren und die Arbeitsgruppen vor Ort in den Häusern bei Bedarf zu unterstützen. Die zur Thematik KI aus den GLG-Häusern eingereichten Anträge und Vorschläge der Mitarbeitenden – jeweils mit Freigabe der direkten Vorgesetzten – werden durch das KI-Kernteam gesichtet und bewertet. Auf dieser Basis erfolgen die weitere fachliche Steuerung und Priorisierung der Themen. Ein zentraler Punkt ist der verantwortungsvolle Umgang mit KI-Tools und Messengern im Alltag. Mit dem KI-Kernteam schafft die GLG die Basis, KI-Anwendungen

Die vor 20 Jahren gegründete GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit ist ein Verbund von Gesundheitseinrichtungen in der Region und hat sich erfolgreich zum größten Gesundheitsversorger im Nordosten Brandenburgs entwickelt.



GLG Werner Forßmann Klinikum Eberswalde, Stroke Unit

strukturiert zu prüfen, verantwortungsvoll einzusetzen und dort in die Versorgung und Verwaltung zu bringen, wo sie Mitarbeitende entlasten und die Qualität der Arbeit verbessern können.

Das Ziel ist u.a., Künstliche Intelligenz dort zu nutzen, wo sie Leben rettet und Behandlungen und Prozesse präziser macht. Im

Forschungsprojekt „Health.AI Pomerania“ arbeitet die GLG aktuell beispielsweise eng mit den Universitätskliniken in Greifswald und Stettin zusammen, um die Strahlentherapie noch sicherer und individueller zu gestalten.

*Gesellschaft für Leben und Gesundheit
Eberswalde*



ZUKUNFTS- PROJEKTE UND GUTE IDEEN

AUTOMATISIERTE MESSKABINE

WELT IN DER KITTELTASCHE

KLIMASTRATEGIE

INTERDISZIPLINÄRES KONZEPT

ROLLATORPARCOUR

NEUE "GUTE NACHTSCHICHT-GESCHICHTEN"

BERUFSORIENTIERUNG



MedicubeX eHealth Station

Automatisierte Messkabine soll Notaufnahme entlasten

DEUTSCHLANDPREMIERE AM UKSH: GESUNDHEITSAUTOMAT
UNTERSTÜTZT ERSTEINSCHÄTZUNG DURCH NOTFALLFACHPFLEGE

Patientinnen und Patienten der Notaufnahme können ab sofort eigenständig wichtige Körperwerte in einer digitalen Messkabine erfassen, noch bevor die eigentliche Ersteinschätzung (Triage) durch die Notfallfachpflege stattfindet. So soll das ärztliche Personal schneller über den Zustand einer Person entscheiden können. Die Bedienung in der Kabine erfolgt intuitiv per Anleitung an einem Bildschirm.

Das System misst vollautomatisiert Blutdruck, Puls, Sauerstoffsättigung, Atemfrequenz, Temperatur und Gewicht. Welche Personen für die Nutzung infrage kommen, entscheidet das geschulte Personal bei der Anmeldung.

Damit geht das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) neue Wege in der akuten Patientenversorgung. Als bundesweit erste Notaufnahme testet der Campus Kiel den Einsatz der eHealth Station des Herstellers MedicubeX zur automatisierten Selbsterfassung von Vitalparametern. Nach Angaben

des Herstellers wird die eHealth Station in Deutschland bislang nur an wenigen Kliniken und außerhalb der Notfallmedizin eingesetzt. Die direkte Integration in die Abläufe einer Notaufnahme ist demnach eine bundesweite Premiere. Bewährt sich das Pilotprojekt in Kiel, soll das System auch am Campus Lübeck zum Einsatz kommen.

Selbstständige Erfassung direkt vor der Ersteinschätzung

Der große Vorteil für die Abläufe in der Notaufnahme liegt in der nahtlosen digitalen Integration: Die Messstation überträgt die erhobenen Werte direkt in das Krankenhausinformationssystem. Damit entfallen für die Pflegekräfte zeitaufwendige manuelle Mess- und Dokumentationsschritte. Wenn die Patientin oder der Patient zur Ersteinschätzung aufgerufen wird, liegen dem Pflegepersonal bereits alle Basisdaten vor. Die medizinische Entscheidung bleibt aber immer Aufgabe des

Notaufnahmepersonals. Die Technik ersetzt keine pflegerische oder ärztliche Beurteilung, sondern liefert frühzeitig und standardisiert erhobene Informationen, um den Behandlungsprozess ab der ersten Minute zu beschleunigen.

„In der Notaufnahme zählt ein schneller, strukturierter und zuverlässiger Überblick über den Zustand unserer Patientinnen und Patienten“, sagt Dr. Domagoj Schunk, Leiter der Interdisziplinären Notaufnahme am UKSH, Campus Kiel. „Jede Information, die bereits zu Beginn vorliegt, hilft uns, die Situation eines Menschen besser einzuordnen. Genau darum geht es bei diesem Projekt: Wir wollen prüfen, ob die Station unseren Mitarbeitenden im Alltag spürbar den Rücken freihält – damit mehr Zeit für den Menschen bleibt.“

Universitätsmedizinische Versorgung zukunftsfähig weiterentwickeln

„Die Notaufnahmen in Kiel und Lübeck stehen vor denselben Herausforderungen: viele Fälle, knappe Personalressourcen und die Notwendigkeit, gleich zu Beginn der Versorgung zügig und verlässlich zu entscheiden“, sagt Dr. Sebastian Wolfrum, Leiter der Interdisziplinären Notaufnahme am UKSH, Campus Lübeck. „Deshalb entwickeln wir das Projekt gemeinsam für beide Campi. Der Testbetrieb am Campus Kiel soll zeigen, wie gut sich die Station in den Alltag integrieren lässt, wie einfach Patientinnen und Patienten sie nutzen können und ob der Prozess die Teams spürbar entlastet.“

„Digitale Lösungen können einen wichtigen Beitrag leisten, um die universitätsmedizinische Versorgung zukunftsfähig weiterzuentwickeln“, sagt Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Jens Scholz, Vorstandsvorsitzender (CEO) des UKSH. „Entscheidend ist dabei, dass Technik dort eingesetzt wird, wo sie Patientinnen und Patienten sowie unseren Mitarbeitenden konkret nutzt.“

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein





Der Förderverein des Christlichen Klinikums Paderborn hat drei Übersetzungsgeräte für Mitarbeitende des CKP gekauft. Die KI-gesteuerten Translatoren im Wert von 1.200 Euro übersetzen das gesprochene Wort in Echtzeit. Über diese Erleichterung im Arbeitsalltag freuen sich Christoph Robrecht, Kai Klössing (Chefarzt Klinik für Notfallmedizin), Björn Schlüter, Manuela Cortinas-Rodríguez, Sascha Miks und Burkhard Backhaus (v.l.).

Die Welt in der Kitteltasche

KI-GESTEUERTE ÜBERSETZUNGS-TOOLS HELFEN, SPRACHBARRIEREN ZU ÜBERWINDEN

Der Horror für Patientin und Ärztin in einer bedrohlichen Situation: Die Patientin kann nicht verständlich machen, was ihr fehlt – die Ärztin weiß nicht, wie sie schnell und effektiv helfen kann. Eine Übersetzerin ist nicht im Haus, die Akkus der Handys sind leer.

Mitarbeitende der Zentralen Notaufnahme, der Intensivstation und der onkologischen Ambulanz des Christlichen Klinikums Paderborn (CKP) haben jetzt die Welt in der Kitteltasche – in Form handlicher Übersetzungsgeräte, die der Förderverein des Christlichen Klinikums gekauft hat.

Die KI-gesteuerten Sprach-Computer übersetzen das gesprochene Wort in Echtzeit, und zwar in hundert Sprachen. „Gerade in kritischen Situationen auf der Intensivstation ist Kommunikation ungeheuer wichtig“, sagt Sascha Miks, Pflegefachkraft der Intensivstation, „manchmal darf einfach keine Zeit vergehen, bis jemand verfügbar ist, der übersetzen kann.“

Diese Erfahrung macht auch Manuela Cortinas-Rodríguez, pflegerische Leiterin der

Zentralen Notaufnahme: „Zu uns kommen jeden Tag Patienten, die in medizinischen Notfällen Verständigungsprobleme haben“, sagt Cortinas-Rodríguez: „Die direkte Kommunikation mit den Patienten ist in der Notfallambulanz enorm wichtig und über Dolmetscher aus der Familie oft nur schwer zu ersetzen.“

Björn Schlüter, Fachkrankenschwester für Onkologie und Pflegeexperte, ergänzt: „Bei unseren Tumorkranken ist kein Spielraum für sprachliche Interpretation. Wer schwer krank ist, hat ein besonders hohes Bedürfnis nach Klarheit. Das gilt vor allem mit Blick auf die immer komplexer werdenden Therapien.“

Burkhard Backhaus, Vorsitzender des Fördervereins des Christlichen Klinikums Paderborn, und Christoph Robrecht, Direktor Unternehmenskultur und stellvertretender Vorsitzender des Vereins, freuen sich über die positive Resonanz: „Wir sind froh, dass wir helfen können, Sprachbarrieren in kritischen medizinischen Situationen zu überwinden.“

Christliches Klinikum Paderborn

Klinikum als Teil gesamtstädtischer Klimastrategie

WIE GESUNDHEIT, NACHHALTIGKEIT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT ZUSAMMENSPIELEN

Das Städtische Klinikum Dresden hat bei einem Presserundgang am Standort Friedrichstadt gezeigt, wie moderne Gesundheitsversorgung mit konkretem Klimaschutz verbunden werden kann. Begleitet wurde der Rundgang von Bürgermeisterin Dr. Kristin Klaudia Kaufmann. Unter dem Motto „Für Gesundheit und Klima – nachhaltig, klimaresilient, verantwortungsvoll“ präsentierte das Klinikum innovative Maßnahmen zur Energieeinsparung, CO₂-Reduktion und Anpassung an den Klimawandel – unterstützt durch die Landeshauptstadt Dresden.

Dr. Kristin Klaudia Kaufmann, Bürgermeisterin für Gesundheit und Soziales, unterstrich die Bedeutung des Klinikums als Teil der gesamtstädtischen Klimastrategie: "Klimaschutz ist längst auch Gesundheitsschutz – und damit eine zentrale gesundheitspolitische Aufgabe. Das Städtische Klinikum Dresden zeigt beispielhaft, wie sich moderne, bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung mit ökologischer Verantwortung verbinden lässt. Jede Maßnahme zur Steigerung der Energieeffizienz oder zur klimaangepassten Infrastruktur ist zugleich eine Investition in die Gesundheit: für Patientinnen und Patienten, für die Beschäftigten im Gesundheitswesen und für die Stadtgesellschaft insgesamt."

Strategisches Ziel sei es, das Klinikum mit seinen vier Standorten schrittweise zu klimaresilienten Zentren gesundheitlicher Daseinsvorsorge weiterzuentwickeln – im Einklang mit dem Integrierten Energie- und Klimaschutzkonzept (IEK) und dem Integrierten Stadtentwicklungskonzept (INSEK) der Landeshauptstadt Dresden.

Diese Investitionen lohnen sich – ökologisch, ökonomisch und sozial.

Mehrere der vorgestellten Projekte – darunter die adiabatische Abluftkühlung und die Photovoltaikanlagen – wurden bereits erfolgreich umgesetzt, weitere, wie die Abwärmenutzung der Kälteanlage, oder die klimagerechte Parkgestaltung, befinden sich in der Umsetzung oder Planung. Diese Maßnahmen zahlen direkt auf die Klimaschutzziele der Stadt Dresden sowie auf bundesweite Vorgaben für mehr Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen ein.

Dirk Köcher, Kaufmännischer Direktor des Städtischen Klinikums Dresden, betont: „Nachhaltigkeit ist fest in unserer Unternehmensstrategie verankert und gehört mit Klimaanpassung und Klimaschutz zu den fünf übergeordneten strategischen Zielen des Klinikums Dresden. Mit jeder dieser heute vorgestellten Maßnahmen – von Photovoltaik über Energiespeicher bis zur Abluftkühlung – investieren wir in unsere Zukunftsfähigkeit, leisten einen aktiven Beitrag zum Integrierten Energie- und Klimaschutzkonzept (IEK) der Stadt Dresden. Gleichzeitig leisten wir damit einen Beitrag zum bundesweiten Ziel, den CO₂-Fußabdruck im Gesundheitswesen deutlich zu senken – im Einklang mit den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Nachhaltigkeit bedeutet für uns nicht nur ökologisches Engagement, sondern auch ökonomische Weitsicht: Wir senken langfristig Betriebskosten, was der medizinischen Versorgung unserer Patientinnen und Patienten zugutekommt.“

Städtisches Klinikum Dresden



Die neue ICA-Station wurde in Betrieb genommen (v.li.): Prof. Hans J. Schlitt (Chirurgie), Prof. Christopher Bohr (HNO), Alfred Stockinger (Pflegedirektor), Prof. Wilma Schierling (Gefäßchirurgie), Sabine Lange (Kaufmännische Direktorin), Prof. Carsten Jungbauer (Innere II) und Prof. Volker Alt (Unfallchirurgie)

Neuer ICA-Tagesliegerbereich mit interdisziplinärem Konzept

UNIVERSITÄTSKLINIKUM REGENSBURG ERWEITERT SEIN VERSORGUNGSANGEBOT

Mit dem neuen Tagesliegerbereich ICA (Interdisziplinäres Centrum für ambulante Medizin) schafft das Universitätsklinikum Regensburg (UKR) ein modernes Versorgungsangebot für Patienten nach ausgewählten ambulant durchführbaren Eingriffen. Das interdisziplinäre Konzept ermöglicht eine sichere medizinische Überwachung und postoperative Betreuung, ein wichtiger Schritt hin zu einer noch patientenorientierteren und effizienteren Versorgung.

Mit der Inbetriebnahme des neuen ICA erweitert das UKR das Versorgungsangebot und trägt den sich wandelnden Behandlungsstrukturen im Zuge der zunehmenden Ambulantisierung Rechnung. Patienten können nach ausgewählten ambulant durchführbaren Eingriffen künftig zur medizinischen Überwachung und postoperativen Versorgung im ICA betreut werden. Die Aufenthaltsdauer für die Patienten verkürzt sich dadurch auf wenige Stunden.

Zum Leistungsspektrum gehören aktuell ambulante Eingriffe aus den Bereichen der Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie, der Klinik und Poliklinik für Chirurgie, der Abteilung für Gefäßchirurgie, der Abteilung für Plastische, Hand-, und Wiederherstellungschirurgie, der Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie der Kardiologie, also der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II. Dazu gehören elektrophysiologische Untersuchungen (EPU), Herzkatheteruntersuchungen, Kardioversionen sowie Bronchoskopien und endobronchiale Sonografien sowie kleinere chirurgische Eingriffe, beispielsweise Weichteiloperationen, kleinere Metallentfernungen oder Knochenbiopsien.

Mit diesem interdisziplinären ambulanten Versorgungskonzept schafft das UKR eine moderne und zukunftsfähige sowie patientenorientierte und effiziente Struktur.

Universitätsklinikum Regensburg



Senioren Sicherheit im Umgang mit dem Rollator geben. Dazu sprechen sich Akteure aus dem Gesundheitswesen unter Anleitung von Marion von Rüden (Mitte), Ergotherapeutin im St.-Marien-Hospital Marsberg, ab.

Gemeinsam für mehr Sicherheit im Umgang mit dem Rollator

INTERESSIERTE KÖNNEN AM ROLLATOR-PARCOURS
DES KRANKENHAUSES ÜBEN

Gute Versorgung lebt vom Austausch von Wissen. Wie wertvoll die Vernetzung verschiedener Akteure im Gesundheitswesen ist, zeigte eine gemeinsame Schulung im St.-Marien-Hospital Marsberg: Das Team der Pflegeberatung Hofheinz ließ sich von Marion von Rüden, Ergotherapeutin in der Geriatrie des St.-Marien-Hospitals Marsberg, im sicheren Umgang mit Rollatoren schulen.

Im Mittelpunkt standen theoretische und praktische Inhalte. So diskutierten die Teilnehmerinnen den Weg von der Anschaffung eines Rollators über seinen Aufbau, die richtige Einstellung bis hin zum sicheren Einsatz in Gebäuden und im Gelände. Das Sanitätshaus Wagener stellte hierfür verschiedene Rollator-Modelle zur Verfügung.

Die gezielte Wissensweitergabe an Fachpersonal und Kolleginnen und Kollegen aus der Pflegeberatung wurde von den Beteiligten als bereichernd empfunden. Die Mitarbeitenden der Pflegeberatung sind nun in der Lage, ihre

Klientinnen und Klienten im Beratungsalltag beim Umgang mit dem Rollator zu unterstützen.

Ergotherapeutin von Rüden unterstreicht den Wert der Kooperation unterschiedlicher Einrichtungen und Berufsgruppen: „Wir arbeiten gemeinsam für Senioren und sollten uns mit unserer Arbeit bestmöglich ergänzen.“

Im St.-Marien-Hospital Marsberg gibt es bereits ein regelmäßiges Kursangebot für Patientinnen, Angehörige und Interessierte. Der nächste öffentliche Rollatorkurs beginnt am 2. September 2026 um 14.30 Uhr im Gesundheitszentrum des St.-Marien-Hospitals Marsberg. Interessierte – mit oder ohne Rollator – können sich telefonisch unter 02992 605 4000 anmelden. Geübt wird am eigens angelegten Rollator-Parcours auf dem Gelände des St.-Marien-Hospitals, auf dem verschiedene Untergründe, Stufen und Absätze gemeinsam gemeistert werden.

St.-Marien-Hospital Marsberg



Moderator Louis ist bei den Dreharbeiten zum Video-Podcast beeindruckt von den Geschichten, die die Pflegefachkräfte des Schwarzwald-Baar Klinikums erzählen.

Weitere „Gute Nachtschicht-Geschichten – das Geheimnis der Pflegemaxime“

VIDEO-PODCAST MIT ZWEI NEUEN BEWEGENDEN FOLGEN

Ein Patient, der sich schon aufgegeben hat, und eine Mutter, die im Sterben liegt: Das Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen präsentiert zwei neue Folgen des Video-Podcasts „Gute Nachtschicht-Geschichten – das Geheimnis der Pflegemaxime“. Im Podcast erzählen Pflegefachkräfte des Klinikums ihre Geschichten rund um beeindruckende, spannende und skurrile Erlebnisse im Pflegealltag. Was es mit dem Geheimnis der Pflegemaxime auf sich hat oder inwieweit Profession, Wissen, Vertrauen und Mut eine Rolle spielen, erfahren die Zuschauer beziehungsweise Hörer in zwei neuen bewegenden Folgen.

Nach den ersten vier spannenden Folgen, die 2024 veröffentlicht wurden (auch in den VKD-Praxisberichten 2024), ist auch in den beiden neuen Geschichten mit Laura und Susanne wieder einiges los: In der einen Folge kämpft Pflegefachkraft Laura mit ihrem gesamten Fachwissen um das Überleben ihres Patienten, obwohl dieser sich bereits selbst aufgegeben hat. Und in der Folge mit Pflegefachkraft Susanne geht es um ein Thema, über das viele Menschen lieber nicht sprechen – den Tod: Susanne begleitet

eine Patientin auf dem letzten Abschnitt ihres Lebensweges. Eine bewegende Schilderung, die sowohl menschliche als auch fachliche Aspekte der Profession Pflege beleuchtet.

Die Pflegefachkräfte in den Podcast-Folgen erzählen tatsächlich erlebte Geschichten. Die Mitarbeiterinnen des Schwarzwald-Baar Klinikums reden dabei über ihre Aufgaben, schildern herausfordernde Situationen und sprechen über ihr Selbstverständnis als Pflegefachkraft. Auf diese Weise geben sie spannende und ungewöhnliche Einblicke, die Außenstehende sonst kaum bekommen.

Zu finden sind alle Video-Podcast-Folgen beispielsweise auf YouTube, in den gängigen Podcast-Apps oder auf der Podcast-Website (www.gute-nachtschicht-geschichten.de). Auf der Website gibt es Wissenswertes zum Video-Podcast „Gute Nachtschicht-Geschichten“ und zur Pflegemaxime des Schwarzwald-Baar Klinikums. Vertiefende Informationen außerdem auf der Homepage des Klinikums (www.sbk-vs.de).

Schwarzwald-Baar-Klinikum

GLG zum vierten Mal als „Unternehmen mit hervorragender beruflicher Orientierung“ ausgezeichnet

EHRUNG IST ZUGLEICH AUSDRUCK ERFOLGREICHER ZUSAMMENARBEIT
VON SCHULE UND AUSBILDUNGSBETRIEB

Die GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH gehört erneut zu den Unternehmen, die für ihr herausragendes Engagement in der beruflichen Orientierung junger Menschen ausgezeichnet wurden. Im Rahmen einer feierlichen Veranstaltung im Ofenhaus in Bernau bei Berlin verliehen die Industrie- und Handelskammer Ostbrandenburg (IHK), die Handwerkskammer Frankfurt (Oder) – Region Ostbrandenburg (HWK) sowie das Netzwerk „Zukunft. Schule und Wirtschaft für Brandenburg e. V.“ die Auszeichnung „Unternehmen mit hervorragender beruflicher Orientierung“.

Für die GLG ist die Ehrung von besonderer Bedeutung: Bereits zum vierten Mal in Folge erhält das Gesundheitsunternehmen diese Anerkennung. Die Auszeichnung würdigt Betriebe und Einrichtungen, die sich in besonderem Maße für die Berufsorientierung von Schülerinnen und Schülern einsetzen und ihnen praxisnahe Einblicke in die Arbeitswelt ermöglichen. Insgesamt wurde sie in diesem Jahr an 19 Unternehmen und Einrichtungen aus Ostbrandenburg verliehen.

Die Nominierung der GLG erfolgte durch die Johann-Wolfgang-von-Goethe-Schule

Eberswalde. Da Unternehmen ausschließlich auf Vorschlag von Schulen berücksichtigt werden können, gilt die Ehrung zugleich als Ausdruck einer erfolgreichen und vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Schule und Ausbildungsbetrieb.

Die GLG engagiert sich seit vielen Jahren intensiv in der Berufs- und Studienorientierung junger Menschen in der Region. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor ist dabei die strukturierte und kontinuierliche Arbeit der Ausbildungskoordination. Durch enge Kooperationen mit Schulen, die Begleitung von Praktika, die Teilnahme an Berufsmessen und Ausbildungstagen sowie zahlreiche schulnahe Projekte erhalten Schülerinnen und Schüler frühzeitig die Möglichkeit, die vielfältigen Berufs- und Ausbildungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen kennenzulernen.

Mit ihrem Engagement trägt die GLG dazu bei, jungen Menschen berufliche Perspektiven aufzuzeigen und gleichzeitig die Fachkräftesicherung in der Region zu stärken.

*Gesellschaft für Leben und Gesundheit
Eberswalde*

Impressum

Herausgeber

Verband des Klinikmanagements
Deutschlands e. V.

Geschäftsstelle

Oranienburger Straße 17
D-10178 Berlin
www.vkd-online.de
vkdgs@vkd-online.de

Redaktion

Angelika Volk
Redaktionsbüro Wirtschaft und Wissenschaft
D-38667 Bad Harzburg
kontakt@angelika-volk.de

Alle Interviews

Angelika Volk

Layout und Satz

3MAL1 GmbH
Am Carlsgarten 10 B
D-10318 Berlin
3mall.de

Abbildungen

Titel und Kategorieseiten:
[jozefmicic – stock.adobe.com](https://www.jozefmicic.com)
[stock.adobe.com](https://www.stock.adobe.com)

Redaktionsschluss

30. Juli 2026

ISBN: 978-3-9824997-5-8

Alle nach Redaktionsschluss gesundheitspolitisch in Bund und Ländern entschiedenen Gesetze und Regelungen konnten von den Autoren nicht berücksichtigt werden.

Eine Vereinheitlichung von in unterschiedlicher Weise gebrauchten Bezeichnungen von Personen mit „Genderstern“ oder „Binnen-I“ wurde redaktionell nicht vorgenommen.

Die VKD-Praxisberichte sind sowohl als Printausgabe als auch online unter www.vkd-online.de verfügbar.



HOCHSCHULE OSNABRÜCK

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



**Jetzt
informieren!**

SIE MÖCHTEN IHRE MITARBEITENDEN FÜR DAS **MANAGEMENT (WEITER-) QUALIFIZIEREN?**

Wir bilden Ihre Nachwuchsführungskräfte von morgen aus.

Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen B.A. (Vollzeit)

- Betriebswirtschaftliche Basisqualifikation für Nachwuchsführungskräfte von Krankenhäusern
- Traditionsstudiengang mit hohem Praxisbezug z.B. durch 16-wöchiges Praxisprojekt im 4. Semester

Pflegemanagement B.A. (berufsbegleitend)

- Qualifikation für die Übernahme von Management- und Führungsaufgaben im Krankenhaus
- Vermittlung von wirtschafts- und pflegewissenschaftlichen Inhalten

Management in der Gesundheitsversorgung M.A. (Vollzeit)

- Betriebswirtschaftliche Aufbauqualifikation
- Gezielte, praxisnahe Erweiterung von Management- und Führungskompetenzen

Gesundheitsmanagement/Health Management MBA (berufsbegleitend)

- Weiterqualifikation für Managementaufgaben in Gesundheitseinrichtungen
- Interdisziplinäre Studiengruppen
- kostenpflichtig



Weitere gesundheitsspezifische Studiengänge der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften finden Sie auf der Website der Hochschule Osnabrück: www.hs-osnabrueck.de/wiso

123 Jahre

... und kein bisschen leise!

Gründungstag: 5. Juli 1903

Gründungsort: Dresden