

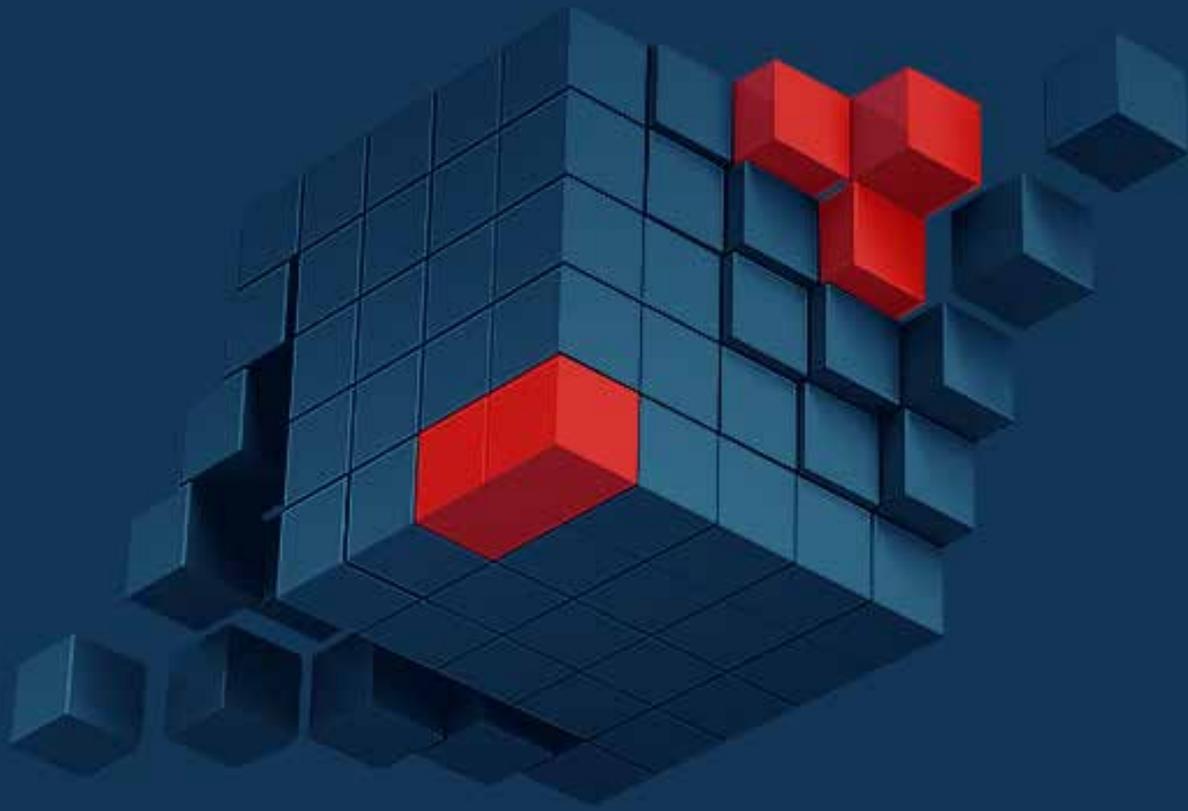


Verband der  
Krankenhausdirektoren  
Deutschlands e. V.

PROJEKTE | POSITIONEN | PERSPEKTIVEN

# PRAXISBERICHTE

## 2025



### **DIE TRANSFORMATION HAT BEGONNEN**

Aktuelle Bewertung zur Krankenhausreform

### **STRUKTUREN IM UMBRUCH**

Fusionen, Zentralisierungen, Kooperationen

### **AUF KRISEN VORBEREITEN**

Bessere Vorbereitung auf schwierige Situationen

### **KÜNSTLICHE INTELLIGENZ IM EINSATZ**

Ihre Relevanz für das Gesundheitswesen

### **OPTIMISTISCHE SIGNALE**

Ideen, Projekte, Erfolge

I am a part of it!



See you in  
Düsseldorf, Germany  
17–20 Nov. 2025



---

## MEDICA 2025 – Spitze in allen Bereichen

### Der VKD ist auch dabei!

Die **MEDICA 2025** wird als die weltführende Informations- und Kommunikationsplattform für die Medizintechnik-Branche und den Zuliefererbereich der Medizintechnik-Industrie **vom 17. – 20. November 2025** 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](https://medica.de) | [vkd-online.de](https://vkd-online.de) | [deutscher-krankenhaustag.de](https://deutscher-krankenhaustag.de)**

---

# Editorial

## DAS GEMEINSAME ZIEL MUSS EINE TATSÄCHLICH ALLTAGSTAUGLICHE REFORM SEIN

Es bewegt sich etwas in der Gesundheitspolitik. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Editorials hat uns als Verband der Referentenentwurf des Krankenhausreformenpassungsgesetzes (KHAG) erreicht und wir sind aufgefordert, unsere Sicht in das Gesetzgebungsverfahren einzubringen. Aus den Monologen der vergangenen Jahre werden wieder Dialoge. Es wird einander wieder mehr zugehört und wieder mehr gemeinsam nach praktikablen Lösungen gesucht. Auch meine erste persönliche Begegnung mit unserer neuen Bundesgesundheitsministerin war von dieser Offenheit und dem Zuhören gekennzeichnet.

Es werden Argumente zur Kenntnis genommen und abgewogen. Die neue Bundesgesundheitsministerin Nina Warken hat in ihren ersten Monaten sicherlich zahlreiche Gespräche mit den Ländervertretern und Krankenhausgeschäftsführern, Ärzte- und Krankenkassenvertretern sowie vielen anderen relevanten Akteuren im Gesundheitswesen geführt. Was ihr Vorgänger nicht einmal zur Kenntnis nehmen wollte bzw. bewusst zur Durchsetzung seiner Reformziele genutzt hat – die Defizitsituation von mehr als zwei Dritteln aller Kliniken – hat Frau Warken als Realität akzeptiert. Denn immerhin sollen die Krankenhäuser noch in diesem und dann im nächsten Jahr die vier Milliarden Euro als einmalige „Sofort-Transformationskosten“ erhalten, die wir alle zu Recht immer wieder als Inflationsausgleich für die Jahre 2022 und 2023 eingefordert haben.



**Dirk Köcher**

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

Allerdings gehört zur Wahrheit dazu, dass die Mehrheit der Krankenhäuser noch immer rote bis tiefrote Zahlen schreibt, dass es weiterhin Insolvenzen bis hin zur Schließung von Häusern gibt. Da helfen die vier Milliarden aus dem Bundestopf zwar in diesen beiden Jahren weiter, lösen aber das Problem nicht. Das System ist nach wie vor auf Unterfinanzierung ausgelegt. In dieser Hinsicht sehen wir leider aktuell keine Verbesserungen, zumal im Entwurf des KHAG die Themen Vorhaltefinanzierung und Hybrid-DRGs erst einmal nicht entschärft werden sollen.

Als Nina Warken erklärte, die Krankenhausreform müsse alltagstauglich sein und das KHAG ankündigte, stimmte uns das vorsichtig optimistisch. Anfang August lag der Entwurf ganz aktuell vor und wurde durch uns und andere Verbände sowie die Bundesländer bewertet. An dieser Stelle im Gesetzgebungsprozess ist es

sicherlich zu früh, zu bewerten, wie das abschließende Gesetz aussehen kann. Aber an vielen Punkten ist zumindest die Ankündigung der Ministerin ersichtlich, dass es keine Reform der Reform geben werde. Hier hatte sich der eine oder andere unserer Kolleginnen und Kollegen größere Hoffnungen gemacht, doch der Diskussionsprozess um das Anpassungsgesetz wird ja vermutlich auch erst im Herbst abgeschlossen sein und es besteht Hoffnung, dass der Prozess sich dieses Mal auch daran wieder mehr orientiert, was an konstruktiven Vorschlägen dazu von den verschiedenen Verantwortlichen der Krankenhäuser kommt.

Es wäre zu wünschen, wenn hier auch Erfahrungen aus Nordrhein-Westfalen einfließen könnten, worüber im Interview in diesen Praxisberichten unser 1. Vizepräsident Wolfgang Mueller aus eigenem Erleben berichtet.

Ein wichtiges Thema für uns Krankenhäuser ist die Fortentwicklung der Hybrid-DRGs seit Ihrer Einführung in 2024. Da bisher keine Anpassungen zum KHVVG vorgesehen sind, wird die Fortführung und massive Ausweitung dieses Systems zu weiteren Erlösverlusten in den Kliniken führen, die auf der Kostenseite keine Deckung durch Reduktion der Sach- oder Personalkosten finden. Sehr wichtig wäre, wenn darüber auch im Sinne der Versorgungssicherheit noch einmal gründlich nachgedacht würde. Das betrifft sowohl die verpflichtende Menge der bisher stationär versorgten Fälle als auch die weitere erhebliche Absenkung der Vergütung. Beides passt zudem nicht zusammen mit der künftigen Krankenhausplanung, mit Leistungsgruppen und einer ausgeweiteten Forderung nach mehr vorzuhaltenden Qualitätskriterien (u. a. Anzahl an Fachärzten, Rufbereitschaftsdienste usw.). Um das festzustellen benötigen wir in der Praxis keine drei statt zuvor zwei Jahre „Probezeit“. Es wäre gut, wenn nicht erst im Jahr 2028 im Bundesgesundheitsministerium nach den Erfahrungen in der Praxis eine Korrektur erfolgen würde. Wenn die Krankenhäuser es sich nicht mehr leisten können, zu den jetzt vorgesehenen unterirdischen Preisen die Leistungen für die Hybrid-DRGs zu erbringen, wer wird es dann tun? Ein Blick auf die Kapazitäten der niedergelassenen Ärzte zeigt, dass es diesen mehrheitlich auch nicht möglich sein wird. Das alles geht dann zu Lasten der Bürger, deren Akzeptanz für die zahlreichen Veränderungen, die mit der Reform einhergehen, notwendig ist. Und es kommt wieder zu einer Selektion der Leistungen zwischen ambulantem und stationärem Sektor bei gleicher Vergütung, die wir heute bereits bei den ambulanten OPs sehen. Patienten mit geringem Komplikationsrisiko sowie wenig Aufwand an Medizintechnik werden in den Praxen und ambulanten OP-Zentren behandelt, während die andere Patientengruppe in

vielen Fällen den Krankenhäusern überlassen wird. Wenn dies in einer Versorgungslandschaft gewünscht ist, dann sollte zumindest die Vergütung auch entsprechend sein. Die Hoffnung auf relevante Änderungen ist aber auch hier eher gering, wenn wir sehen, wie auch über viele Jahre bereits das Thema der ambulanten Notfallversorgung mit zu geringer Vergütung eben nicht angegangen wird.

Die mit dem Reformgesetz weiter steigenden Bürokratielasten bleiben ebenfalls. Wenn tatsächlich, wie es aussieht, der Klinik-Atlas von Karl Lauterbach vom Netz genommen wird, fallen immerhin für die Krankenhäuser erhebliche Meldepflichten weg – ein erster Schritt hin zur Entbürokratisierung und vielleicht auch zu mehr Vertrauen in die Arbeit der Kliniken für die Patienten. Das wäre ein weiteres wichtiges Zeichen für uns, dass die Kritik daran aus den Krankenhäusern aufgenommen wurde.

Zu wünschen ist, dass die von den Ländern geforderten Spielräume für eigene Entscheidungen zur Gestaltung und zum Erhalt der ja von ihnen zu verantwortenden Versorgungsstrukturen tatsächlich eröffnet werden. Hier geht es um wichtige Standortfragen und um das Thema Kooperationen. Das ist für uns als Führungskräfte der Krankenhäuser natürlich ebenfalls bedeutend, denn wir müssen unsere Häuser strategisch oft neu aufstellen und brauchen dafür Planungssicherheit.

Inzwischen sehen wir aber auch, dass die Verantwortlichen in den Gesundheitsministerien der Bundesländer stärker bestrebt sind, nicht nur das neue Planungssystem umzusetzen, sondern den Krankenhäusern, je nach ihren Möglichkeiten, auch zusätzliche Mittel zur Verfügung zu stellen. Natürlich gibt hier die Zuweisung von 100 Milliarden Euro aus dem Zukunftsfonds Infrastruktur und die Möglichkeit, selbst mehr Schulden aufzunehmen, den Ländern neue Spielräume, wenn es auch leider Schulden sind.

Ein aktuelles Thema kann natürlich in diesen Praxisberichten nicht ignoriert werden – die

Vorbereitung auf Krisen wird deutlich wichtiger und muss von uns allen in den Krankenhäusern ernst genommen werden. Welche konkreten Aufgaben daraus für die Kliniken erwachsen, erläutert VKD-Pressesprecher Andreas Tyzak im Interview aus eigenen Erfahrungen als Katastrophenschützer. Ferner werden wir als VKD auf dem Deutschen Krankenhaustag im November in Düsseldorf unsere Session auch rund um das Thema Krise aufbauen.

Die nächsten Jahre werden uns und die Mitarbeiter unserer Häuser viel Kraft kosten. Das steht fest. Wir wissen aber auch, dass eine Reform notwendig ist. Wir werden dafür nicht nur fachliche Expertise, Durchhaltevermögen und Überzeugungskraft brauchen, sondern Zuversicht. Und wir müssen guten Ideen eine Chance geben. Umbrüche sind die besten Zeiten für Innovationen. Eine gewisse Furchtlosigkeit, Aufgaben auf neue Art zu bewältigen, gehört vermutlich ebenfalls dazu.

Es gibt schon seit einiger Zeit aus den Krankenhäusern vielfach positive Signale. Das zeigen diese Praxisberichte einmal mehr. Es werden Kooperationen geplant und vereinbart, große Kliniken arbeiten in Netzwerken mit kleineren auf Augenhöhe zusammen, Häuser schließen sich zusammen, ein kleines Krankenhaus wird zu einem Gesundheitscampus umgestaltet, es werden Leistungen abgestimmt und auch verlagert. Etliche Projekte richten sich auf Verbesserungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie auf eine moderne, attraktive Aus- und Weiterbildung für Mediziner und Pflegende.

Das Thema Künstliche Intelligenz wird nicht ausgespart. Auch hier tut sich viel. Dass es dafür Beispiele vor allem aus größeren Kliniken und Universitätskliniken gibt, wundert natürlich nicht. Hier sind die notwendigen personellen und technischen Kapazitäten vorhanden. Doch es wird auch klar, dass die KI für alle anderen ebenfalls zunehmend relevant sein wird und die kleineren Häuser dann von den Erfahrungen und Möglichkeiten der großen profitieren werden. Hier passiert derzeit sehr viel.

Die Strukturen der Gesundheitsversorgung werden sich ändern, sie müssen aber auch weiterhin eine sichere Bank für die Bürger unseres Landes bleiben. Hier ist unser Verband, hier sind wir als Klinikmanager, immer offen und gesprächsbereit gegenüber allen in diesem wichtigen Bereich der Daseinsvorsorge Tätigen. Ohne Zweifel werden wir die Transformation schaffen – wie gut, hängt auch davon ab, wie gut wir unsere Themen als Mitglieder des VKD und als Verband selbst platzieren und voranbringen. Hier freuen wir uns als Verband, aber auch ich als Person, besonders auf den Austausch mit Ihnen, unseren Mitgliedern, um alltagstaugliche Regelungen voranzubringen – mit einem Kernziel: die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten auf höchstem Niveau sicherzustellen. Denn diesen Punkt scheinen einige Politiker in der Vergangenheit vergessen zu haben – unsere Forderungen dienen nicht dem Selbstzweck „unsere persönliche Arbeit“ leichter zu machen. Nein, wir tragen in unseren verschiedenen Funktionen hohe Verantwortung für Patienten und Patientinnen sowie zahlreiche Mitarbeitende und ganze Unternehmen. Und wie wir dabei aufgestellt sind, zeigt einmal mehr die Bandbreite unserer Praxisberichte.

Viel Spaß bei der Lektüre!

*Ihr*



**Dirk Köcher**

# Inhaltsverzeichnis

---

## BEWERTUNGEN UND POSITIONEN

---

- 12** **Die gesetzlich angestoßene Transformation findet bereits statt – das wird aber ein langer und keineswegs einfacher Prozess**  
*Interview mit Dirk Köcher*
- 20** **Unsere Erwartung ist, dass es im KHAG grundsätzlich um die Verbesserung der aktuellen Situation geht**  
*Interview mit Wolfgang Mueller*

---

## KRANKENHAUSSTRUKTUREN IM UMBRUCH

---

- 32** **Neue Strukturen entstehen**  
Transformationsprozesse mit Fragezeichen und etlichen Unwägbarkeiten  
*Dr. Jens-Uwe Schreck*
- 39** **Nach drei Jahren Vorarbeit Fusion planmäßig erreicht**  
Brüderkrankenhaus St. Josef und Ev. Krankenhaus St. Johannistift sind jetzt das Christliche Klinikum Paderborn  
*Christliches Klinikum Paderborn*
- 42** **Der Name steht schon fest: Zentralklinikum Ostfriesische Meere**  
Bestandsstandorte bereiten sich auf gemeinsame Zentralklinik vor  
*pr-readktion / Quelle: Kliniken Aurich Emden Norden mbH*
- 46** **Neuer Medizinverbund für die Region im Leipziger Land**  
Sana Kliniken übernehmen Muldentalkliniken und schaffen Medizinverbund für die Region  
*Sana-Kliniken AG*
- 49** **Kooperation ist der neue Wettbewerb**  
Gesundheitsregion Südwestsachsen – ein Modell für selbstbestimmte Kooperation unter Krankenhäusern  
*Klinikum Chemnitz*
- 54** **Konzepte für morgen:  
Krankenhaus-Versorgung in Darmstadt neu denken**  
Medizinisches Konzept für die geplante Holding des Klinikums Darmstadt und des AGAPLESION ELISABETHENSTIFT nimmt Gestalt an  
*Klinikum Darmstadt, AGAPLESION AELISABETHENSTIFT*

**58 Fusion unter Dach und Fach**

Stark in der Region – große Kompetenzen im Verbund

*Katholischer Hospitalverbund Hellweg*

**60 Ort der regionalen Gesundheitsversorgung**

Das Krankenhaus Seelow wird zum sektorenübergreifenden Gesundheitscampus entwickelt

*Krankenhaus Seelow, MGS Brandenburg, KVBB, AOK Nordost, IKK Brandenburg und Berlin*

---

 AUF KRISEN VORBEREITEN
 

---

**66 Wie gut sind die Krankenhäuser auf Krisen vorbereitet?**

In Vorbereitung auf solche Situationen müssen geordnete Strukturen aufgebaut werden

*Interview mit Andreas Tyzak*

**72 Deutschlands Gesundheitswesen muss sich deutlich besser auf schwere Krisen einstellen**

Experten fordern Sicherstellungsgesetz für den Gesundheitsbereich und Maßnahmen, die auch außerhalb des Spannungsfalls anwendbar sind

*pb-redaktion*

---

 KÜNSTLICHE INTELLIGENZ IM EINSATZ
 

---

**78 Trend mit disruptivem Potenzial**

Relevanz für das Gesundheitswesen jetzt und in der Zukunft

*pb-redaktion*

**83 KI ist in vielen Kliniken und in fast jeder siebten Praxis im Einsatz**

Studie zeigt, dass Künstliche Intelligenz (KI) das deutsche Gesundheitswesen erreicht hat

*BITCOM*

**85 Radiologen aus Minden testen weltweit erstmals neue KI-Algorithmen**

Photonen-Counter und KI setzen neuen Standard in der Untersuchung der Herzkranzgefäße

*MKK*

**87 Mit KI die Akutbehandlung des Schlaganfalls verbessern**

Kooperationsprojekt der UKL-Neuromediziner:innen und KI-Expert:innen des ScaDS.AI Dresden/Leipzig soll personalisierte Therapieplanung unterstützen

*Universitätsklinikum Leipzig UKL*

- 90 PRIME soll die Nutzung von KI in der Medizin weiter vorantreiben**  
Klinikum Chemnitz erhielt eine hohe Förderung für die Entwicklung eines KI-Tools  
*Klinikum Chemnitz*
- 93 Strahlentherapie setzt weltweit erstmals KI-gestützte Bildgebungslösung mit Versa HD ein**  
Technik verspricht noch bessere und detailliertere Bilder von Zielvolumen und kritischen Strukturen  
*Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden*
- 96 Hector-Stiftungs-Preis 2025 für Annika Reinke: „Metrics Reloaded“**  
Das Projekt verbessert Qualität und Verlässlichkeit KI-gestützter Bildanalysen  
*Deutsches Krebsforschungszentrum*
- 98 Hürden überwinden, Chancen nutzen**  
Empfehlungen für den Einsatz von KI zur Diagnostik, Behandlung und Erforschung von Lebererkrankungen  
*UKDD / EKfZ für Digitale Gesundheit*

---

### IDEEN, PROJEKTE, INNOVATIONEN

---

- 104 Studierendenhaus am Campus Klinikum Bielefeld – Vernetzung von Lehre, Forschung und Krankenversorgung**  
Lern- und Arbeitszentrum mit hochmodernen Voraussetzungen für Studium, Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Medizin  
*Klinikum Bielefeld / pb-redaktion*
- 107 Mit Gummibärchengeschmack – Arzneimittel aus dem 3D-Drucker**  
Zentralapotheke der Mühlenkreiskliniken setzt auf neueste Technologie für personalisierte Kinderheilkunde  
*MKK Mühlenkreiskliniken*
- 110 Richtfest für neue Mitarbeiterwohnungen des Zollernalb Klinikums**  
Wichtiger Schritt hin zu mehr Wohnqualität und Mitarbeiterbindung  
*Zollernalb Klinikum*
- 112 Streamen statt stressen?**  
Wie Videobrillen Operationen entspannter machen  
*Städtisches Klinikum Dresden*
- 114 VR-Brillen – die neue Dimension des Lernens**  
Zentrale Ausbildungsstätte für Pflegeberufe startet ab Herbst mit innovativer Technologie  
*Klinikum Worms*
- 116 Gemeinsame digitale Plattform für Patienten und Leistungserbringer**  
*Saarländische Krankenhausgesellschaft e. V. / pb-redaktion*



Foto: JP STUDIO LAB - stock.adobe.com

KI-generiert

# BEWER



# RTUNGEN UND POSITIONEN

GESUNDHEITSPOLITIK  
KRANKENHAUSREFORM  
TRANSFORMATION  
LEISTUNGSGRUPPEN  
HYBRID-DRG  
BÜROKRATIE



## Die gesetzlich angestoßene Transformation findet bereits statt – das wird aber ein langer und keineswegs einfacher Prozess

---

DAS AKTUELLE INTERVIEW MIT DIRK KÖCHER, PRÄSIDENT DES VERBANDES DER KRANKENHAUSDIREKTOREN DEUTSCHLANDS (VKD)

---



Dirk Köcher

*Weiterhin schwierige Zeiten für die Krankenhäuser, gleichzeitig aber auch Hoffnung durch positive Signale nach der Bundestagswahl aus dem Bundesgesundheitsministerium. Bisher hatte das Lauterbach-Ministerium auf jede Forderung, die nicht praktikablen Regelungen im KHVVG noch zu ändern und die Kliniken finanziell zu stabilisieren, allenfalls mit Worthülsen geantwortet. Nun geht die neue Ressortchefin Nina Warken auf die Länder, die Verbände und die Krankenhäuser offen zu und betont, die Reform müsse „alltagstauglich“ sein.*

**PB:** Sehr geehrter Herr Köcher, sehen Sie inzwischen in der aktuellen Situation mehr Hoffnung dafür, dass noch wichtige Änderungen mehr Praxistauglichkeit in die Reform bringen könnten? Die 67. VKD-Jahrestagung Ende Juni nannte es optimistisch „Krise als Chance“ in der Transformation.

**Dirk Köcher:** Weder die Krankenhäuser noch die Bundes- und Landespolitik können es sich meiner Ansicht nach noch länger leisten, die Krankenhausversorgung weiter bröckeln zu lassen. Wir sind gemeinsam aufgerufen, schnell aus der Krise herauszukommen, in der sich die Kliniken seit etlichen Jahren befinden. Der Kommunikationsstil der neuen Bundesgesundheitsministerin Nina Warken macht uns hier wirklich Hoffnung. Von Anfang an hat sie betont, sie wolle mit allen Beteiligten auch über notwendige Änderungen an der Reform sprechen. Ich konnte z. B. mit Frau Ministerin bereits persönlich sprechen und auch dort hat Sie mir gegenüber betont, wie wichtig ihr der Austausch zu den anstehenden Gesetzesvorhaben mit den Praktikern ist.

wäre unbürokratisch und daher auch zügig. Gleichzeitig muss aber gesagt werden – und das ist wiederum der Wehrmutstropfen dabei –, dass diese vier Milliarden Euro die Defizitentwicklungen – 56% aller Krankenhäuser werden 2024 nach dem Krankenhaus Rating Report 2025 einen Verlust schreiben – nur kurzfristig bremsen. Die Kostensteigerungen bleiben und die Unterfinanzierung der Behandlungen, die systemisch in den DRGs eingepreist ist, bleibt ebenfalls. Auch darauf haben wir immer wieder hingewiesen. Doch es ist auch klar – nicht alles geht auf einmal. Der neue Bundeshaushalt ist trotz der enormen Schuldenaufnahmen auf Kante genäht und auch die Sozialversicherungsbeiträge haben bereits nicht für mögliche gehaltene Werte erreicht. Jahrelang war das Ziel, die 40% nicht zu überschreiten. Jetzt liegen wir in 2025 mit 42,5% bereits deutlich darüber.

**PB:** Vorschläge für Änderungen an der Krankenhausreform sollten über den Sommer laut Nina Warken erarbeitet werden. Zumindest zeigte das Treffen der Länder mit ihr am 3. Juli, dass der Bund den Ländern in einigen Punkten entgegenkommen will. Einige Forderungen der Länder und Bedenken aus der Praxis wurden aufgenommen. Auch das ein Lichtblick?

**Dirk Köcher:** Die Ministerin hat erklärt, dass die Reform „alltagstauglich“ werden soll und dass die Länder selbst am besten wüssten, welche Versorgung sie vor Ort benötigten. Das ist ein Ansatz, den wir natürlich begrüßen. Wenn, wie angekündigt, die Krankenhäuser u. a. mehr Zeit zur Umsetzung der Reform bekommen und es zudem die auch von den Ländern geforderten Ausnahmemöglichkeiten von den Qualitätsvorgaben der Leistungsgruppen für Häuser auf dem Land geben soll, die nicht sofort die vorgegebenen Standards

WIR SIND GEMEINSAM AUFGERUFEN, SCHNELL AUS DER KRISE HERAUSZUKOMMEN, IN DER SICH DIE KLINIKEN SEIT ETLICHEN JAHREN BEFINDEN. DER KOMMUNIKATIONSSTIL DER NEUEN BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIN NINA WARKEN MACHT UNS HIER WIRKLICH HOFFNUNG.

**PB:** Nina Warken konnte bereits erreichen, dass die vier Milliarden Euro für die beiden Inflationsjahre 2022 und 2023 noch in diesem und dann im kommenden Jahr den Kliniken aus dem Bundeshaushalt bereitgestellt werden. Der VKD hat das immer wieder gefordert...

**Dirk Köcher:** ... und darüber freuen wir uns, ebenso über die offenbar vorgesehene erste Auszahlung im November über einen monatlichen Rechnungsaufschlag für alle Kliniken. Das

erfüllen können, ist das auch „alltagstauglich“, sowie ebenfalls, dass die Notwendigkeit von Ausnahmen die Länder beurteilen sollen.

„DIE MINISTERIN HAT ERKLÄRT, DASS DIE REFORM ALLTAGSTAUGLICH WERDEN SOLL UND DASS DIE LÄNDER SELBST AM BESTEN WÜSSTEN, WELCHE VERSORGUNG SIE VOR ORT BENÖTIGEN. DAS IST EIN ANSATZ, DEN WIR NATÜRLICH BEGRÜSSEN.“

Auch eine Verlängerung der Fristen, bis wann Krankenhäuser alle Vorgaben der Leistungsgruppen zu erfüllen haben, wird ermöglicht, wobei die Länder hier ohnehin unterschiedlich vorgehen. Bisher gibt es allerdings auch noch keine rechtssicheren Angaben dazu. Das sollte ja im Frühjahr in einer Rechtsverordnung geregelt werden, die aber bis heute fehlt. Dies soll nun das Gesetz im Herbst regeln.

**PB: Es wäre vermutlich illusorisch zu glauben, dass nun alle vom VKD kritisch bewerteten Vorgaben der Krankenhausreform geändert werden. Welche Knackpunkte sehen Sie, die offenbar leider im Gesetz bleiben?**

**Dirk Köcher:** Bei der Konzipierung der Reform hat es leider an dem nötigen Austausch und dem praktischen Sachverstand gefehlt. Das zeigt sich, seit sie in Kraft ist, immer deutlicher. Wir sind als Verband der Praktiker ja nicht die einzigen, die das kritisieren und Änderungen fordern. So haben wir immer die Aussetzung der Vorhaltefinanzierung gefordert, die so, wie sie ausgestaltet wurde, ihren vorgesehenen Sinn nicht erreichen kann. Sie wird eben nicht zu einer Existenzsicherung vor allem kleiner Krankenhäuser führen. Sie führt zu einem Anwachsen der Bürokratie, ermöglicht Fehlanreize und ist eine fallzahlabhängige Finanzierung – was sie eigentlich nicht sein sollte.

Enttäuschend ist, dass es hier offensichtlich keine Änderungen geben soll, auch wenn die Konvergenzphase um ein Jahr verlängert wird. Die nun von der Bundesgesundheitsministerin angekündigte Auswirkungsanalyse wird hier vielleicht zeigen, wie sich die Finanzierungsänderung auswirkt. Ansonsten werden wir dann in der Umsetzung sehen, wie sie tatsächlich funktioniert.

Kritisch sehen wir auch die quasi in letzter Minute noch in die Reform eingeführten Vorgaben für die Hybrid-DRGs, die den Aufbau neuer und sicher nicht preiswerter Strukturen an den Krankenhäusern erfordern und gleichzeitig unsere Erlöse in den nächsten Jahren erheblich im zweistelligen Bereich mindern werden. Das ist so nicht zu verkraften. Die ersten Vorstöße der Bundesländer, Anpassungen an den Regelungen zu den Hybrid-DRGs vorzunehmen, lassen aber zumindest wieder mehr hoffen.

Welche Änderungen es wirklich gibt, wird für uns dann vermutlich konkret sichtbar, wenn das angekündigte Krankenhausreform-Anpassungsgesetz voraussichtlich im September im Bundeskabinett behandelt wird.

Wir dürfen bei alledem nicht vergessen, dass noch mehr als jede zweite Klinik in roten Zahlen steckt.

**PB: Sehen Sie positive Signale in der Praxis, dass sich Krankenhäuser auf den Weg in die Transformation machen und auf die Reform mit ihrer strategischen Ausrichtung reagieren?**

**Dirk Köcher:** Wir warten in den Kliniken natürlich nicht einfach ab, zumal klar ist, welche strategischen Entscheidungen angesichts der Reformziele notwendig sein werden. Wir sehen, dass sich trotz der noch immer erheblichen Ungewissheiten die Strukturen bereits ändern. Es gibt mehr Zusammenschlüsse und Kooperationen, notwendige Baumaßnahmen und v.a. Zentralisierungen werden geprüft. Angesichts der kommenden Leistungsgruppen werden Leistungsbereiche abgeglichen, jedes Haus muss seine Medizinstrategie prüfen und gegebenenfalls anpassen. Rund um Großkliniken und Universitätskliniken werden Cluster

gebildet werden, in denen Häuser verschiedener Größen und Trägerschaften zusammenarbeiten. Dies ist auch alleine aufgrund der Fachkräfteentwicklung der nächsten Jahre und Jahrzehnte nötig, da wir nicht alle Strukturen, selbst wenn wir wollten, aufrechterhalten können.

Es wird zudem immer auch Innovationen geben, die mit oder ohne Krankenhausreform geeignet sind, die Versorgung zu verbessern und effizienter zu gestalten. Dazu gehören sicher die elektronische Patientenakte, die Telemedizin, aber auch das Thema Künstliche Intelligenz, welches zunehmend Einzug in unsere Kliniken hält.

All das hat natürlich auch Auswirkungen auf unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter was ihre Aufgaben, möglicher Weise notwendige Zusatzqualifikationen oder – bei mehreren Standorten – auch die Arbeit in anderen Teams oder andere Arbeitswege betrifft. Es ist immer eine gute, überzeugende Kommunikation notwendig.

Einfach sind solche Transformationsprozesse nicht. Sie werden uns alle in den Krankenhäusern sehr viel Kraft kosten und auch viel Überzeugungsarbeit nach innen und außen erfordern. Es werden zum Teil schmerzhaft Veränderungen erfolgen müssen. Da machen wir uns nichts vor. Und wir können nur hoffen, dass die Politik vor Ort und in den Ländern den Entscheidern in den Kliniken und bei den Trägern sowie Gesellschaftern den Rücken stärkt. Zu oft haben wir dort in den vergangenen Jahrzehnten negative Erfahrungen gemacht, wenn sinnvolle Entscheidungen politisch untergraben worden sind.

” BEI DER KONZIPIERUNG DER REFORM HAT ES LEIDER AN DEM NÖTIGEN AUSTAUSCH UND DEM PRAKTISCHEN SACHVERSTAND GEFEHLT. DAS ZEIGT SICH, SEIT SIE IN KRAFT IST IMMER DEUTLICHER. WIR SIND ALS VERBAND DER PRAKTIKER JA NICHT DIE EINZIGEN, DIE DAS KRITISIEREN UND ÄNDERUNGEN FORDERN. SO HABEN WIR IMMER WIEDER DIE AUSSETZUNG DER VORHALTEFINANZIERUNG GEFORDERT...“

**PB:** Wie bewerten die kaufmännischen Führungskräfte der Krankenhäuser die Situation der gesetzlichen Krankenkassen? Krankenhäuser und Krankenversicherungen sind ja an vielen Stellen eine Art verbundener Gefäße. So sind schon wieder Beitragssatzerhöhungen im Gespräch.

**Dirk Köcher:** Damit würde die Abgabenlast auch für uns in den Krankenhäusern weiter steigen. Wie es aussieht, konnte sich die Gesundheitsministerin beim Bundesfinanzminister nicht

damit durchsetzen, den Krankenkassen u. a. die Behandlungskosten der Bürgergeldempfänger komplett zu bezahlen – wie es eigentlich Pflicht des Staates wäre. Das sind zehn Milliarden Euro in jedem Jahr, die den Krankenkassen fehlen. Zur Stabilisierung des Beitragssatzes soll ein Darlehen in Höhe von 2,3 Milliarden Euro dienen – also im Grunde neue Schulden, die zurückgezahlt werden müssen. Dass nun Beitragssatzerhöhungen erneut im Gespräch sind, betrifft natürlich auch die Kliniken als große Arbeitgeber.

Kürzlich verwies der Ministerpräsident Nordrhein-Westfalens, Hendrik Wüst (CDU), darauf, das im Koalitionsvertrag vereinbarte Konnexitätsprinzip sei zügig umzusetzen. Das bedeute, dass die staatliche Ebene, die eine Maßnahme beschließe, auch die Folgekosten tragen müsse. Wer bestelle, bezahle auch. In dieser Hinsicht ist auch im Gesundheitswesen einiges verrutscht.

Zu erwarten ist außerdem, dass die Finanzsituation der Krankenkassen sich auch auf ihr Kontrollverhalten auswirken wird – und damit auf die Liquidität der betreffenden Häuser.

Krankenhäuser kritisieren immer wieder, dass die Prüfungen zu ungerechtfertigten Kürzungen oder Strafzahlungen führen, dass es zu zum Teil langwierigen Rechtsstreitigkeiten kommt, dass die oft sehr komplexen Prüfverfahren Personal binden. Es werde inzwischen auch häufiger potenzialbezogen und nicht verdachtsbezogen geprüft mit der Folge einer höheren Anzahl von beanstandeten Fällen.

Kurz – die Situation der Krankenkassen hat natürlich Auswirkungen auf die Krankenhäuser.

„WIR WARTEN IN DEN KLINIKEN NATÜRLICH NICHT EINFACH AB, ZUMAL KLAR IST, WELCHE STRATEGISCHEN ENTSCHEIDUNGEN ANGESICHTS DER REFORMZIELE NOTWENDIG SEIN WERDEN. WIR SEHEN, DASS SICH TROTZ DER NOCH IMMER ERHEBLICHEN UNGEWISSHEITEN DIE STRUKTUREN BEREITS ÄNDERN.“

**PB: Der GKV-Spitzenverband hat kritisiert, dass die Regelung im KHVVG zu einer vollständigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen sich auf die Ergebnisse der Tarifverhandlungen auswirken und damit zur weiteren Belastung der Beitragszahler führen würden.**

**Dirk Köcher:** Dieser Vorwurf, es werde nun im Grunde ungehemmt zu Tarifsteigerungen auf Kosten der Versicherten kommen, ist angesichts der tatsächlichen Verhandlungspraxis völlig aus der Luft gegriffen. Ich habe als Verhandlungsführer für die kommunalen Krankenhäuser auf Arbeitgeberseite harte Verhandlungsrunden um einen fairen Kompromiss erlebt. Das uns allen aber eine zukünftige Lohnzurückhaltung seitens der Gewerkschaften guttun würde, um die Inflationslücke der Jahre 2022/2023 zu schließen, das entspricht sicherlich der Tatsache, da dieses bestehende Delta durch das KHVVG nicht geschlossen wurde.

**PB: Die ausufernde Bürokratie, der die Krankenhäuser ausgesetzt sind, die erhebliche Zeit kostet und die damit für die Versorgung der Patienten fehlt, ist seit Jahren ein Thema, bei dem es überhaupt nicht weitergeht. Die Forderungen aus der Praxis, hier deutlich zu verschlanken, die Vorschläge, wo überall das möglich und sinnvoll wäre, wurden mit Floskeln beantwortet. Wären Änderungen denn wirklich so schwierig?**

**Dirk Köcher:** Ich denke, notwendig wäre als allererstes eine Umkehr weg vom Kontrollwahn hin zu mehr Vertrauen in unsere Arbeit für die Patienten. Ich könnte Ihnen hier gleich einige mögliche Entlastungen nennen, die keinerlei Einfluss auf die Qualität der Behandlung unserer Patienten hätten. Die Abschaffung des Lauterbach'schen Projekts Bundes-Klinik-Atlas wäre ohne Probleme sofort möglich. Von Beginn an war klar, dass er nicht nur sinnlos, sondern in seiner Aussagekraft völlig ohne Nutzen ist. Er bringt unsere Mitarbeiter langsam an die Belastungsgrenze, zumal wir ja auch die Daten für das deutlich bessere und aktuellere Deutsche Krankenhausverzeichnis der DKG mit seit Jahren hunderttausenden Zugriffen liefern.

Blicken wir auf die auch mit der Krankenhausreform erneut anwachsende Bürokratie, haben wir ein ganz aktuelles Beispiel. Allein durch die Anträge und Kontrolle der Leistungsgruppen sowie die Einführung der Vorhaltefinanzierung steigt der bürokratische Irrsinn. Die Vorhaltefinanzierung sollte nur eingeführt werden, wenn der Begriff „Vorhaltung“ auch wirklich umgesetzt wird. Hinzu kommen weitere Dokumentationspflichten und weitere Prüfungen durch den Medizinischen Dienst. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft geht von bundesweit 5.000 zusätzlichen Vollzeitkräften aus, die für all das notwendig sind.

Zu den notwendigen Änderungen am Gesetz gehört zwingend dazu, diese damit verbundenen überflüssigen Regelungen aus dem KHVVG herauszunehmen.

**PB: Auch die Vorgaben für die Hybrid-DRGs sind ja hoch bürokratielastig...**

**Dirk Köcher:** Nicht nur das. Wenn hier keine Änderungen erfolgen, was die erheblichen Steigerungen der Fallzahlen in den kommenden Jahren betrifft, wird sich die Kostenspirale für die Kliniken weiter nach oben entwickeln. Was an finanziellen Erleichterungen im KHVVG steckt, wird dadurch gleich wieder einkassiert.

Die Vorgaben, so wie sie heute gelten, sind kaum umzusetzen, wie es auch Frank Heimig Geschäftsführer des Instituts für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK), im diesjährigen DRG-Forum konstatierte. Wenn ab dem kommenden Jahr mindestens eine Million Fälle über Hybrid-DRGs abgerechnet werden sollen, ab 2028 dann mindestens 1,5 Millionen Fälle und ab 2030 sogar mindestens zwei Millionen Fälle, kann man nicht mehr von zuvor unnötig stationär erbrachten Fällen reden.

Um das Ziel für 2026 zu erreichen, müssten die derzeit 272.000 Fälle um 728.000 Fälle ausgeweitet werden. Damit das gelingt, wurde von KBV und GKV-Spitzenverband im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss eine Auswahl an Leistungen beschlossen – mit der DKG konnte man sich nicht einigen – die ab 2026 mit einer Hybrid-DRG vergütet werden sollen. Dieser Leistungskatalog umfasst nun auch Fälle mit einer Verweildauer von zwei Belegungstagen. Damit wurde dann die vorgegebene Anzahl erreicht.

Das InEK warnt, der vorgeschlagene Leistungskatalog bestehe nur aus OPS-Kodes ohne Falldatenbezug. Das mache eine differenzierte Einschätzung der Schweregrade der in Betracht zu ziehenden Fälle unmöglich. Diese Ansicht teilt auch die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling. Hingewiesen wird u. a. darauf, dass der ambulante Bereich bisher keine Zwei-Tages-Fälle erbracht habe, gemischte Berechnungen mit dem stationären Bereich seien daher nicht möglich.

Weitere ernsthafte und warnende Argumente listet die Gesellschaft in einem offenen Brief auf. Ihr Fazit: Hier geht es nicht mehr um wirkliche Ambulantisierung, sondern um willkürliche Absenkung stationärer Vergütung auf ein ambulantes Niveau. Da eine Folgenabschätzung für die Versorgungslandschaft im Vorfeld nicht erfolgt sei, sei das Vorgehen für 2026 rein experimentell.

Hier muss es zwingend noch Änderungen geben, wie sie von den Ländern bereits eingebracht worden sind, zumal die warnenden Stimmen aus der Praxis bisher leider nicht gehört wurden.

**PB: Sichtbar ist auch für Patienten, dass es bereits zu Strukturveränderungen in Folge der Reform gekommen ist und Veränderungen vielerorts geplant sind. Doch erst einmal dokumentierte die Frühjahrsumfrage des Deutschen Krankenhausinstituts zum Krankenhaus-Index vom Juni, dass die finanzielle Talsohle wohl noch nicht durchschritten ist. Wann, denken Sie, geht es wieder aufwärts?**

**Dirk Köcher:** Zunächst einmal wird konstatiert, dass sich die Patienten in den nächsten Monaten, also bis zum Jahresende, vielerorts auf Einschränkungen in der Versorgung einstellen müssen. Das hat nichts mit Strukturveränderungen zu tun, sondern mit einer Mangelage. Jedes zweite Allgemeinkrankenhaus geht davon aus, Personal zu reduzieren mit der Folge von Leistungseinschränkungen, Stationsschließungen, Verschiebung von planbaren Operationen auf Grund nicht refinanzierter Kostensteigerungen. Da sind wir noch immer in einer Talsohle.

Es ist kaum anzunehmen, dass sich diese vom DKI als alarmierend bezeichnete Lage bis zum Ende des Jahres grundlegend ändern kann. Eine so schnelle wirtschaftlich positive Auswirkung durch die Krankenhausreform kann es eigentlich nicht geben. Wir werden vermutlich nur Schritt für Schritt flächendeckend positive

Entwicklungen sehen. 2026 wird durch die Auszahlung der Soforttransformationskosten von Januar bis Oktober sicherlich als Einzeljahr besser, aber dann startet erst die Reform, die bis 2029 umgesetzt sein soll.

---

**PB:** Hier trifft die Reform auf das Thema Investitionsfinanzierung der Länder. Nicht jede Förderung wird ja aus dem Transformationsfonds kommen, der hier sehr genaue Vorgaben macht.

**Dirk Köcher:** Die Bundesländer agieren relativ unterschiedlich. Baden-Württemberg hat zum Beispiel die Landesmittel deutlich erhöht, Rheinland-Pfalz bleibt auf dem Level des vorigen Jahres. Nicht zu vergessen ist dabei aber auch, dass die Mittel, die aus dem Transformationsfonds ausgegeben werden, immer vom jeweiligen Land gegenfinanziert werden müssen. Die Entscheidung des Bundes, in den ersten 4 Jahren nicht nur 50% sondern 70% der Gesamtkosten zu tragen hilft aber sicherlich den Ländern, Ihren Anteil zu stemmen.

Grundsätzlich ist die Finanzierung der Investitionskosten durch die Länder nach wie vor nicht auf dem Level, auf dem sie sein sollte. Da sind sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung einig. Sie haben schon im vorigen Jahr gemeinsam einen Katalog der Investitionsbewertungsrelationen erarbeitet. Danach liegt der Investitionsbedarf der Kliniken bundesweit bei etwa sechseinhalb Milliarden Euro im Jahr.

Die Bundesländer decken, obwohl sie die gesetzliche Pflicht zur vollständigen Finanzierung haben, seit Jahren nur die Hälfte dieses Bedarfs ab.

---

**PB:** Die von Karl Lauterbach einberufene Regierungskommission hat in ihrer 13. und 14. Stellungnahme vom März Vorschläge zur Weiterführung

**des Reformprozesses gemacht und auch Alternativen zur Investitionsfinanzierung vorgeschlagen. Was halten Sie davon?**

**Dirk Köcher:** Zunächst einmal finde ich es positiv, dass es diese Vorschläge der Experten gibt. Beispiel Investitionsfinanzierung, darum geht es ja in der 13. Stellungnahme: Hier führt es uns ja nicht weiter, immer nur das gleiche Dilemma zu beklagen. Wir alle kennen auch die finanzielle Lage der Bundesländer. Die Empfehlung an diese, zunächst nur noch Pauschalfördermittel zu vergeben und keine Einzelförderung mehr zu leisten, ist durchaus bedenkenswert, da Einzelförderungen bürokratischer seien und Investitionen verzögert würden, so die Kommission. Mit Pauschalfördermitteln dagegen könnten die Kliniken flexibler, schneller, gezielter und damit vermutlich auch wirtschaftlicher umgehen. Das wäre natürlich auch eine Frage des Vertrauens in die Krankenhausführungen.

Interessant ist auch, dass die Kommission eine Verstärkung des Transformationsfonds für die Zeit nach 2035 für Strukturinvestitionen anregt, den Bund und Länder gemeinsam tragen, zumal die Krankenhausreform ja nicht das Ende strukturell notwendiger Reformen sein wird.

Den Vorschlag der Kommission, dass eine künftige Krankenhausplanung auch die ambulante Bedarfsplanung einbeziehen müsste, hat der VKD bereits zu Beginn der Reformdiskussion über das KHVVG gemacht. Einbezogen werden sollten zudem demografische und andere strukturelle Entwicklungen, medizinischer Fortschritt sowie die Ambulantisierung.

---

**Es gibt etliche Regelungen und Gesetzesvorhaben der Ampel-Regierung, die mit dem Bruch der Koalition im Herbst vorigen Jahres nicht mehr umgesetzt werden konnten. Welche müssten aus Ihrer Sicht jetzt für den Krankenhausbereich zügig abschließend diskutiert und beschlossen werden?**

**Dirk Köcher:** Dazu gehören die im Grunde schon fast fertige Notfallreform und die Reform des Rettungsdienstes. Vor allem erstere beschäftigt uns in den Kliniken schon unglaublich viele Jahre. Zum Gesetzentwurf vom August 2024 gibt es natürlich noch Diskussions- und vor allem Konkretisierungsbedarf, aber auch hier muss es

gemeinsam mit den Krankenhäusern Lösungen geben. Für uns ist es angesichts der Verlässlichkeit für Patienten mit akutem Behandlungsbedarf und für eine bessere Patientensteuerung zur Entlastung unserer Notaufnahmen aber auch wirtschaftlich wichtig. Wir brauchen endlich eine auskömmliche und faire Finanzierung für unsere Leistungen in der Notfallversorgung. Derzeit erwirtschaften wir in den Notaufnahmen bundesweit jedes Jahr ein Milliardendefizit. Bundesgesundheitsministerin Warken hat nun angekündigt, dass es nach der parlamentarischen Sommerpause einen Referentenentwurf für die Notfall- und Rettungsdienstreform geben soll. Wir werden sehen, ob auch für dieses Problem dann endlich eine Lösung in Sicht ist.

**PB: Vielleicht zum Abschluss unseres Interviews eine Frage zum Wetter. Bundesweit gab es in diesem Jahr zahlreiche Stürme, Hitzewellen, Starkregen. Diese Ereignisse werden zunehmen. Wie können die Krankenhäuser hier reagieren, woran fehlt es?**

**Dirk Köcher:** Wir sind hier in einer Position einerseits der Handelnden, weil Menschen zu Schaden kommen und etwa Patienten mit Herz-Kreislauf-Problemen, ältere Menschen, Kleinkinder und werdende Mütter, chronisch Kranke, unsere Hilfe benötigen. Das wird künftig in solchen Zeiten unsere Notaufnahmen deutlich mehr als normal belasten.

Andererseits sind Krankenhäuser als wichtige Infrastruktur von diesen Wetterextremen oder anderen gefährlichen Ereignissen aber auch selbst betroffen. Die Fragen sind, wie wir uns dafür besser vorbereiten können und welche Rahmenbedingungen wir dafür benötigen.

„EINFACH SIND SOLCHE TRANSFORMATIONSPROZESSE NICHT. SIE WERDEN UNS ALLE IN DEN KRANKENHÄUSERN SEHR VIEL KRAFT KOSTEN UND VIEL ÜBERZEUGUNGSARBEIT NACH INNEN UND AUSSEN ERFORDERN. ES WERDEN ZUM TEIL SCHMERZHAFTE VERÄNDERUNGEN ERFOLGEN MÜSSEN.“

Es gab in den vergangenen Jahren bereits Beispiele, wo Kliniken oder Teile von Häusern evakuiert werden mussten.

Krankenhäuser brauchen Notfallpläne für extreme Hitzewellen, Starkregen, heftige Stürme. Sie müssen sich auch Gedanken darüber machen, wie sie reagieren, wenn in ihrem Umfeld Straßen teilweise nicht passierbar sind, wenn Busse und Bahnen nicht fahren – wie es in diesem Jahr zum Beispiel mehrfach in Berlin der Fall war, wenn wichtige Dienstleister zeitweise nicht erreichbar sind und Mitarbeiter nicht ins Krankenhaus kommen können. Wichtig ist die Festlegung von Sofortmaßnahmen, Verantwortlichkeiten, Ansprechpartnern. Eine Reihe von Krankenhäusern hat sich darauf aber auch bereits eingestellt.

Bei Neu- und Umbauten muss der Schutz vor solchen Ereignissen bereits mitgedacht werden. Viele Kliniken befinden sich aber in älteren Gebäuden, wo das technisch vielleicht machbar, finanziell jedoch für das betreffende Haus kaum leistbar ist. Hier sehe ich die Politik in der Verantwortung, etwa, wie es auch die DKG fordert, die Krankenhäuser systematisch in Sonderfinanzprogramme mit einzubeziehen.

**Herr Köcher, vielen Dank für das Gespräch!**



## Unsere Erwartung ist, dass es im KHAG grundsätzlich um die Verbesserung der aktuellen Situation geht

---

INTERVIEW MIT WOLFGANG MUELLER, 1. VIZEPRÄSIDENT DES VKD, VORSITZENDER DER GESCHÄFTSFÜHRUNG, VESTISCHE CARITAS-KLINIKEN GMBH, DATTELN

---



**Wolfgang Mueller**

*Am 1. April trat in Nordrhein-Westfalen die Krankenhausreform in Kraft. NRW ist damit das erste Bundesland, das die Versorgungsplanung grundlegend geändert hat.*

**PB:** Sehr geehrter Herr Mueller, wie ist der Stand der Dinge, welche Erfahrungen gibt es inzwischen, welche Hoffnungen richten sich auch in den NRW-Krankenhäusern auf das Agieren der neuen Bundesgesundheitsministerin Nina Warken?

**Wolfgang Mueller:** Im Dezember 2024 hat das NRW-Gesundheitsministerium Feststellungsbescheide an die 330 Krankenhäuser im Land verschickt. Bis zum 1. April 2025 sollten die Krankenhäuser die neue Planung umgesetzt haben – mit Ausnahme von 10 Leistungsgruppen, die eine Übergangsfrist bis Ende dieses Jahres haben.

**PB: Wurde das geschafft?**

**Wolfgang Mueller:** Es musste geschafft werden. Wir waren ja auch nicht unvorbereitet. Mitte 2024 gab es Regionalkonferenzen, in denen das Ministerium schon mitgeteilt hat, an wie vielen Standorten welche Leistungsgruppen erbracht werden sollen und in welchen Feldern Konzentrationen vorgesehen sind. Jeder hatte also schon eine gewisse Vorstellung, die eigenen Chancen und Möglichkeiten realistisch einzuschätzen.

Die Erkenntnis war – und so hat es Minister Laumann dann auch gesagt – es geht nicht, dass ein Krankenhaus eine Leistung bis zum 31. Dezember erbringen darf, am 1. Januar 2025 dann aber nicht mehr. Daher wurde mit dem Inkrafttreten zum 01.04.2025 eine generelle Übergangsfrist festgelegt. Für 10 Leistungsgruppen wurde diese Frist bis Ende 2025 verlängert. Das war vor allem für Häuser entscheidend, die mengenintensive Leistungen

„ICH DENKE, ES SOLL GRUNDSÄTZLICH IMMER UM DIE VERBESSERUNG DER AKTUELLEN SITUATION GEHEN, IN DIE UNS DER EHEMALIGE BUNDESGESUNDHEITSMINISTER GEBRACHT HAT. DAS IST JEDENFALLS UNSERE ERWARTUNG. ER HAT UNS DA EIN SCHWERES ERBE HINTERLASSEN, EIN GESETZESFRAGMENT, MIT DEM JA AUCH VIEL UNHEIL ANGERICHTET WERDEN KANN UND IN DEM KORREKTUREN VORGENOMMEN WERDEN MÜSSEN.“

erbrachten, etwa in der Endoprothetik. Die betreffenden Kliniken benötigen also einen entsprechend längeren Vorlauf. Darauf haben diese Häuser dann aber unterschiedlich reagiert. Manche nutzen die Möglichkeit, diese Leistungen noch bis zum 30. Dezember 2025

zu erbringen, andere entschieden, dennoch schon Ende 2024 auszusteigen, um planvoll und strukturiert ihre Medizinstrategie umzusetzen, anstatt dies dann doch zwangsweise tun zu müssen.

Seit die Krankenhausplanung jetzt scharf in die Budgetverhandlungen für 2025 gegangen ist, haben natürlich auch die Kostenträger einen aufmerksamen Blick darauf, ob nicht etwa DRGs in einer Leistungsgruppe enthalten sind, die das Krankenhaus gar nicht mehr erbringen darf.

Endgültig wird man die Auswirkungen aber erst im nächsten Jahr sehen, wenn die Übergangsfrist abgelaufen ist.

**PB: Die Vergabe der Leistungsgruppen war zum Teil dennoch ein Schock für etliche Krankenhäuser. Anfang des Jahres standen 115 Klagen von Krankenhäusern an, 28 davon Eilverfahren – später waren es mit 47 noch weit mehr. In wie vielen Verfahren haben sich die Krankenhäuser durchgesetzt?**

**Wolfgang Mueller:** Ich bin selbst mittendrin. Wir haben Klagen, in denen es um drei Leistungsgruppen geht – Pankreas, Cardiale Devices und Elektrophysiologische Leistungen. Wir haben zunächst für die erste Leistungsgruppe eine Entscheidung im Eilverfahren angestrebt, um die aufschiebende Wirkung der Klage wieder herzustellen. Das ist positiv für uns ausgegangen. Die Zahlen, die Sie für Eilverfahren nennen, können aus meiner Sicht für NRW hinkommen. Ich weiß allerdings nur von fünf, die dann tatsächlich positiv beschieden wurden.

Ich bin damals davon ausgegangen, es war ja eine Art einstweiliger Verfügung, dass dies Bestand hat. Es gibt aber auch die Möglichkeit, sowohl für Krankenhäuser als auch für das Land, gegen solche Bescheide Beschwerde vor dem Oberverwaltungsgericht Münster einzulegen.

Ich gehe davon aus, dass, selbst wenn man nach der 1. Instanz die Leistungsgruppe noch erbringen darf, das Klinikum keine Planungssicherheit mehr hat, wenn das Land beim OVG Beschwerde einreicht. Derzeit sieht es jedenfalls so aus, dass das Land in jedem Fall die Rechtsmittel komplett ausnutzen wird und auch das OVG bisher zu seinen Gunsten entschieden hat.

ES WAR DAS CREDO UNSERES GESUNDHEITSMINISTERS KARL-JOSEF LAUMANN, DASS MAN VON BERLIN AUS KEINE KRANKENHAUSPLANUNG FÜR EIN BUNDESLAND MACHEN KANN. WIR HABEN DAS IM BLICK GEHABT BEI DER VERGABE DER LEISTUNGSGRUPPEN UND DIE STRUKTURIERUNG DER LEBENS- UND ÜBERLEBENSFÄHIGKEIT EINZELNER STANDORTE SCHON EINBEZOGEN, SO DASS DAS GRUNDSÄTZLICH FUNKTIONIEREN SOLLTE.

**PB: Gleichzeitig stiegen auch in NRW die Klinikinsolvenzen - bis Anfang Juni waren es wohl 13. Was passiert mit den zugewiesenen Leistungsgruppen dieser Häuser?**

**Wolfgang Mueller:** Das kann ich genau sagen, wobei Insolvenzen hier nicht die einzige Rolle spielen. Wenn zum Beispiel ein Haus für sich entschieden hat, dass es seine Gynäkologie und Geburtshilfe schließen wird, als Anbieter also ausscheidet, findet zunächst eine Regionalkonferenz mit Krankenhaus- und Kassenseite statt. Vorher hatte das Land ja bereits den Bedarf festgestellt und dem entsprechend auf die Kliniken verteilt. Nun müssen Leistungen umverteilt werden. In diesem Fall werden die umliegenden Häuser der Versorgungsebene von den Kassen angeschrieben und gefragt, ob sie in der Lage sind, zusätzliche Leistungen zu übernehmen. Wenn dies der Fall ist, geht es um die jeweiligen Mengen. Das ist der angenehme Teil, weil es etwas zu verteilen gibt. Auch wir haben in einem solchen Fall für unser Krankenhaus mitgeteilt, dass wir mehr Leistungen übernehmen können.

Viel komplizierter ist es dagegen, wenn Krankenhäuser im Rahmen eines neuen regionalen Planungsverfahrens Leistungen neu beantragen. Das ist rechtlich möglich – nach der großen Runde kann jedes Haus Einzelanträge stellen. Dieses Verfahren ist dann komplexer. Es kommt ja potenziell ein neuer Leistungserbringer dazu – an der Bedarfsprognose des Landes ändert sich damit natürlich nichts.

Somit müsste jedes Haus, das ebenfalls die entsprechende Leistung erbringt, von dieser etwas abgeben. Also müssen die anderen Anbieter angefragt werden, ob sie die Hinzunahme eines weiteren Leistungserbringers befürworten und wenn ja, ob sie

bereit sind, Leistungen abzugeben. Das ist natürlich viel schwieriger. Man muss sehen, was passiert. Wir sind mit unserer GmbH derzeit in vier regionalen Planungsverfahren. Das hatte ich so nicht erwartet.

**PB: Das Thema Leistungsgruppen bewegt die Gemüter natürlich grundsätzlich. Wir haben im vorigen Jahr für die Praxisberichte schon darüber gesprochen, wie es aussehen wird, wenn der neue Grouper zur Verfügung steht – was seit Februar der Fall ist – und die in NRW bereits zugeordneten Leistungsgruppen damit verglichen werden. Was ist dabei herausgekommen?**

**Wolfgang Mueller:** NRW bleibt bei „seinen“ 60 Leistungsgruppen, auf der Bundesebene gehen wir von den 60 Leistungsgruppen aus NRW plus Spezieller Traumatologie aus. Die 65 Leistungsgruppen sind kein Thema mehr. Hier ist sich die Regierungskoalition einig.

Die Arbeitsgruppe Leistungsgruppen der Selbstverwaltung arbeitet auf Bundesebene derzeit daran, wie man jetzt hier vorgeht. Auch

die Spezielle Traumatologie ist ja ein Erbe Lauterbachs mit Anforderungen, die deutschlandweit nur wenige Krankenhäuser erfüllen könnten. Wir warten darauf, was im Krankenhausreform-Anpassungsgesetz stehen wird.

Ich denke, es soll grundsätzlich immer um die Verbesserung der aktuellen Situation gehen, in die uns der ehemalige Bundesgesundheitsminister gebracht hat. Das ist jedenfalls unsere Erwartung. Er hat uns da ein schweres Erbe hinterlassen, ein Gesetzesfragment, mit dem ja auch viel Unheil angerichtet werden kann und in dem Korrekturen vorgenommen werden müssen.

**PB: Also werden die zusätzlichen Leistungsgruppen aus dem KHVVG in NRW nicht zusätzlich vergeben?**

**Wolfgang Mueller:** Nein, das ist nicht der Plan. Im Koalitionsvertrag gibt es ja die Lex NRW für den Fall, dass ein Bundesland Leistungsgruppen noch 2024 eingeführt hat. Damit können wir voraussichtlich bis 2030 arbeiten. Das kann aktuell nur NRW in Anspruch nehmen.

Allerdings wird auch in Nordrhein-Westfalen ein Feintuning sicher hin und wieder notwendig sein, doch die Grundlage steht hier. Wir arbeiten damit und müssen ja die Strukturen unserer Häuser entsprechend anpassen. Es wäre kontraproduktiv, wenn das im nächsten Jahr wieder alles anders wäre.

**PB: Es gibt offenbar auch Zuordnungsdiskrepanzen - Vorbereitungsoperationen werden wohl in andere Leistungsgruppen eingeordnet, Der Vorwurf ist zudem, dass Fälle der gleichen DRG teilweise in unterschiedlichen Leistungsgruppen landen. Ist das auch ein Problem in NRW? Wie geht man damit um?**

Ich kenne das als Problemstellung der Medizincontroller, doch es macht uns derzeit keine großen Sorgen. Es ist durchaus möglich, jede Leistung zuzuordnen. Wir sind wenige Monate

im neuen System mit Übergangsfristen für relevante Leistungsgruppen und damit eigentlich noch in der Findungsphase.

**PB: Gibt es in NRW schon Ausnahmeregelungen und Flexibilisierungen, wenn notwendige Kliniken die Vorgaben, vor allem die harten Strukturvorgaben, der Leistungsgruppen nicht erfüllen können oder wartet man auch in NRW auf eine entsprechende Regelung, die den Ländern von Nina Warken für das Anpassungsgesetz zugesagt wurde?**

**Wolfgang Mueller:** Es war das Credo unseres Gesundheitsministers Karl-Josef Laumann, dass man von Berlin aus keine Krankenhausplanung für ein Bundesland machen kann. Wir haben das im Blick gehabt bei der Vergabe der Leistungsgruppen und die Strukturierung der Lebens- und Überlebensfähigkeit einzelner Standorte schon einbezogen, so dass das grundsätzlich funktionieren sollte.

Unsere Grundlage sind die Feststellungsbescheide, in denen Härten aus Sicht des Landes von vornherein erkannt und durch die Zuordnung berücksichtigt wurden.

Leistungsvoraussetzungen, die ich nicht am eigenen Standort erfülle, kann ich gegebenenfalls mit Kooperationen lösen. Dadurch



ist eine angemessen große Flexibilität für die Standorte geschaffen worden.

Die Befreiheit, die jetzt über die Bundesebene zugesichert werden soll, hat NRW schon immer gehabt. Ich nehme unserem Ministerium ab, dass es das genau im Blick hatte.

---

**PB: Kritiker aus den Krankenhäusern befürchteten Umsatzeinbußen in Millionenhöhe bezüglich der Zuordnung oder Nichtzuordnung der Leistungsgruppen. Wie hoch könnten aus Ihrer Sicht die Umsatzeinbußen werden, bekommen die betroffenen Häuser eine Art Übergangsfinanzierung, bis sie ihre Strukturen angepasst haben?**

**Wolfgang Mueller:** Wenn starke Konzentrationsprozesse eingeleitet werden und in bestimmten Leistungsgruppen dadurch 50 bis 70 Prozent der bisherigen Leistungserbringer wegfallen, sind die Konsequenzen schwer absehbar, die Prognose aber düster. Bei Verlust

der Endoprothetik oder der Kardiologie kann man mit Umsatzeinbußen in Millionenhöhen rechnen. Hier gibt es keine Übergangsfinanzierung zur Anpassung der Strukturen.

Wenn sich auf der anderen Seite die Angebote auf deutlich weniger Krankenhäuser konzentrieren, die gleichzeitig Strukturen erweitern müssen, wird man auch hier sehen, ob – und wie schnell – das funktionieren wird.

Es gibt schon die Sorge – wir stehen in NRW ja unter einer gewissen Beobachtung – ob es wirklich so sinnvoll ist, gleich in einem großen Schritt diese Konzentrationen durchzuführen. Man kann das schlecht wieder korrigieren, wenn sich das als kontraproduktiv für die Versorgung erweist. Ich habe daher in meinen Vorträgen in anderen VKD-Landesgruppen gesagt, es wäre je nach Ausgangsbasis besser, einen ersten Schritt nicht in der maximalen Ausprägung zu machen und gegebenenfalls in einem zweiten Schritt nachzujustieren.

Häuser, die Leistungsmengen hinzubekommen haben, müssen prüfen, ob sie tatsächlich über die dafür notwendigen Kapazitäten verfügen. Falls nicht, wird es nicht so schnell gehen, diese aufzubauen. Auch hier werden wir erst 2026 nach dem Ende der Übergangszeit für alle Leistungsgruppen sehen, ob und wie das umsetzbar ist. Bei elektiven Leistungen kann ich mir aber vorstellen, dass die Wartezeiten für die Patienten deutlich länger werden.

---

**PB: Was bedeuten die Anforderungen des KHVVG an die Zahl der Fachärzte und Mindestmengen für die unterschiedliche Leistungsgruppensystematik in NRW?**

**Wolfgang Mueller:** Die Systematik in NRW ist ja ganz anders als im KHVVG vorgegeben, etwa zur Zahl der Fachärzte, die man für bestimmte Leistungen festgesetzt hat. Und diese NRW-Kriterien gelten voraussichtlich bis 2030.

Wobei die AG Leistungsgruppen ja genau an diesen Themen arbeitet. Ich hoffe für alle



„DIE BEINFREIHEIT, DIE JETZT ÜBER DIE BUNDESEBENE ZUGESICHERT WERDEN SOLL, HAT NRW SCHON IMMER GEHABT. ICH NEHME UNSEREM MINISTERIUM AB, DASS ES DAS GENAU IM BLICK HATTE.“

Krankenhäuser im Bund, dass die Vorgaben des KHVVG nach unten korrigiert werden. Der Grund, sie kaum realisierbar hoch zu setzen, war ja offenbar, dass unter Karl Lauterbach auf diese Weise die Zahl der Leistungserbringer reduziert werden sollte.

Auch in der einen zusätzlichen Leistungsgruppe, der Speziellen Traumatologie, stehen ja noch diverse Vorgaben aus der Zeit Lauterbachs, bei denen fraglich ist, ob ein Krankenhaus sie überhaupt umsetzen kann. Das könnten vermutlich nur größere Kliniken erfüllen - wenn überhaupt. Da hängt die Latte unwahrscheinlich hoch. Ich hoffe wirklich, dass die AG Leistungsgruppen hier noch Änderungen vornimmt. Es geht doch darum, dass die Bevölkerung gut versorgt wird. Da brauchen wir in der Fläche ebenfalls eine entsprechende Anzahl von Krankenhäusern, von denen diese Leistungen erbracht werden können.

**PB: Hybrid-Fälle - und Leistungsgruppen - Zwei-Tages-Fälle wurden für 2026 mit einbezogen. Wie sehen Sie die Auswirkungen?**

**Wolfgang Mueller:** Die verlangte Steigerung der Hybrid-Fälle ist auch ein fatales Lauterbach-Erbe. Diese Mengen können die Krankenhäuser mit ihren Strukturen nicht leisten. Wenn die KBV sich ehrlich machen würde, müsste sie sagen, dass die ambulanten Leistungserbringer das auch nicht können.

Das Verfahren über die Anzahl der Fälle lag ja bei der Selbstverwaltung. Die DKG konnte hier nicht zustimmen und hat sich nicht beteiligt. Nun muss das BMG sich damit beschäftigen. Ich hoffe auch hier, dass mit dem Anpassungsgesetz die Anzahl der Fälle auf eine realistische

Größenordnung gebracht wird, damit das dann tatsächlich handelbar ist.

**PB: Hinzu kommt ja auch die Frage der Erlöse.**

**Wolfgang Mueller:** Was die niedergelassenen Ärzte betrifft, werden wir vermutlich sehen, dass die leichteren Fälle, die mit Sicherheit als Tagesfall ohne Übernachtung erbracht werden können, von diesen übernommen werden und die schwierigen, auch teureren Fälle bei den Krankenhäusern bleiben. Es muss hier Vernunft einsetzen, denn die Krankenhäuser können ja nicht bei jeder Behandlung noch Geld mitbringen. Die Leistungserbringer müssen auch in der Lage sein, das umzusetzen. Insgesamt werden die vollstationären Zahlen aber in jedem Fall nach unten gehen.

Wir sehen ja jetzt schon, welche Fachbereiche besonders betroffen sind, wie z. B. die Urologie, die Gynäkologie und die allgemeine Chirurgie. Wir reden doch von einer komplett pauschalierten Vergütung, am Ende auf dem Niveau einer ambulanten Operation, unter den infrastrukturell vollstationären Rahmenbedingungen der Kliniken. Das ist wirtschaftlich für die Kliniken brandgefährlich.

Hinzukommt, dass es keine Freiwilligkeit gibt. Wir haben einen Katalog mit der Zuordnung von Leistungen, bei denen wir keine Wahl haben. Wir müssen sie im Regelfall als Hybrid-DRG-Fall erbringen. Der Medizinische Dienst sieht da genau hin.

**PB: Die Vorhaltefinanzierung, ein wichtiger Bestandteil der Krankenhausreform, soll einen Großteil der Betriebskosten von Krankenhäusern**

abdecken und ist an die Leistungsgruppen gekoppelt. Welche Erfahrungen haben die Krankenhäuser in NRW hier bisher gemacht – kleine wie große Häuser?

**Wolfgang Mueller:** Die Überschrift „Vorhaltebudget“ war ja durchaus gut. Das war eine sinnvolle Idee. Doch die Inhalte stimmen eben keinesfalls damit überein. Im Gegenteil.

**PB: Die Bundesgesundheitsministerin hat bereits gesagt, dass die Vorhaltefinanzierung im Gesetz bleibt, nur die Übergangszeit wird um ein Jahr verlängert.**

„ES GIBT SCHON DIE SORGE – WIR STEHEN IN NRW JA UNTER EINER GEWISSEN BEOBACHTUNG – OB ES WIRKLICH SO SINNVOLL IST, GLEICH IN EINEM GROSSEN SCHRITT DIESE KONZENTRATIONEN DURCHZUFÜHREN. MAN KANN DAS SCHLECHT WIEDER KORRIGIEREN, WENN SICH DAS ALS KONTRAPRODUKTIV FÜR DIE VERSORGUNG ERWEIST.“

**Wolfgang Mueller:** Die entscheidende Frage dabei ist doch, wie man das Konstrukt verändert. Ich verstehe das einmal positiv so, dass die gute Überschrift mit passenden Inhalten gefüllt wird, so dass die Vorhaltefinanzierung tatsächlich ihren Zweck erfüllt. Das wäre die entscheidende Frage. An der Idee selbst festzuhalten, sehe ich dann nicht negativ.

**PB: Seit dem Sommer können die Länder Vorschläge zur Finanzierung für Projekte zur Umsetzung des KHVVG machen. Welche Förderungen stehen für die Kliniken in NRW darüber hinaus zur Verfügung?**

Derzeit ist es so, dass es einige Fördertüren gibt, doch welche sich tatsächlich öffnen wird und wann – auch das müssen wir wohl abwarten.

NRW hat für die Krankenhäuser aber schon im vorigen Jahr einen Finanztopf mit 2,51 Milliarden Euro für Maßnahmen im Zusammenhang mit der Krankenhausplanung ausgestattet. Die erste Vergaberunde endete 2024. Hier haben acht oder neun Häuser Bescheide bekommen. Inzwischen gab es eine zweite Antragsrunde aus diesem Topf mit Abgabefrist 2. April.

Inzwischen wurden auch die Förderkriterien um Kinder und Jugendmedizin sowie, in gewissen Grenzen, die Geburtshilfe, erweitert. Beides hat uns veranlasst, für alle drei Kliniken unserer GmbH Anträge zu stellen, bei denen der Zusammenhang mit der Krankenhausplanung eindeutig war. Mit Entscheidungen dazu rechnen wir im Herbst. In der 1. Runde wurden wohl maximal 700 Millionen Euro verteilt. Der größte Teil liegt also noch im Topf.

In NRW geht es ja vor allem darum, dass Kliniken, die Kapazitäten reduzieren wollen, daraus unterstützt werden. In diesem Zusammenhang haben wir mit Minister Laumann auch über Schließungskosten diskutiert. Hier ging er leider nicht mit.

Ein bisschen schwierig sind Überschneidungen mit dem Transformationsfonds, für den ja seit dem Sommer Anträge gestellt werden konnten. Häuser müssen für sich entscheiden, ob sie eine Entscheidung aus NRW abwarten oder parallel denselben Antrag auf Bundesebene stellen.

**PB: Relativ unklar scheint noch zu sein, welcher Leistungsgruppe Patienten mit mehreren Erkrankungen oder Behandlungen zugeordnet werden müssen, in der aber die notwendigen Leistungen, Nebenleistungen, Fall-schwere, nicht bzw. nicht ausreichend berücksichtigt, also nicht finanziert werden.**



**Wolfgang Mueller:** Eine eindeutige Zuordnung zu Leistungsgruppen ist möglich – hier würde Dr. Frank Heimig vom InEK sicher zustimmen. Daran wird sich nichts ändern. Wir reden hier allerdings wie immer über den „Durchschnittspatienten“. Das Problem hatten wir bisher und haben wir auch künftig, dass die Realität im Einzelfall anders aussieht.

**PB:** Herausforderung Personalmangel. Geht angesichts der Konzentration des Personal, vor allem das Pflegepersonal, mit an andere Kliniken? Falls nicht, wie kann das Problem angesichts der dort dann steigenden Patientenzahlen gelöst werden? Pflegepersonal-mangel als kritischer Faktor der Konzentration?

**Wolfgang Mueller:** Natürlich. Es ist einfach, am grünen Tisch Leistungen, Personal und Patienten zu verschieben. Aber das Personal hat hier andere Vorstellungen als ein Bundesminister. Es akzeptiert nur Entfernungen innerhalb bestimmter Radien. Darüber hinaus sind vor allem Pflegekräfte nicht immer bereit zu wechseln. Sie haben unzählige Möglichkeiten zu arbeiten, das muss nicht zwingend ein Krankenhaus sein.

Zehn Kilometer Arbeitsweg – das funktioniert, zumal, wenn die Mitarbeiter zwischen zwei Krankenhäusern wohnen. Aber über 25 bis 30 Kilometer hinaus wird es schwierig. Je spezialisierter Mitarbeitende sind, einen desto größeren Radius akzeptieren sie vielleicht. Es wird jedenfalls spannend, ob die Kliniken auch

„DIE VERLANGTE STEIGERUNG DER HYBRID-FÄLLE IST AUCH EIN FATALES LAUTERBACH-ERBE. DIESE MENGEN KÖNNEN DIE KRANKENHÄUSER MIT IHREN STRUKTUREN NICHT LEISTEN. WENN DIE KBV SICH EHRlich MACHEN WÜRD, MÜSSTE SIE SAGEN, DASS DIE AMBULANTEN LEISTUNGSERBRINGER DAS AUCH NICHT KÖNNEN.“

das notwendige, dann ja zusätzliche Personal finden. Das könnte die Situation im Personalbereich für bestimmte Kliniken weiter verschärfen.

**PB:** Ist die Verlagerung von Leistungen und die Konzentration von Leistungen auf bestimmte Standorte ein Problem für die Aus- und Weiterbildung der Ärzte? Gibt es Vorgaben vom Land?

**Wolfgang Mueller:** Gute Frage, vielleicht ist das bisher zu wenig berücksichtigt worden, auch in NRW. Zum Beispiel in der Orthopädie oder Unfallchirurgie stehen wir vor Problemen. Ohne Rotation wird das nicht gehen. Viele Assistenzärzte werden ihre Ausbildung nicht an

nur einem Standort absolvieren können. Derzeit ist noch ziemlich offen, wie dieses Problem gelöst werden kann.

**PB: Gesundheitsminister Laumann machte sich dafür stark, dass es eine Übergangsregelung für die bisherige Zuteilung der Leistungsgruppen in NRW bis spätestens Ende 2030 geben soll. Was denken Sie – gehen 2030 die Planungen dann noch einmal los oder kommt ohnehin wegen der Erfahrungen in der Umsetzung der Reform für alle ein ergänzendes Reformgesetz?**

**Wolfgang Mueller:** Ich hoffe, dass im ersten Schritt im Anpassungsgesetz bereits möglichst viele handwerkliche Fehler behoben werden. Man muss natürlich auch weiter Erfahrungen sammeln. Vielleicht sind die fünf Jahre bis 2030 auch ein passender Zeitraum, noch

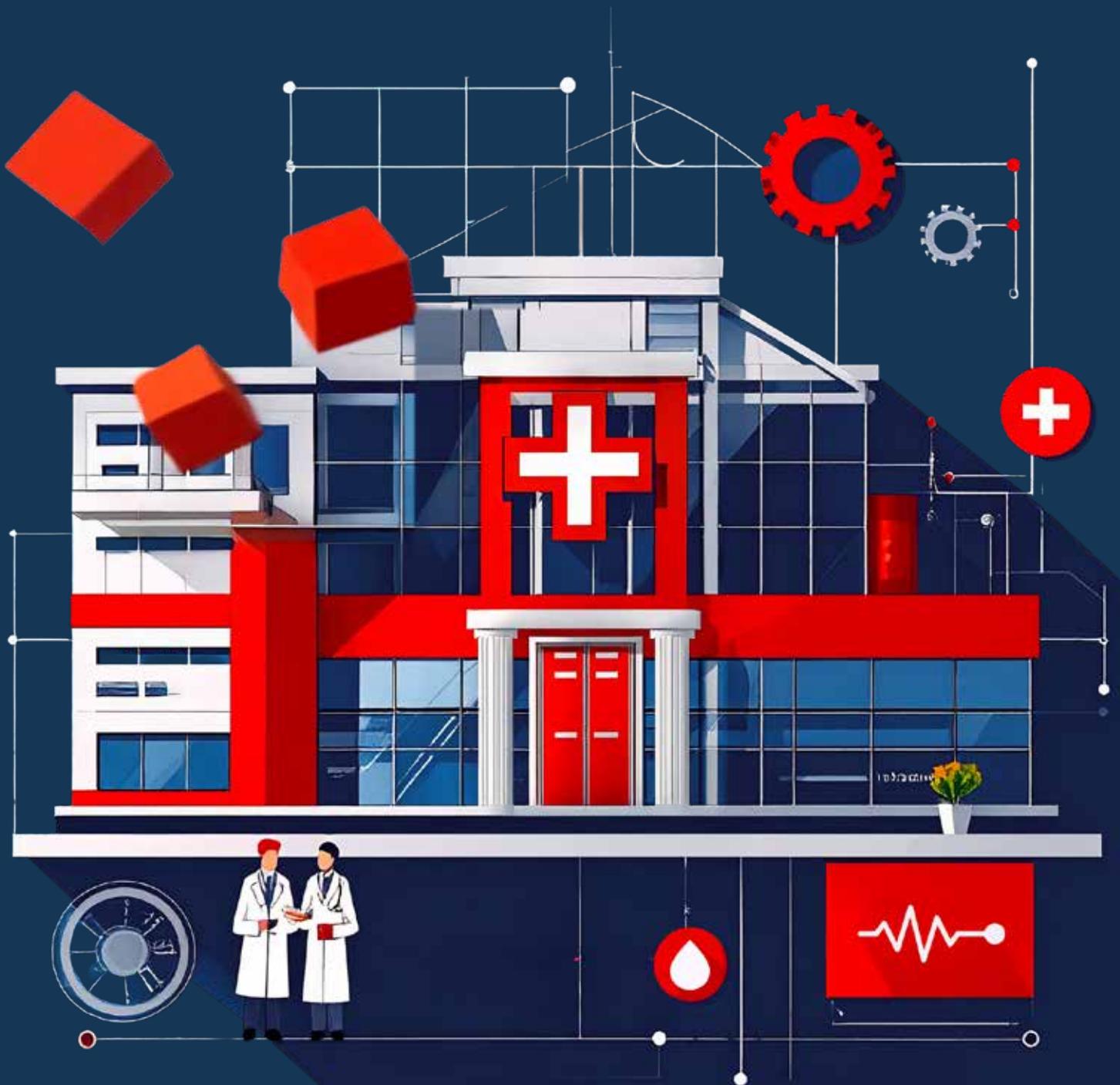
einmal nachzjustieren. Ich kann mir aber weder für NRW noch für die anderen Bundesländer eine komplette Neu-Planung wirklich vorstellen. Wir müssen erst einmal die Wirkungen des KHVVG und nun des KHAG sehen. Das hat auch auf Ebene der einzelnen Standorte eine Relevanz.

Was die Bundesländer betrifft – auch hier müssen wir erst einmal abwarten. Sie haben ja völlig neue Aufgaben vor der Brust, die sich auch von Bundesland zu Bundesland unterscheiden. In den neuen Bundesländern ist die Situation völlig anders als etwa in Bayern. Hier ist die Situation schon viel sortierter, weil nach der Wende Strukturen bereits erheblich verändert wurden, oftmals reduziert hinsichtlich der Leistungen und Standorte.

**Sehr geehrter Herr Mueller, vielen Dank für das Gespräch.**

ES IST EINFACH, AM GRÜNEN TISCH LEISTUNGEN, PERSONAL UND PATIENTEN ZU VERSCHIEBEN. ABER DAS PERSONAL HAT HIER ANDERE VORSTELLUNGEN ALS EIN BUNDES MINISTER. ES AKZEPTIERT NUR ENTFERNUNGEN INNERHALB BESTIMMTER RADIIEN.





# STRUKTUREN IM UMBRUCH

FUSIONEN  
ZENTRALISIERUNG  
MEDIZINVERBÜNDE  
KOOPERATIONEN  
CLUSTERBILDUNG  
BÜNDELUNG VON KOMPETENZEN



## Neue Strukturen entstehen

---

TRANSFORMATIONSPROZESS MIT FRAGEZEICHEN UND  
ETLICHEN UNWÄGBARKEITEN

---



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

*Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wird die Strukturen der Krankenhauslandschaft in Deutschland sowie die Strukturen der Krankenhäuser selbst deutlich verändern. Ob es sein Ziel erreicht, die flächendeckende Versorgung zu sichern und eine hochwertige Qualität der medizinischen Versorgung zukunftsfest zu gestalten, wird*

*sich in der Umsetzung in den kommenden Jahren noch erweisen.*

Während nach wie vor eine Insolvenzwelle rollt, Kliniken aus dem Markt gehen und Leistungen nicht mehr angeboten werden, gibt es aber auch, motiviert durch das Gesetz, bereits eine gegenläufige Entwicklung hin zu stärkerer Zentralisierung, zur Konzentration von Angeboten und medizinischer Expertise und zu Kooperationen.

Die wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser ist mit desolat noch positiv beschrieben. Der Blick in die aktuelle DKI-Befragung zeigte das ganze Ausmaß dieser sicher noch nie dagewesenen Situation. Bestätigt wurde das durch zahlreiche Berichte in den regionalen Medien. Gleichzeitig dokumentierten aber auch Pressemitteilungen aus einer ganzen Reihe von Häusern strategische Weichenstellungen hin zu neuen Strukturen. Bereits im Jahr zuvor hatten Gesundheitsversorger, häufig mit mehreren Kliniken, MVZ, Pflegeeinrichtungen und Arztpraxen, die Mitarbeiter und die Öffentlichkeit schon auf Veränderungen vorbereitet

Mit der Krankenhausreform werden folgende zentrale Ziele verfolgt: Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten, Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung sowie Entbürokratisierung.

*Bundesministerium für Gesundheit*

– sie waren und sind hier bereits in einer besseren Position als viele Einzelhäuser. In einer besonders guten Lage sahen und sehen sich aber auch viele Häuser der Maximalversorgung und Uni-

versitätskliniken, obwohl auch sie meist hohe bis höchste Defizite haben.

### Wie viele Kliniken reichen denn aus?

Wir erinnern uns vielleicht an die über die Jahre immer wieder von Experten geäußerten Vorstellungen, 500 oder 600 Krankenhäuser würden für Deutschland genügen. Manchmal sollten auch nur 300 ausreichen. Es ist kaum anzunehmen, dass solche Zahlen im Zuge der Krankenhausreform tatsächlich zustande kämen. Das ist sicher auch gut so. Fraglos aber wird es dazu kommen, dass wir am Ende der Transformation weniger Krankenhäuser, dafür mehr größere Einrichtungen haben werden als bisher. Es wird vermutlich aber auch mehr Zusammenarbeit mit kleineren Einrichtungen geben, die ebenfalls bleiben müssen – denn es ist ja heute bereits absehbar, dass die größeren Krankenhäuser, selbst wenn sie erweitert werden, nicht die Patienten einer großen Anzahl kleiner Krankenhäuser komplett mitversorgen können. Obwohl die stationären Fallzahlen durch die gewünschte und zunehmende Ambulantisierung geringer werden, wird die Demographie der Patienten bzw. die Spezialisierung vermutlich zu längeren Liegedauern führen. Auch hier ist dann Kooperation mit weniger spezialisierten Häusern für die Verlegung von Patienten nach der intensiven Behandlungsphase vielfach vermutlich die Option der Wahl.

Die Grundversorgung in der Fläche muss bleiben. Für die Patienten mit speziellem medizinischem Versorgungsbedarf werden die Wege, das ist sicher und schon jetzt absehbar, weiter. Es werden in vielen medizinischen Fächern durch die Zuordnung der neuen Leistungsgruppen weniger Krankenhäuser diese Angebote machen können. Ob diese dann tatsächlich für die Versorgung und vor allem die Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals ausreichen, wird man auch erst noch sehen. Vermutlich wird es dann zu längeren Wartezeiten auf bestimmte Behandlungen kommen. Auch kleinere Kliniken mit hochspezialisierten Leistungen in bester Qualität können mit diesen Leistungen herausfallen, wie man in NRW schon sehen kann, wo es Klagen dagegen gibt.

Die Zuordnung von Leistungsgruppen kann überdies auch in den anderen Bundesländern in nächster Zeit noch manche Irritationen auslösen. Hier ist Vorsicht der Länder geboten, damit nicht Einrichtungen dadurch ungewollt aus der Versorgung ausscheiden müssen, die aber zwingend gebraucht werden.

Das wäre auch deshalb fatal, weil damit ambulante Versorgung in ländlichen Regionen ebenfalls auf der Kippe steht. Denn klar ist, dass die Kliniken vielfach die ambulanten Leistungen von Haus- und Fachärzten mit übernehmen müssen – die es dort nicht mehr gibt. Wie sie dann finanziert werden, ist bisher für die Krankenhäuser schwer kalkulierbar bis völlig unklar. Auch hier fehlt für die notwendigen Entscheidungen im Zuge der Reform – sowie der anderen noch folgenden Gesetze und Regelungen, etwa dem Notfallgesetz – die notwendige Transparenz. Schon für das KHVVG gab es ja keine

Auswirkungsanalyse, wenngleich immer wieder vom vorigen Bundesgesundheitsminister zugesagt.

---

### Wird der Personalmangel durch die neuen Strukturen gemildert?

Die durchaus etwas naive Vorstellung, dass mit Schließung einer Reihe von Kliniken vielleicht sogar erheblich Personal für die anderen frei werden könnte, wird sich voraussichtlich allenfalls in größeren Städten und Ballungsgebieten realisieren lassen. Menschen lassen sich nicht einfach wie Spielfiguren hin- und herschieben. Das gilt sicher vor allem für die Pflege. Bei den Ärzten sieht die Situation vermutlich

Leistungen auf wenige Standorte – bei weniger komplexen Leistungen, wie der Endoprothetik – konzentrieren. Das erkennt man bereits in Nordrhein-Westfalen. Werden die Weiterbildungsmöglichkeiten künftig noch ausreichen, wird es zu Kooperationen, Rotationen kommen oder wird sich der Mangel an Fachärzten durch den entstehenden „Flaschenhals“ in der Aus- und Weiterbildung weiter verschärfen? Zu bedenken ist dabei ja, dass zum Teil eine Zahl von Interventionen in bestimmten Fächern in der Weiterbildung vorgeschrieben ist. Diese kann sicher nicht unendlich ausgeweitet werden.

---

### Versorgung in der Fläche – Grundversorger wirtschaftlich stärken

Wenn mit der Zuordnung von Leistungsgruppen und damit zusammenhängenden Personal- und Qualitätsauflagen eine Zentralisierung bestimmter Behandlungen an deutlich weniger Krankenhausstandorten einhergeht, muss auf der anderen Seite eine Grundversorgung ebenfalls gewährleistet werden – vor allem in der Fläche, aber nicht nur dort. Diese Häuser müssen dafür aber auch wirtschaftlich in der Lage und fachlich attraktiv sein.

Gehen wir von zunehmend vernetzten und abgestimmten Angeboten aus, muss damit in jedem Fall auch die Versorgung in der Fläche abgesichert werden. Das muss gesteuert und koordiniert sowie auch finanziert werden. Hier entsteht gegebenenfalls eine Art monopolistische Struktur, die Qualitätsbestrebungen nicht immer förderlich ist. Schon heute sehen sich Maximalversorger und Unikliniken als Zentrum

„GLEICHZEITIG DOKUMENTIEREN ABER AUCH PRESSEMITTEILUNGEN EINER GANZEN REIHE VON HÄUSERN STRATEGISCHE WEICHENSTELLUNGEN HIN ZU NEUEN STRUKTUREN.“

etwas anders aus. Hier stellt sich aber sicher auch die Frage, welche Fächer bzw. Leistungen im jeweiligen Krankenhaus nach Vergabe der Leistungsgruppen erbracht werden dürfen – das können sie sich ja heute auch schon in etwa ausrechnen. Wie man hört, wandern daher manche Ärzte vorausschauend bereits in andere Krankenhäuser ab. Absehbar wird es dabei aber auch um die Verteilung von Führungspositionen gehen, das wird auch kaufmännische Positionen betreffen.

Eine wichtige Frage, die den Ärztenachwuchs betrifft, ist natürlich die Organisation der ärztlichen Weiterbildung, wenn Krankenhausstandorte aus der Versorgung ausscheiden und sich



und Steuerer der Versorgung. Werden ihre Kooperationspartner dann zu Satelliten, die ferngesteuert werden oder bleiben sie Partner auf Augenhöhe?

Zugleich wird die stationäre Versorgung in den technisch und personell hochwertig ausgestatteten Kliniken teurer als die Versorgung in kleinen Häusern. Daraus ergibt sich dann wiederum eine Patientensteuerung anderer Art. Wohin überweist der niedergelassene Arzt (wenn er noch vor Ort vorhanden ist)? Wohin bringt der Rettungsdienst die Patienten?

Das muss vermutlich dann für jede Region möglichst einvernehmlich geklärt werden. Wer als Patient in ein Haus gebracht wird, das für seinen Fall keine Leistungsgruppe hat, zwar versorgen darf, dafür aber nicht mehr bezahlt wird, ist in keiner glücklichen Lage. Wer als Patient in die Notaufnahme eines solchen Krankenhauses geht und nicht weiß, ob es ihn behandeln darf, wird sicherlich weiterverwiesen.

### Versorgungssicherheit in Gefahr?

Hier kommen wir in den Bereich der vielfach kritisierten Vorhaltefinanzierung, die nicht, wie von der Praxis gefordert – ausgesetzt, sondern erst einmal nach dem KHVVG für zwei Jahre in ihrer Wirkung beobachtet werden soll. Inzwischen wurde diese Zeit um ein weiteres Jahr verlängert. Standorte, die Mindestfallzahlen nicht erreichen, sollen diese Vorhaltevergütung nicht mehr erhalten, auch wenn sie die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen bekommen, also die Leistung erbringen und abrechnen dürfen – aber um die Vorhaltefinanzierung gekürzt. Auch hier kann es dann passieren, dass es sich wirtschaftlich nicht mehr lohnt,

diese Leistung zu erbringen – mit Folgen für die Versorgung in der jeweiligen Region. Auch das müsste man kalte Strukturveränderung nennen, wenn es für solche Häuser keine wirtschaftliche Sicherheit gibt.

Mindestfallzahlen sind zudem in bestimmten Bereichen wenig bis gar nicht aussagekräftig, wenn es um Qualität und Wirtschaftlichkeit geht, etwa in der Geriatrie.

ES WERDEN IN VIELEN MEDIZINISCHEN FÄCHERN DURCH DIE ZUORDNUNG DER NEUEN LEISTUNGSGRUPPEN WENIGER KRANKENHÄUSER DIESE ANGEBOTE MACHEN KÖNNEN. OB DIESE DANN TATSÄCHLICH FÜR DIE VERSORGUNG UND VOR ALLEM DIE AUS- UND WEITERBILDUNG DES MEDIZINISCHEN PERSONALS AUSREICHEN, WIRD MAN ERST NOCH SEHEN.

Die Vorhaltebudgets in der jetzt gesetzlich fixierten Form werden – das kann man schon deutlich konstatieren – zu mehr

Bürokratie führen und die Wirtschaftsplanung erschweren. Die daraus generierbaren Erlöse unterliegen vielen nicht beeinflussbaren Faktoren. Erst zum Ende des Jahres weiß man dann im Krankenhaus mit dem Bescheid über das Vorhaltebudget, was man im nächsten Jahr daraus erwarten kann.

Nach wie vor fordert der VKD, fordern auch andere Krankenhausverbände, eine Aussetzung, bis ein funktionierendes System entwickelt wurde. Bisher ist das auf taube Ohren in der Bundespolitik gestoßen.

### Ambulante Leistungen

„Ambulant vor stationär- STAMBULANT“ ist seit Jahren eine von Politikern und Experten genährte Vorstellung, wie Kosten im Krankenhausbereich reduziert werden könnten. Seit Jahren erbringen die Krankenhäuser natürlich bereits ambulante Leistungen. Dazu gehören u. a. die persönliche Ermächtigung einzelner Ärzte, dazu gehören ambulante Operationen, Hochschulambulanzen und Institutsambulanzen psychiatrischer Kliniken.

Vor allem aber zielt aktuell diese Forderung auf Ausweitung von Fällen, die bisher stationär erbracht werden über Hybrid-DRGs. So sollen die Hybrid-DRGs, also Fälle mit einer sektorengleichen Vergütung, hohes Potenzial für die Ambulantisierung stationärer Leistungen beinhalten. Derzeit sind sie eher ein Thema, auf das in vielen Krankenhäusern mit erheblicher Skepsis geblickt wird. Die Zahlen, die hier im Raum stehen und für die kommenden Jahre vorgesehen sind, können – in vielen Fällen werden – zu erheblichen Einbußen bei der Vergütung der Fälle führen, diese zum Teil fast halbieren. Das beträfe viele Behandlungen mit einer Verweildauer von zwei Tagen.

„DIE VORHALTEBUDGETS IN DER JETZT GESETZLICH FIXIERTEN FORM WERDEN – DAS KANN MAN SCHON DEUTLICH KONSTATIEREN – ZU MEHR BÜROKRATIE FÜHREN UND DIE WIRTSCHAFTSPLANUNG ERSCHWEREN. DIE DARAUSS GENERIERBAREN ERLÖSE UNTERLIEGEN VIELEN NICHT BEEINFLUSSBAREN FAKTOREN.“

Der Gesetzgeber hat mit dem KHVVG seine Vorschriften für die spezielle sektorengleiche Vergütung nach Paragraph 115f SGB V ab dem Jahr 2026 vor allem mit dem Ziel einer deutlichen Ausweitung des Leistungskatalogs der Hybrid-DRGs geändert. Danach muss die jährliche Überprüfung und Auswahl der Leistungen durch KBV, DKG und GKV-Spitzenverband so erfolgen, dass ab 2026 in jedem Jahr mindestens eine Million Fälle erfasst werden. Ab 2028 sollen es mindestens 1,5 Millionen Fälle und ab 2030 dann sogar mindestens zwei Millionen Fälle sein.

Diese Ausweitung der Fälle ist kaum zu leisten. Das schätzte auch Frank Heimig, Geschäftsführer des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), im diesjährigen DRG-Forum ein. Heimig erklärte, angesichts der 22 geltenden Hybrid-DRGs abzüglich der Kinder und Menschen mit Behinderungen, komme man aktuell auf 272000 Fälle im Jahr. Um auf eine Million Fälle zu kommen, wie ab 2026 vorgesehen, müssten es also 728.000 Fälle mehr werden – fast noch dreimal so viele wie bisher.

Die Komplexität der Aufgabe, die den Krankenhäusern hier übertragen werden soll, wird dabei offensichtlich nicht in Gänze beachtet, sowohl was die dafür notwendigen Strukturen als auch die Finanzierung betrifft, als durchaus auch die Auswirkungen auf die Leistungsgruppen.

---

### Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV) sollen, das ist keine neue Idee, für die Patienten den Übergang von einem Behandlungssektor zum anderen erleichtern, also die dort bestehende Lücke schlie-

ßen. Gleichzeitig soll damit aber auch die Versorgung gerade in ländlichen Regionen gesichert werden und effizienter sein, als es ein kleines Krankenhaus sein könnte.

Es sind demnach Klinikstandorte, die vom Land als Verantwortliche für die Krankenhausplanung zu einer SÜV benannt werden. Sie dürfen stationäre Leistungen, die nach dem KHG vereinbart wurden, erbringen und außerdem ambulante Leistungen, für die sie ermächtigt wurden, ambulante Operationen und auch Kurzzeitpflege erbringen. Worum es sich dabei konkret handeln kann und welche Anforderungen erfüllt sein müssen, wird von der DKG und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam festgelegt.

Die Umsetzung vor Ort ist allerdings nicht einfach. Hier gibt es erhebliche Kritik an den komplexen Umsetzungs Herausforderungen in der Praxis. Daher ist der Erfolg der SÜV zumindest nicht auf die Schnelle zu erwarten. Der Präsident der DKG, Ingo Morell, warnte auf dem DKG-Krankenhausgipfel, die Hindernisse und Abgrenzungsfragen auch zwischen den Sozialgesetzbüchern seien sehr komplex. Er verwies u. a. darauf, dass die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten



KI-generiert

ungeklärt sei. Kreativere Lösungen seien für die Versorgung im ländlichen Raum nötig.

**Kommunikation ist essenziell in einer Transformation**

Eine besonders herausfordernde Aufgabe ist sicher, die Notwendigkeit der Veränderung gewohnter Strukturen sowohl den Mitarbeitern als auch der Öffentlichkeit nahezubringen, um Akzeptanz zu erreichen. Das Argument der besseren Qualität, wie oft von Experten und Politikern gern als per se überzeugend angeführt, ist für die Mitarbeiter und die Öffentlichkeit nicht unbedingt nachvollziehbar, wenn etwa die bisherige Struktur als qualitativ gut erlebt wurde und wird. Die neue wiederum gibt es ja erst einmal nur als theoretische Option. Sie kann erst dann als überzeugend wahrgenommen werden, wenn sie vorhanden ist und sich durch Leistung bewiesen hat.

Diese Veränderungen werden natürlich je nach Region unterschiedlich wahrgenommen. Hierfür braucht es sicher in den meisten Fällen eine Strategie, mittels derer die Mitarbeiter als auch die Öffentlichkeit eher längerfristig damit konfrontiert werden und auch das Ziel der Veränderungen deutlich benannt wird. Man muss als Management damit rechnen, dass es Unruhe und auch über

den „Buschfunk“ verbreitete Gerüchte geben kann, die dem Klinikunternehmen schaden und Vertrauen beschädigen. Also sind auch die regionalen Medien einzubinden – die sozialen Netzwerke nicht zu vergessen. Ein gutes Beispiel dafür ist u. a. das Vorgehen der Gesellschaft Leben und Gesundheit mit Sitz im Brandenburgischen Eberswalde, die u. a. „Faktenchecks“ zu geplanten Veränderungen veröffentlicht haben.

**Fazit**

Um auch in der Zeit der Transformation die Versorgungssicherheit zu garantieren, brauchen die Krankenhäuser Transparenz über die Auswirkungen, um danach dann auch eigene strategische Schritte zu planen und umzu-

„EINE BESONDERS HERAUSFORDERNDE AUFGABE IST SICHER, DIE NOTWENDIGKEIT DER VRÄNDERUNG GEWOHNTER STRUKTUREN SOWOHL DEN MITARBEITERN ALS AUCH DER ÖFFENTLICHKEIT NAHEZUBRINGEN, UM AKZEPTANZ ZU ERREICHEN.“

setzen. Die erheblichen Veränderungen, vor denen sich die Krankenhäuser sehen, benötigen, das ist nach wie vor eine Forderung, Auswirkungsanalysen mit aktuellen Daten und dürfen nicht auf der Datenbasis der Pandemiejahre fußen. Essenziell ist, dass der Transformationsfonds völlig aus dem Sondervermögen finanziert wird und Anträge für die notwendigen Strukturveränderungen zügig beschieden werden. Derzeit gewinnt man den Eindruck, dass es kaum finanzielle Verbesserungen gibt, stattdessen steigen die Kosten nicht nur für Energie, durch Inflation sowie durch die neuen Tarife unaufhörlich. Die enorm ausgeweitete Menge der geforderten ambulanten Fälle mit Erlösen, die weit unter den normalen DRGs liegen, wird zu weiterer Entkernung der Strukturen führen. Da die Krankenhausplanungen mit Leistungsgruppen in den vielen Bundesländern noch in den Anfängen stecken, diese wiederum u. a. ambulanten Fälle mit Hybrid-DRGs in ihrer

Foto: Tetiana Kasatkina – stock.adobe.com

Umsetzung für die Krankenhäuser nicht wirklich kalkulierbar sind, herrscht vielfach noch Unsicherheit darüber, in welche Richtung man sich als Krankenhaus bewegen sollte. Die vom Bundesrat geforderte vierprozentige Erhöhung der Landesbasiswerte wurde bisher von der Regierung nicht bestätigt, so dass auch hier keine Planungssicherheit vorhanden ist.

Es herrscht weiterhin erheblicher finanzieller Druck, der die kalte Strukturbereinigung nach wie vor befördert. Die politische Versicherung einer flächendeckenden

Gesundheitsversorgung für die Bürger in einer neuen, modernen Struktur kann so nicht eingelöst werden.

Dennoch gibt es bundesweit Krankenhäuser und Klinikverbände, die sich auch aus den sichtbaren Notwendigkeiten heraus strategisch neu ausrichten, um den Herausforderungen, die sich durch die Reform ergeben, begegnen zu können. Die folgenden Beispiele werden das zeigen.

„UM AUCH IN DER ZEIT DER TRANSFORMATION DIE VERSORGUNGSSICHERHEIT ZU GARANTIEREN, BRAUCHEN DIE KRANKENHÄUSER TRANSPARENZ ÜBER DIE AUSWIRKUNGEN, UM DANACH DANN AUCH EIGENE STRATEGISCHE SCHRITTE ZU PLANEN UND UMZUSETZEN. DIE ERHEBLICHEN VERÄNDERUNGEN, VOR DENEN SICH DIE KRANKENHÄUSER SEHEN, BENÖTIGEN AUSWIRKUNGSANALYSEN MIT AKTUELLEN DATEN UND DÜRFEN NICHT AUF DER DATENBASIS DER PANDEMIEJAHRE FUSSEN.“



KI-generiert

Foto: Ayesha khan – stock.adobe.com



Das Brüderkrankenhaus St. Josef und das Ev. Krankenhaus St. Johannisstift sind zum Christlichen Klinikum Paderborn fusioniert. Darüber freuen sich Julia Wieland, Siegfried Rörig und Martin Wolf aus der Geschäftsführung, PD Dr. Torsten Meier als Ärztlicher Direktor und Daniela Siedhoff, stellvertretende Pflegedirektorin (v.l.).

## Nach drei Jahren Vorarbeit Fusion planmäßig erreicht

BRÜDERKRANKENHAUS ST. JOSEF UND EV. KRANKENHAUS ST. JOHANNISSTIFT SIND JETZT DAS CHRISTLICHE KLINIKUM PADERBORN

*Die Verschmelzung des Brüderkrankenhauses St. Josef Paderborn und des Ev. Krankenhauses St. Johannisstift war Anfang Juni 2025 amtlich: Die beiden Krankenhäuser sind seitdem das Christliche Klinikum Paderborn mit zwei Betriebsstätten.*

„Wir haben drei Jahre lang intensiv auf dieses Ziel hingearbeitet und sind froh, dass wir es planmäßig erreicht haben“, sagt Siegfried Rörig, der zusammen mit Julia Wieland, neu im Team, und Martin Wolf die Geschäftsführung des Christlichen Klinikums Paderborn übernommen hat. Das Trio blickt optimistisch in die Zukunft. „Mit diesem Schritt sichern wir langfristig eine hochwertige und wohnortnahe Gesundheitsversorgung“, so Wolf.

Der Schritt zur Fusion geschieht vor dem Hintergrund der politisch gewollten Gründung von starken Verbänden. „Der Landeskrankenhausplan NRW setzt auf Koordination und Kooperation. Nur so lassen sich die

bevorstehenden demographischen und wirtschaftlichen Herausforderungen meistern“, betont Julia Wieland.

Strategisch ist das Christliche Klinikum Paderborn wie folgt aufgestellt: Abteilungen, in denen planbare Eingriffe und Behandlungen stattfinden, sind an der Betriebsstätte Krankenhaus St. Johannisstift zusammengefasst. So befindet sich an der Reumontstraße unter anderem die Klinik für Orthopädie, spezielle orthopädische Chirurgie und Sportmedizin. Die Klinik mit derzeit 40 Betten ist als Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung zertifiziert. Chefarzt Prof. Dr. Christoph Windisch und sein Team setzen schwerpunktmäßig künstliche Knie- und Hüftgelenke ein. „Als einzige Einrichtung in der Region bieten die Orthopäden an der Reumontstraße auch so genannte Wechseloperationen an, denn künstliche Gelenke können verschleißen“, erklärt PD Dr. Torsten Meier, Ärztlicher Direktor des Christlichen Klinikums Paderborn. In direkter Nachbarschaft zur Orthopädie, einen Flur

### Christliches Klinikum Paderborn

Das Christliche Klinikum Paderborn hat 598 Betten, davon 446 in der Betriebsstätte Brüderkrankenhaus St. Josef, und 152 Betten in der Betriebsstätte Krankenhaus St. Johannisstift. Knapp 2.000 Mitarbeitende versorgen rund 33.000 stationäre Patienten jährlich, sowie 60.000 ambulante Patienten. Beschäftigt werden etwa 1000 Pflegefachkräfte und 400 Frauen und Männer aus medizinisch-technischen Berufen. An den beiden Betriebsstätten arbeiten 250 Ärztinnen und Ärzte. Weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verteilen sich auf Berufe in der Verwaltung, der Technik und des Verpflegungsmanagements.

weiter, ist die Klinik für Geriatrie mit demnächst 60 Betten. Meier: „Chefärztin Tülay Asbai und ihr Team sichern die ärztliche Versorgung betagter und hochbetagter Patienten.“ Die beiden Kliniken ergänzen sich perfekt: Senioren haben nach Knochenbrüchen oder Gelenkersatzoperationen oft besondere Bedarfe, die gemeinsam von Orthopäden und Geriatern abgedeckt werden. Zur Klinik für Geriatrie gehört auch eine Tagesklinik.

Die Betriebsstätte Brüderkrankenhaus St. Josef ist Anlaufstelle für die Notfallversorgung und bleibt wichtige Adresse für chirurgische, urologische, kardiologische und pneumologische Patienten. „An der Husener Straße steht unter anderem die Versorgung unserer an Krebs

erkrankten Patienten im Fokus“, so Rörig. Hier befinden sich

das von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierte Onkologische Zentrum mit den Organzentren bei Darm- und Pankreaskrebs, Lungenkrebs, Prostatakrebs und Blutkrebs. Menschen mit Tumorerkrankungen bekommen an der Betriebsstätte Brüderkrankenhaus St. Josef sowohl konservative als auch operative Therapien. „Alle Spezialisten arbeiten wie gewohnt eng und fächerübergreifend zusammen“, ergänzt Wolf.

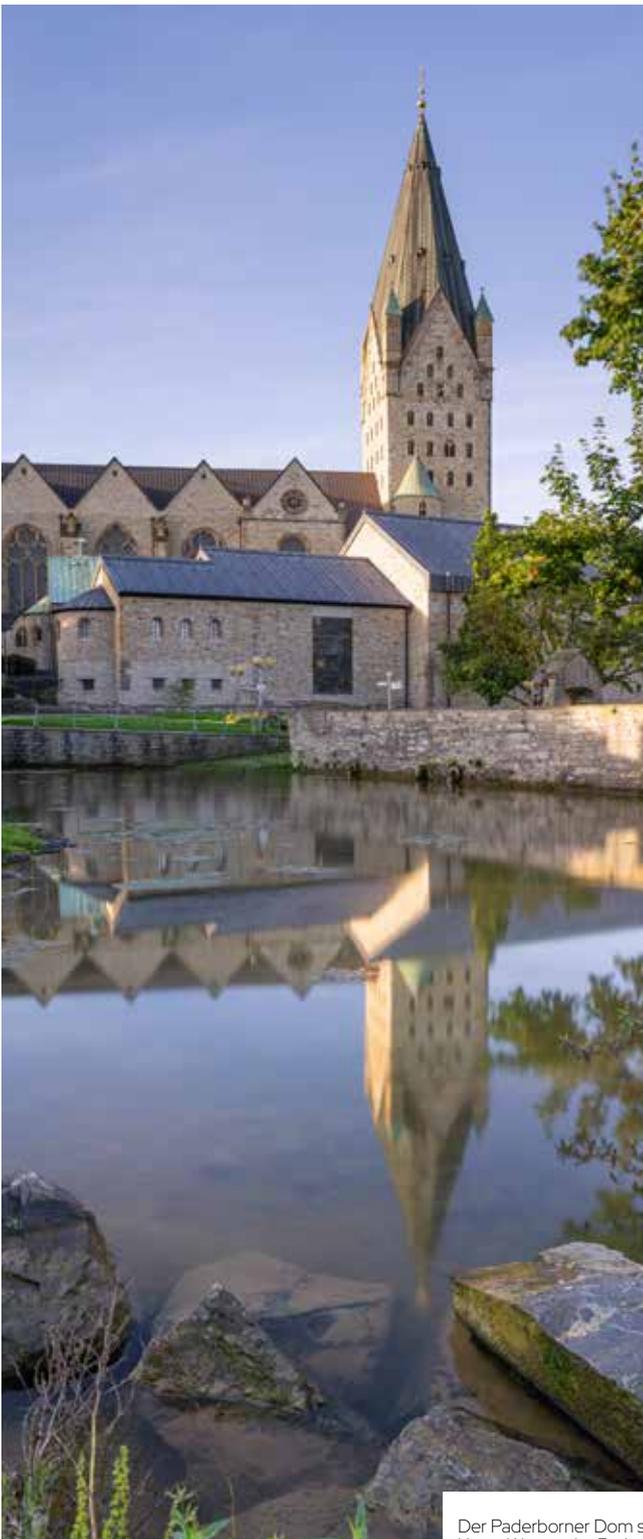
An der Husener Straße operieren Urologen, Bauchchirurgen und Thoraxchirurgen mit dem robotergestützten Da



Das sind wir! Etwa 200 Mitarbeiter\*innen der insgesamt 2.000 Mitarbeiter\*innen des Christlichen Klinikums Paderborn haben sich zum Jubiläum zusammengefunden.

„MIT DIESEM SCHRITT SICHERN WIR LANGFRISTIG EINE HOCHWERTIGE UND WOHNORTNAHE GESUNDHEITSVERSORGUNG.“

Martin Wolf



Der Paderborner Dom spiegelt sich im klaren Wasser der Pader und zeigt sich von seiner ruhigsten Seite.

Foto: alfofunkunst - stock.adobe.com

Vinci-Operationssystem. Die robotische Chirurgie wird an der Betriebsstätte Brüderkrankenhaus demnächst weiter ausgebaut.

### Doppelvorhaltungen ausgeschlossen

Doppelvorhaltungen sind durch die Aufteilung in ein „Elektivhaus“ mit planbaren Operationen und Behandlungen und in ein „Akuthaus“ mit der Versorgung von Patienten, die unvorhergesehene Operationen benötigen, ausgeschlossen. Geschäftsführerin Julia Wieland, zuständig für Personal, sieht darin Vorteile: „Wir bündeln unsere Kräfte und unsere Stärken. Das ist in Zeiten des Fachkräftemangels wichtig.“ Mit der Verschmelzung der beiden Häuser erhöhe man die Attraktivität als Arbeitgeber und biete allen Kolleginnen und Kollegen Entwicklungsperspektiven.

### Christlich-ökumenisches Profil sehr wichtig

Für alle Verantwortlichen hat das christlich-ökumenische Profil des neuen Klinikums eine hohe Bedeutung. „Wir haben die caritativen und die diakonischen Wurzeln beider Partner übereinandergelegt und modernisiert“, sagt Rörig.

Zur BBT-Region Paderborn / Marsberg gehört neben dem Christlichen Klinikum Paderborn auch das St.-Marien-Hospital Marsberg mit 100 Betten. Zwei Bildungseinrichtungen mit insgesamt 900 Auszubildenden bieten Ausbildungsplätze für Pflegefachkräfte und Pflegeassistentinnen an, außerdem für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Zur BBT-Region Paderborn / Marsberg gehören darüber hinaus vier medizinische Versorgungszentren, ein Betriebsarztzentrum sowie der Krankenhauslogistiker paderlog.



## Der Name steht schon fest: Zentralklinik Ostfriesische Meere

---

BESTANDSSTANDORTE BEREITEN SICH AUF  
GEMEINSAME ZENTRALKLINIK VOR

---

*Im Dezember 2022 haben der Auricher Kreistag und der Emdener Rat die Fusion der beiden bisherigen Klinikgesellschaften Ubbo-Emmius-Klinik gGmbH und Klinikum Emden gGmbH mit der Trägergesellschaft Kliniken Aurich-Emden-Norden mbH beschlossen. In seiner Sitzung Ende März 2025 hat der Aufsichtsrat der Trägergesellschaft dann den neuen gemeinsamen Namen für die Klinikgesellschaften bestätigt, der bereits im Hinblick auf die Zentralklinik gewählt wurde. Ab 2026 firmieren die Kliniken in Aurich, Emden und Norden unter dem Namen „Zentralklinik Ostfriesische Meere gGmbH“.*

Im Mittelpunkt der Medizinstrategie der Zentralklinik Ostfriesische Meere steht die konsequente Umsetzung einer alle Bereiche übergreifenden Interdisziplinarität, Interprofessionalität und Intersektoralität. Die Fachdisziplinen, die für eine zukunftsgerechte Patientenversorgung zusammengehören, werden deshalb räumlich in direkte Beziehung zueinander gesetzt. So können immer komplexere

Krankheitsbilder effizient und umfassend diagnostiziert und therapiert werden. Damit ist die Zentralklinik die Antwort auf drängende Fragen der Gesundheitsversorgung der Zukunft: den Ärzte- und Pflegekräftemangel, die Steigerung der Spezialisierung, die notwendige Zentrenbildung sowie steigende Qualitätsanforderungen.

---

### Vorbereitung auf die Zentralklinik

Die Fusion der drei Gesellschaften ist wichtig, um den Betrieb an den Bestandsstandorten bereits jetzt auf die Zentralklinik vorzubereiten. Standortspezifische Abteilungs- und Klinikstrukturen, Bilanzen und auch Betriebsratsstrukturen werden zusammengeführt und zentralisiert, um perspektivisch mit eingespielten Prozessen umziehen zu können.

Mit dem gemeinsamen Namen geht eine neue, einheitliche Markenidentität einher. „Uns ist wichtig, dass der Name eine Strahlkraft

## Zentralklinik Ostfriesische Meere

Mit dem feierlichen Spatenstich im November 2024 fiel der Startschuss für die gemeinsame Zentralklinik des Landkreises Aurich und der Stadt Emden. Die neue Großklinik, die auf einem 36 Hektar großen Areal in Uthwerdum gebaut wird, soll 2029 ihren Betrieb aufnehmen und die stationäre Gesundheitsversorgung der Region nachhaltig auf hohem Niveau stärken. Mit der Zentralklinik Ostfriesische Meere entsteht ein Krankenhaus, das langfristig eine moderne Gesundheitsversorgung in Ostfriesland sichert und Raum für innovative Entwicklungen bietet, deren wichtigstes Ziel das Wohl der Menschen in der Region ist.

über die Region hinaus besitzt, die aber auf den attraktiven Werten Ostfrieslands beruht“, sagt Landrat Olaf Meinen, der zum Zeitpunkt der Entschlussfassung regelhaft den Vorsitz im Aufsichtsrat innehatte. Deshalb habe man sich für eine Kombination entschieden, die Qualität und Regionalität vereint und symbolisch für die Verbindung des Landkreises Aurich mit der Stadt Emden steht.

### Für erstklassige Versorgung in der Region

Namensgebend für die neue Gesellschaft ist das EU-Vogelschutzgebiet „Ostfriesische Meere“. Das Gebiet besteht aus den drei

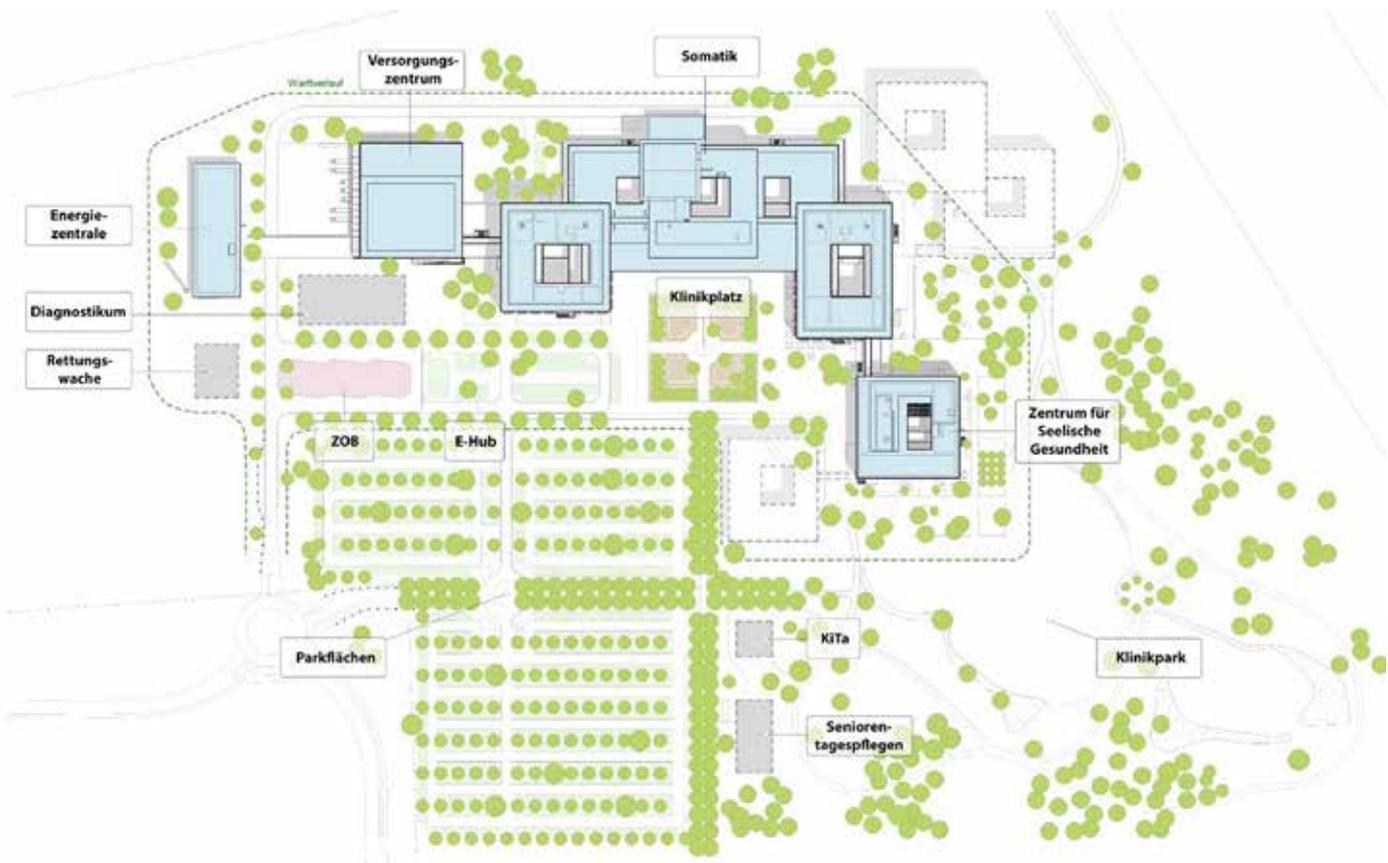
flachen Binnenseen Großes Meer, Hieve und Loppersumer Meer nordöstlich von Emden sowie einem Ausschnitt der umgebenden Niederung in den Ostfriesischen Marschen und der Geest. So liegt es zugleich auf dem Gebiet des Landkreises Aurich und auf dem Stadtgebiet Emdens. „Der Name symbolisiert die starke Verbindung zwischen Stadt Emden und Landkreis Aurich – eine Verbindung, die nicht nur geografisch, sondern auch in der Gesundheitsversorgung immer enger wird. Die Zentralklinik wird eine erstklassige Versorgung in der Region sichern und mit dem neuen Namen auch über die Grenzen Ostfrieslands hinaus für Aufmerksamkeit sorgen“, ergänzt Oberbürgermeister Tim Kruithoff, damals Vorsitzender der Gesellschafterversammlung. Während das Gebiet selbst mit seiner Natürlichkeit punktet, besticht der Name mit positiv



## Kliniken Aurich-Emden-Norden

Die Ubbo-Emmius-Klinik mit ihren Standorten in Aurich und Norden und das Klinikum Emden bilden einen starken Verbund für die Region Ostfriesland. Gemeinsam sichern sie die stationäre medizinische Versorgung für den Landkreis Aurich, die Stadt Emden und umliegende Gemeinden.

besetzten Begriffen: Ostfriesisch steht für eine gemütliche, norddeutsche Lebensart, während das Meer Sehnsuchtsort vieler potenzieller neuer Mitarbeiter ist. Als zentrale Klinik dieses Gebiets steht das neue Großkrankenhaus für Kompetenz, Leistung und Sicherheit. So schafft der neue Name Vertrauen und wirkt auch über die Grenzen der Region attraktiv.





Visualisierungen des Zentralklinikums

### Ministerbesuch auf der Baustelle

Der Niedersächsische Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi besuchte am 30. April 2025 das Baufeld der Zentralklinik Ostfriesische Meere, um sich einen Eindruck von den Projektfortschritten zu verschaffen. Er machte deutlich, dass die Bündelung der medizinischen Fachabteilungen in der neuen Zentralklinik der richtige Weg sei und auch einen erheblichen qualitativen Fortschritt für die Notfallversorgung der Region bedeute. „Indem alle medizinischen und personellen Ressourcen der bestehenden drei Kliniken an einem Ort konzentriert werden, können diese unverzüglich für das Wohl der Patienten eingesetzt werden“, so der Minister.

„Wir freuen uns über die große Unterstützung, die wir vom Land Niedersachsen und Minister Philippi erfahren“, betonte Geschäftsführer Dirk Balster der als langjähriger Berater und Geschäftsführer von großen Krankenhäusern die Konzentration der stationären Versorgungslandschaft als Erfolgsvoraussetzung für die Erhaltung einer guten, flächendeckenden Versorgung gerade auch im ländlichen Raum ansieht..

pb praxisberichte

Quelle: Trägergesellschaft Kliniken Aurich-Emden-Norden mbh



Dr. Roland Bantle,  
Sana-Cluster-Geschäftsführer  
Sachsen

## Neuer Medizinverbund für die Region im Leipziger Land

SANA KLINIKEN ÜBERNEHMEN MULDENTALKLINIKEN UND SCHAFFEN MEDIZINVERBUND FÜR DIE REGION

*Zum 2. Mai 2025 hat die Sana Kliniken AG die Muldentalkliniken-Gruppe mit den Standorten in Grimma und Wurzen sowie die Servicegesellschaft Muldental gGmbH und die Soziale Dienste Muldental gGmbH übernommen. Über 800 Mitarbeitende versorgen an den beiden Akutkliniken mit über 290 Planbetten und dem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) mit drei Standorten und zwölf Arztsitzen 43.000 Patientinnen und Patienten jährlich. Mit der Übernahme entsteht ein leistungsfähiger Medizinverbund im Landkreis Leipzig, der die vier Klinikstandorte in Borna, Zwenkau, Grimma und Wurzen verbindet und darüber hinaus langfristig sichert und weiterentwickelt.*

Alles in allem wird der Verbund zur wichtigsten Säule der Gesundheitsversorgung für rund 260.000 Menschen im Landkreis Leipzig. Gleichzeitig ist er mit rund 2.400 Mitarbeitenden einer der größten Arbeitgeber der Region.

### Sana auf Wachstumskurs

„Mit den Muldentalkliniken erhält die Sana-Familie weiteren Zuwachs in einem wichtigen Gesundheitscluster. Damit stärken wir unsere Idee einer regionenbezogenen vernetzten Gesundheitsversorgung in Sachsen und leisten gleichzeitig einen aktiven Beitrag zur Transformation der Krankenhauslandschaft in Deutschland“, betont Thomas Lemke, Vorstandsvorsitzender der Sana Kliniken AG. Auch im bundesweiten Verbund der Sana Kliniken AG markiert die Integration einen wichtigen Entwicklungsschritt: Der führende integrierte Gesundheitsdienstleister im deutschsprachigen Raum wächst durch die Integration der Muldentalkliniken auf nunmehr 48 Krankenhäuser und 58 Medizinische Versorgungszentren mit 562 Arztsitzen. Insgesamt arbeiten für den Gesundheitskonzern über 42.000 Mitarbeitende im deutschsprachigen Raum.

## Sana Kliniken Leipziger Land

Die Sana Kliniken Leipziger Land mit den beiden Klinikstandorten in Borna und Zwenkau, haben eine wertvolle und wichtige Aufgabe: die Behandlung, Pflege und Begleitung von Menschen zur Krankheitsbewältigung und Gesundheitsförderung. Ihr Leitbild schafft dafür den verbindlichen Orientierungsrahmen. Es richtet das Verhalten und Handeln der einzelnen Mitarbeiter auf das gemeinsame Angehen unserer Aufgaben und die Erreichung unserer Ziele aus. Alle Mitarbeiterinnen und jeder Mitarbeiter der Sana Kliniken Leipziger Land verpflichten sich, in Übereinstimmung mit diesen Werten und Grundsätzen zu handeln.

### Starke medizinische Struktur für die Region

Das Konzept des Medizinverbundes ermöglicht die Sicherung medizinischer Angebote an den Standorten und eröffnet neue Entwicklungsperspektiven. „Unsere gemeinsame Medizinstrategie verbindet die Bedarfe der Region mit den Herausforderungen der Krankenhausreform. Dazu gehören zum Beispiel Mindestfallzahlen, die Orientierung an künftigen Leistungsgruppen sowie neue Strukturvorgaben“, erklärt Dr. Roland Bantle, Sana-Cluster-Geschäftsführer Sachsen.

Die enge Verzahnung der Standorte ermöglicht ein umfassendes Angebot integraler Gesundheitsdienstleistungen – von der Vorsorge über die ambulante und stationäre Basisversorgung bis hin zur Schwerpunktmedizin und Rehabilitation. „Mit dieser Struktur richten wir unsere Standorte auf die Erfordernisse der Zukunft aus und nutzen die wirtschaftlichen und medizinischen Synergien des Sana-Konzerns“, so Bantle.

### Mehr Angebote und Perspektiven für die Region

Das Konzept des Medizinverbundes sieht unter anderem vor, die Altersmedizin auszubauen, die Notfallversorgung an beiden Standorten Grimma und Wurzen sicherzustellen, ambulante Angebote zu erweitern

und die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in das ganzheitliche Versorgungskonzept aktiv einzubinden. Zudem sind gemeinsame Ausbildungskonzepte sowie umfassende Weiterbildungsprogramme für das Personal geplant. „Darüber hinaus möchten wir mit einem attraktiven, familienorientierten Personalkonzept als großer Arbeitgeber der Region die Attraktivität des Landkreises Leipzig stärken“, erklärt Bantle.

Dr. Jens Schick, Vorstandsmitglied der Sana Kliniken AG, betont die Bedeutung des neuen Medizinverbundes: „Die Kliniken Leipziger Land sind bereits heute eine tragende Säule der medizinischen Versorgung im Landkreis Leipzig. Mit dem neuen Medizinverbund schaffen wir eine stabile Grundlage für den Ausbau einer hochwertigen Versorgung im ländlichen Raum.“

### Regionale Führung und Verankerung

Dr. Roland Bantle wird die Geschäftsführung des künftigen Medizinverbundes übernehmen. Seit 25 Jahren ist er als Klinik- und später

„UNSERE GEMEINSAME MEDIZINSTRATEGIE VERBINDET DIE BEDARFE DER REGION MIT DEN HERAUSFORDERUNGEN DER KRANKENHAUSREFORM. DAZU GEHÖREN ZUM BEISPIEL MINDESTFALLZAHLEN, DIE ORIENTIERUNG AN KÜNFTIGEN LEISTUNGSGRUPPEN SOWIE NEUE STRUKTURVORGABEN.“

DR. ROLAND BANTLE, SANA-CLUSTER-  
GESCHÄFTSFÜHRER SACHSEN

### Muldentalkliniken Unternehmensgruppe

Die Muldentalkliniken sind der zuverlässige Gesundheitspartner der Menschen und Kommunen im Landkreis Leipzig. Sie sichern rund um die Uhr die regionale Grund- und Regelversorgung. Darüber hinaus bieten die Muldentalkliniken anerkannte Spezialleistungen an, z. B. in der Hand- und Fußchirurgie. Zur Unternehmensgruppe gehören die beiden Krankenhäuser in Grimma und Wurzen, die Soziale Dienste Muldental gGmbH mit den MVZ in Colditz, Wurzen und Grimma sowie den Altenpflegeheimen in Wurzen und Brandis und dem ambulanten Pflegedienst. Der Landkreis Leipzig bleibt nach der Übernahme mit 10,1 Prozent weiterhin beteiligt.

Schloss Rochlitz im Muldental im Versorgungsgebiet der Muldentalkliniken und Sana Kliniken Leipziger Land.



Cluster-Geschäftsführer an den Standorten Borna, Zwenkau und an den weiteren sächsischen Sana-Kliniken tätig. In dieser Zeit hat er mit seinem Team beispielsweise das ehemalige Bergarbeiter-Krankenhaus in Borna sowie das Geriatriezentrum Zwenkau zu modernen Klinikstandorten entwickelt.

Dank seiner langjährigen Tätigkeit ist er auch mit der Historie der neu hinzukommenden Kliniken vertraut. Als Vorsitzender des Fachausschusses für Krankenhausfinanzierung der sächsischen Krankenhausgesellschaft bringt er umfassende Expertise in wirtschaftlichen und strukturellen Fragen des Krankenhauswesens mit. Seine enge Verbundenheit mit der Region sowie sein weitreichendes Netzwerk in der mitteldeutschen Gesundheitslandschaft sind wertvolle Faktoren für die zukünftige Entwicklung des Verbundes.

Bantle: „Herzstück dieses gesamten Prozesses sind natürlich die Menschen, die hier tagtäglich arbeiten. In meinen bisherigen Gesprächen habe ich ein motiviertes und engagiertes Team in der Muldentalkliniken-Gruppe kennengelernt. Nach den Herausforderungen der vergangenen Jahre ist es mir ein großes Anliegen, die Standorte, gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen, in eine erfolgreiche Zukunft zu führen.“ Der Fokus des Medizinverbundes liegt auf der langfristigen Standortsicherung sowie auf der Entwicklung passgenauer Konzepte im Rahmen der Krankenhausreform.



Im Juli 2024 überbrachte Sachsens Gesundheitsministerin Petra Köpping (vorn) an Krankenhausdirektorinnen und -direktoren der Region den Fördermittelbescheid über 1,5 Millionen Euro für die GRSWS.

## Kooperation ist der neue Wettbewerb

### GESUNDHEITSREGION IN SÜDWESTSACHSEN – EIN MODELL FÜR SELBSTBESTIMMTE KOOPERATION UNTER KRANKENHÄUSERN

*Südwestsachsen steht, wie viele andere Regionen auch, vor signifikanten Herausforderungen: demografischer Wandel, Fachkräftemangel, steigende Gesundheitskosten und die Notwendigkeit der Integration innovativer Technologien in die Patientenversorgung. Die demografische Entwicklung bis zum Jahr 2030 offenbart zudem in Bezug auf die Bevölkerungsdynamik signifikante Unterschiede zwischen urbanen Zentren wie Dresden und Leipzig einerseits und der Region Südwestsachsen andererseits, zu der die Landkreise Vogtland, Erzgebirge, Mittelsachsen, Zwickau sowie die kreisfreie Stadt Chemnitz gehören.*

Dies impliziert weitreichende Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung in der Region. Ein schrumpfender Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter führt zu einem verminderten Angebot an medizinischem Fachpersonal, während gleichzeitig eine alternde Bevölkerung den Bedarf an gesundheitlichen Leistungen erhöht. Die daraus resultierende Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage verschärft den Druck auf die

Gesundheitssysteme und erfordert innovative Lösungsansätze, um eine adäquate und qualitativ hochwertige Versorgung aufrechtzuerhalten.

Aus dieser Situation heraus hat die Geschäftsführung des Klinikums Chemnitz 2023 den Anstoß gegeben, eine Initiative zu gründen, in der die Krankenhäuser Südwestsachsens gemeinsam mit Akteuren des sächsischen Gesundheitswesens und der Landespolitik Strategien entwickeln, wie man passgenau für die Region die medizinische Versorgung unter den aktuellen und künftigen Rahmenbedingungen sicherstellen und weiterentwickeln kann. „Statt zu warten, dass uns die Bundesregierung im Rahmen der geplanten, dazumal aber noch völlig unkonkreten Gesundheitsreform, von Berlin aus vorschreibt, wie die Gesundheitsversorgung bei uns im ländlich geprägten Raum aussehen soll, wollten und wollen wir dies lieber selbst in die Hand nehmen, die neuen Strukturen selbstbestimmt aktiv gestalten“, sagt Martin Jonas, Kaufmännischer Geschäftsführer des Klinikums Chemnitz. „Dabei haben wir uns auf die sehr guten Erfahrungen aus der Corona-Zeit gestützt,

als alle Krankenhäuser der Region unabhängig von der Trägerschaft zusammengearbeitet haben, um gemeinsam vor allem schwerkranke COVID-19-Patienten bestmöglich zu versorgen und einander zu entlasten.“ „Kooperation ist der neue Wettbewerb war das Motto des Zusammenschlusses von Anfang an“, ergänzt Prof. Dr. Martin Wolz, Medizinischer Geschäftsführer am Klinikum Chemnitz. „Wir wollen gemeinsam mit allen Partnern in der Region unsere Kompetenzen zum Wohl unserer Patientinnen und Patienten bündeln.“

STATT ZU WARTEN, DASS UNS DIE BUNDESREGIERUNG IM RAHMEN DER GEPLANTEN, DAZUMAL ABER NOCH VÖLLIG UNKONKRETEN GESUNDHEITSREFORM, VON BERLIN AUS VORSCHREIBT, WIE DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG BEI UNS IM LÄNDLICH GEPRÄGTEN RAUM AUSSEHEN SOLL, WOLLTEN WIR UND WOLLEN WIR DIES LIEBER SELBST IN DIE HAND NEHMEN, DIE NEUEN STRUKTUREN SELBSTBESTIMMT AKTIV GESTALTEN.“

MARTIN JONAS, KAUFMÄNNISCHER GESCHÄFTSFÜHRER DES KLINIKUMS CHEMNITZ

### Aus Initiative wird gefördertes Modellvorhaben

Zum 1. August 2024 wurde die Initiative zum Modellvorhaben Gesundheitsregion Südwestsachsen (GRSWS), das vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Gesellschaftlichen Zusammenhalt für eine Laufzeit von 28 Monaten mit rund 1,5 Millionen Euro gefördert wird. Bis Dezember 2026 soll im Kontext der Krankenhausreform die Gesundheitsregion Südwestsachsen entwickelt und evaluiert werden, um eine bedarfsgerechte, qualitätsorientierte und flächendeckende Versorgung sicherzustellen unter Einbeziehung der Leistungsgruppen sowie träger- und sektorenübergreifender Kooperation inklusive telemedizinischer Vernetzung.

Koordiniert wird dies über die Regionalgeschäftsstelle unter der Leitung von Henriette Auerswald und der Projektkoordinatorin Konstanze Illig. Erst kürzlich sind der Weiterbildungsverbund Hausärzte für Chemnitz und die Initiative Neue Gesundheit Chemnitz mit der GRSWS verschmolzen. Damit wurden Kompetenz und Netzwerke

zur Gewinnung von ärztlichen Nachwuchskräften unter einem Dach zusammengeführt. Ellen Gray betreut seit 1. Juli im GRSWS-Team diesen Bereich, um das Know-how in der Gewinnung von Fachkräften und Praxisnachfolgern für ganz Südwestsachsen einzusetzen und beispielsweise Kooperationen mit den Weiterbildungsverbänden in der Region auszubauen.

Aktuell gehören der GRSWS 20 Krankenhäuser in Südwestsachsen sowie Vertreter von Krankenkassen, der Krankenhausgesellschaft Sachsen, der Sächsischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen an. Die Arbeit des Netzwerks ruht auf zwei Säulen: Säule eins ist das geförderte Modellvorhaben und Säule zwei sind die Arbeitsgruppen. Diese beschäftigen sich mit den Handlungsfeldern Patientenfokussierung, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Sekundär- und Tertiärdienstleistungen und das Nachhaltigkeitsmanagement. Die Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer oder deren Vertreter treffen sich regelmäßig in größeren Abständen zum Austausch.

### Tool für regionale Versorgungsplanung schaffen

Das Kernstück des Modellvorhabens ist die Entwicklung einer regionsbezogenen relationalen Datenbank der Leistungsgruppenbeschreibungen und das Mapping der Leistungsgruppen auf aktuelle Fallzahlen (Daten gemäß § 21 KHEntgG) – die Darstellung der aktuellen Versorgungsbedarfe ist essentiell, um eine langfristige, evidenzbasierte stationäre Versorgungsplanung zu gewährleisten. Die Verfügbarmachung des Mappings in Form eines Dashboards kann als Instrument zur Lenkung der Patient:innenströme für die stationäre Versorgungsplanung in Südwestsachsen dienen

und die Ableitung von Personalbestand und -bedarf sowie dessen vorrausschauende Planung unterstützen.

Zudem werden Interviews mit den Experten – das sind die Geschäftsführungen der Kliniken sowie weitere Partner – durchgeführt, um den Status Quo, die (zukünftigen) Herausforderungen und mögliche Lösungsansätze zu thematisieren, um auch zukünftig eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung in der Region gewährleisten zu können. Die Ergebnisse der Interviews bilden die Basis der Workshops, in denen die Partner der GRSWS gemeinschaftlich Ziele für die zukünftige stationäre Versorgung priorisieren und implementieren.

Der Use Case Onkologie dient als Blaupause für andere Entitäten und forciert die Optimierung der onkologischen Versorgung am Mammarzinom. Die wissenschaftliche Begleitung

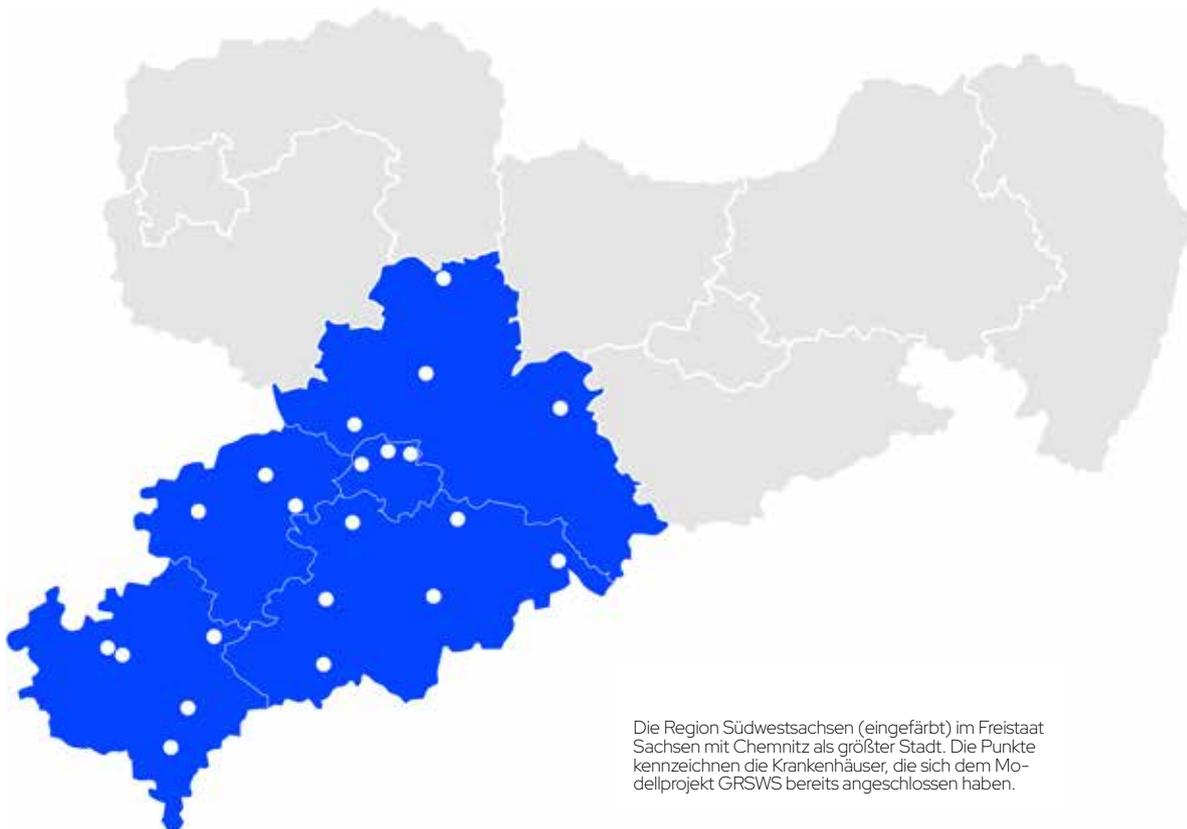
des Projektes übernehmen die wissenschaftliche Mitarbeiterin Linda Förster und das Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV), Zweigstelle am Medizincampus Chemnitz der Technischen Universität Dresden.

„ALLEM VORAN MÖCHTE ICH DAS WACHSENDE VERTRAUEN IN DER GESUNDHEITSREGION NENNEN. DASS KRANKENHAUSGESCHÄFTSFÜHRER ALLER TRÄGER REGELMÄSSIG ZUSAMMENSITZEN, OFFEN SPRECHEN UND AN GEMEINSAMEN PROJEKTEN ARBEITEN, IST NICHT SELBSTVERSTÄNDLICH UND KAUM HOCH GENUG EINZUSCHÄTZEN.“

HENRIETTE AUERSWALD, GESCHÄFTSSTELLENLEITERIN

### Wachsendes Vertrauen zwischen Krankenhauschefs

Erste Ergebnisse gibt es bereits in den Arbeitsgruppen. „Allem voran möchte ich das wachsende Vertrauen in der Gesundheitsregion nennen“, sagt die Geschäftsstellenleiterin Henriette Auerswald. „Dass



Karte: Klinikum Chemnitz



Regionalmanagerin Henriette Auerswald (rechts) und Projektmanagerin Konstanze Illig bilden seit 1. September 2024 die Geschäftsstelle der GRSWS.

Krankenhausgeschäftsführer aller Träger regelmäßig zusammensitzen, offen sprechen und an gemeinsamen Projekten arbeiten, ist nicht selbstverständlich und kaum hoch genug einzuschätzen.“ Es sei zu spüren, dass man nicht zusammenarbeiten müsse, sondern wolle. Und die einzelnen Häuser profitieren ganz konkret, weil jetzt Kooperationen – zum Beispiel beim gemeinsamen Einkauf oder bei Apothekenversorgung oder Pathologieleistungen – leichter werden. „Man kennt sich ja schon und weiß, wer wen wobei unterstützen kann“, so Auerswald weiter.

Konkret wurden schon Daten erhoben und miteinander verglichen. Die erste Umfrage galt der Notfallversorgung, explizit um zu analysieren, wie die Notaufnahmen nachts frequentiert sind. Außerdem wurde erfragt, welches Haus welche Leistungsgruppen beantragt hat. Diese wurde erweitert um die Frage, welche Kooperationen die Häuser für welche

Leistungsgruppen benötigen, damit alle einen Überblick über die aktuelle Situation in der Region bekommen. Um die stark nachgefragten radiologischen Leistungen sicher, stabil und rund um die Uhr für alle Häuser anbieten zu können, werden derzeit verschiedene Arten von Verbänden diskutiert, also eher ein Netzwerk statt vieler kleinerer Kooperationen.

Ein großes Thema ist die ärztliche Weiterbildung. Wenn mit Einführung der Leistungsgruppen 2026 als Folge der Gesundheitsreform nicht mehr alle Krankenhäuser alle Fachbereiche abdecken, verlieren manche unter Umständen Weiterbildungsermächtigungen. Um die gesetzlich vorgeschriebene Rotation weiterhin stabil und rechtssicher abbilden zu können, soll in Südwestsachsen ein digitales Rotationstool etabliert werden, welches das bisherige händisch geführte System ablöst.

„Die Herausforderungen in unserem Teil Sachsens sind groß. Aber das ermöglicht uns auch, etwas auszuprobieren“, sagt Regionalmanagerin Henriette Auerswald. „Es gibt keine Blaupause, kein Vorbild für die Zukunft unserer Krankenhauslandschaft. Wir entwickeln alles, was wir vor Ort für eine gesicherte Gesundheitsversorgung brauchen, miteinander selbst. Damit ist sicher, dass die neuen Strukturen

halten und von allen getragen werden.“

*Klinikum Chemnitz*

„ES GIBT KEINE BLAUPAUSE, KEIN VORBILD FÜR DIE ZUKUNFT UNSERER KRANKENHAUSLANDSCHAFT. WIR ENTWICKELN ALLES, WAS WIR VOR ORT FÜR EINE GESICHERTE GESUNDHEITSVERSORGUNG BRAUCHEN, MITEINANDER SELBST. DAMIT IST SICHER, DASS DIE NEUEN STRUKTUREN HALTEN UND VON ALLEN GETRAGEN WERDEN.“

*HENRIETTE AUERSWALD, REGIONALMANAGERIN*

## Modellprojekt Gesundheitsregion Südwestsachsen in Kürze

Das Modellprojekt Gesundheitsregion Südwestsachsen ist ein Kooperationsverbund von derzeit 20 Krankenhäusern in Südwestsachsen sowie Akteuren aus dem Gesundheitswesen wie Krankenkassen, der Krankenhausgesellschaft Sachsen, der Sächsischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen. Es ging aus einer Initiative von Krankenhäusern hervor, um selbstständig und unter Beachtung regionaler Besonderheiten die Kooperation untereinander im Sinne der medizinischen Versorgungssicherheit zu stärken.

Mit der Vernetzung sollen unter anderem die Entwicklung gemeinsamer Behandlungsstandards, bedarfsgerechte und transsektorale Versorgungskonzepte für die Region sowie die Gewinnung und Bindung von Fachkräften gewährleistet werden. Die Arbeit der Gesundheitsregion Südwestsachsen fußt auf dem Sächsischen Krankenhausgesetz (SächsKHG), in dem die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander, aber auch mit allen anderen Leistungserbringern der gesundheitlichen Versorgung stärker in den Vordergrund gerückt und in Paragraph 22 eine Regelung zur Förderung von Modellvorhaben (insbesondere zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen) eingeführt wurde.

Südwestsachsen hat knapp 1,4 Millionen Einwohner, umgerechnet 382 Einwohner pro Quadratkilometer. Im Vergleich zu den Regionen Ostsachsen – unter der Koordination des Universitätsklinikums Dresden – und Nordsachsen – Koordination Universitätsklinikum Leipzig – ist Südwestsachsen am dünnsten besiedelt und stark ländlich geprägt.

### Die beteiligten Krankenhäuser sind:

- DIAKOMED - Diakoniekrankenhaus Chemnitzer Land gGmbH Hartmannsdorf
- DRK Gemeinnützige Krankenhaus GmbH Sachsen mit dem DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein und dem DRK Krankenhaus Lichtenstein
- Erzgebirgsklinikum mit den Häusern Annaberg, Olbernhau, Stollberg, Zschopau
- Fachklinik Bethanien Hochweitzschen
- Helios Klinikum Aue
- Helios Klinikum Plauen
- Klinikum Bethanien Plauen
- Klinikum Chemnitz
- Kliniken Erlabrunn
- Klinikum Obergöltzsch Rodewisch
- Kreiskrankenhaus Freiberg
- Landkreis Mittweida Krankenhaus
- Paracelsus Kliniken Adorf/Schöneck
- Pleißental-Klinik Werdau
- Rudolf Virchow Klinikum Glauchau
- Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz



Vorplatz Grafenstraße 9 - Haupteingang ins Klinikum und in die Zentrale Notaufnahme

## Konzepte für morgen: Krankenhaus-Versorgung in Darmstadt neu denken

---

MEDIZINISCHES KONZEPT FÜR DIE GEPLANTE HOLDING DES KLINIKUMS  
DARMSTADT UND DES AGAPLESION ELISABETHENSTIFTS  
NIMMT GESTALT AN

---

*Die Wissenschaftsstadt Darmstadt und die AGAPLESION gAG planen vor dem Hintergrund der Krankenhausstrukturreform eine Kooperation von Klinikum Darmstadt und AGAPLESION ELISABETHENSTIFT. Unter dem Dach einer neuen Holding soll aus den beiden Darmstädter Krankenhäusern ein gemeinsames neues Krankenhaus an den beiden Traditions-Standorten entwickelt werden. Die Vertragsverhandlungen sind an einem entscheidenden Punkt.*

Für die Realisierung der Holding sind finanzielle Mittel vor allem für Baumaßnahmen zwingend erforderlich: Nur dann kann aus zwei eigenständigen Krankenhäusern ein neues Krankenhaus mit zwei Standorten entwickelt, können Synergien gehoben und Verbesserungen in der Versorgung erreicht werden. Das Hessische Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit

und Pflege ist intensiv in die Planungen eingebunden und befürwortet das Vorhaben.

„Grundlage der Förderanträge ist die Aufstellung eines medizinischen Konzeptes für das neue Krankenhaus in Darmstadt, das damit Gestalt annimmt“, sagt der Aufsichtsratsvorsitzende der Klinikum Darmstadt GmbH und Klinikdezernent André Schellenberg. „Klar ist, dass wir als Trägerin eines kommunalen Krankenhauses aufgrund der Haushaltslage und der nicht auskömmlichen dualen Krankenhausfinanzierung nicht in der Lage sind, anstehende Baumaßnahmen zu finanzieren. Deshalb ist die Bewilligung von Fördermitteln durch das Land in Abstimmung mit den Kostenträgern sowie durch das für den Strukturfonds zuständige Bundesamt für Soziale Sicherung notwendig. Wenn diese nicht kommen, dann können wir die geplante Holding nicht gründen.“

## Klinikum Darmstadt GmbH

Das Klinikum Darmstadt ist der kommunale Maximalversorger in Südhessen und hier das einzige Krankenhaus der umfassenden Notfallversorgung. Ende 2020 wurde ein zentraler Neubau mit 1000 modernen Betten in komfortablen Stationen in Betrieb genommen. Es werden 3.500 Mitarbeitende beschäftigt. Das Krankenhaus zeichnet sich durch eine moderne Medizintechnik, weitgehende Digitalisierung, ein umfassendes Qualitätsmanagement, zahlreiche Zertifizierungen und eine breit aufgestellte, hervorragende Krankenhaushygiene aus. Es gibt vier Intensivstationen, eine IMC, 25 OP-Säle, 22 Kliniken und Institute. Das Klinikum ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Frankfurt und Mannheim/Heidelberg und für Pflege in Kooperation mit der FOM Hochschule. Zur GmbH gehören MVZ, ein Altenpflege- und ein Wohnheim sowie Servicegesellschaften.

„Unser Vorhaben hat Modellcharakter. Wir möchten dadurch die medizinische Versorgung der Darmstädter Bürgerinnen und Bürger und auch aus der gesamten Region auf ein neues Niveau bringen“, sagt Dr. Markus Horneber, Vorstandsvorsitzender der AGAPLESION gAG. „Das Medizinische Konzept zeigt auf, wie wir die Versorgungsqualität für die Bürgerinnen und Bürger nachhaltig verbessern möchten. Die Projektgruppe hat dafür ein ausdifferenziertes und breit aufgestelltes medizinisches Leistungsangebot erarbeitet – von hochkomplexer Intensivmedizin bis hin zu ambulanten Eingriffen und Hybrid-Leistungen. Am Ende des Entwicklungsprozesses steht ein leistungsstarker Maximalversorger mit hervorragenden Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten. So sind wir für alle bestehenden und künftigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein sehr attraktiver Arbeitgeber“, ergänzt Horneber.

### Eckpunkte des Medizinischen Konzepts

Am Standort Elisabethenstift wird der Fokus auf elektive somatische Behandlungen gelegt. Zukünftig sollen ambulante Operationen dort stattfinden, Geriatrie und Orthopädie

„UNSER VORHABEN HAT MODELLCHARAKTER. WIR MÖCHTEN DADURCH DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG DER DARMSTÄDTER BÜRGERINNEN UND BÜRGER UND AUCH AUS DER GESAMTEN REGION AUF EIN NEUES NIVEAU BRINGEN.“

DR. MARKUS HIORNEBER, VORSTANDSVORSITZENDER DER AGAPLESION gAG

verbleiben. Die Augen- und die Hautklinik des Klinikums Darmstadt wechseln dorthin. Zudem wird die Psychosomatik des Klinikums Darmstadt künftig die psychiatrische Klinik am Standort Elisabethenstift komplettieren. An den Standort des Klinikums wechseln die Innere Medizin, die Kardiologie, die Gastroenterologie sowie die stationäre Viszeral- und Unfallchirurgie. Die Notaufnahme des Klinikums Darmstadt wird erweitert und gestärkt.

Blick in die zwei Schockräume der Zentralen Notaufnahme





Das AGEPLESION ELISABETHENSTIFT in Darmstadt

All dies macht umfangreiche bauliche Maßnahmen notwendig, die 2027 beginnen und voraussichtlich vier Jahre dauern werden. Die Rochade startet mit Baumaßnahmen, die zur Zusammenführung aller Intensivstationen zu einem Intensivmedizinischen Zentrum mit 63 Betten am Standort Grafenstraße führen. Diese ersten Umzüge und Zusammenlegungen sind vorsichtig optimistisch für 2028 vorgesehen.

„Jetzt wird deutlich, dass es für einige Teams in den nächsten Jahren räumliche Veränderungen geben wird, auch wenn unsere Standorte nah beieinander liegen. Ziel ist es, alle Mitarbeitenden auf dem Weg zu halten und mitzunehmen. Wir brauchen alle Fachkräfte an Bord“, sagt der Sprecher der Geschäftsführung des Klinikums Darmstadt, Clemens Maurer. „Diese lange Zeitspanne werden wir nutzen, damit wir bereits als ein Team zusammenwachsen, bevor sich räumliche Änderungen ergeben. So sollen sich die Mitarbeitenden frühzeitig kennenlernen können, um gemeinsam neue Profile zu entwickeln.“

Michael Nowotny, Geschäftsführer des AGEPLESION ELISABETHENSTIFT, ergänzt: „Wir wissen, dass Veränderungen Unsicherheiten

und Ängste auslösen. Diese nehmen wir sehr ernst. Der Prozess des Zusammenschlusses wird begleitet werden von einem umfangreichen und transparenten Change-Management, das die Veränderung systematisch plant, steuert und umsetzt, damit der Zusammenschluss gelingt und erfolgreich wird.“

Die Gesellschafter sind mit Blick auf den Krankenhaus- und Gesundheitsmarkt sicher, dass der Zusammenschluss der richtige Weg ist, allen Mitarbeitenden mehr Sicherheit, langfristige Arbeitsplätze und gute Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb eines Unternehmens zu gewährleisten. „Wir können mit dem medizinischen Konzept medizinische Leistungen in Darmstadt halten – Stichwort Mindestmengen – und neue medizinische Angebote etablieren – Stichwort Neurologische Früh-Reha Phase B. Damit erhalten wir eine wohnortnahe medizinische Versorgung“, sagt Dr. Jörg Noetzel, Medizinischer Geschäftsführer des Klinikums Darmstadt.

---

### Kultur-Team gegründet

Ein neu gegründetes Kultur-Team nimmt gerade die Arbeit auf. Es setzt sich intensiv mit dem

## AGAPLESION ELISABETHENSTIFT

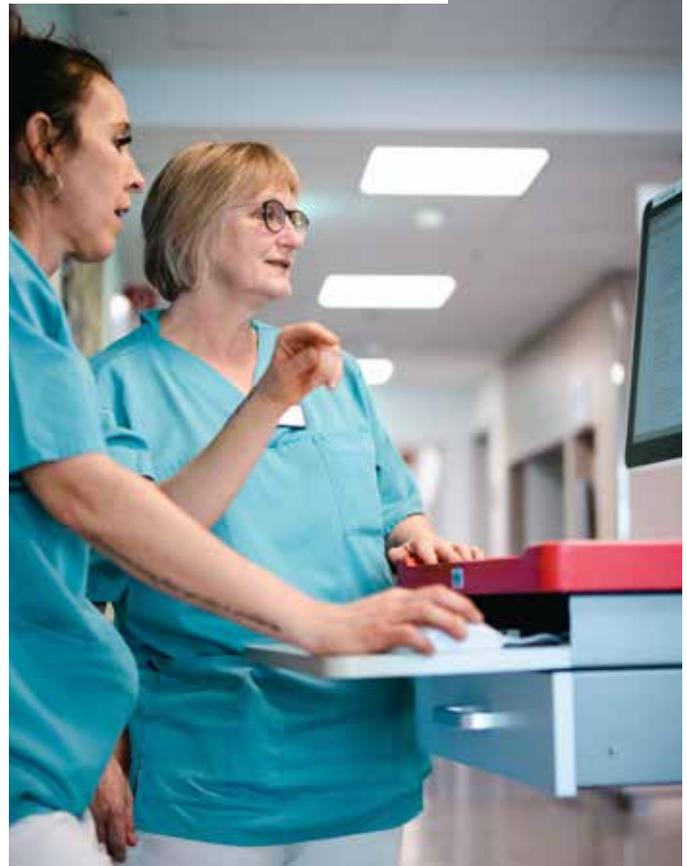
Das AGAPLESION ELISABETHENSTIFT verbindet Spitzenmedizin mit der menschlichen Zuwendung zum Patienten in der Tradition christlicher Nächstenliebe auf hervorragende Weise. Es ist mit seinen über 400 Betten das zweitgrößte Krankenhaus in Darmstadt und nach den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2015 sowie dem Qualitätssiegel Geriatrie zertifiziert. Auf seinem Campus bietet es ein zusätzliches Leistungsspektrum an, das in dieser Form einmalig ist – von WOHNEN & PFLEGEN, über die stationäre und ambulante Versorgung bis hin zum ELISABETHEN-HOSPIZ. Das AGAPLESION ELISABETHENSTIFT ist Gründungsmitglied des bundesweiten AGAPLESION-Konzerns, zu dem christliche Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen sowie Ausbildungsstätten gehören. Es ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Goethe-Universität Frankfurt am Main.

AGAPLESION ELISABETHENSTIFT –  
Mitarbeiterinnen

Zusammengehen und der Entwicklung einer gemeinsamen Unternehmenskultur auseinander und soll eine innovative, zeitgemäße Lösung finden. Lösungen braucht es auch noch in der für Mitarbeitende so wichtigen Frage der Lohnangleichung. Gearbeitet wird derzeit auch mit Hochdruck an der Ausgestaltung der Gesellschafterverträge.

Beide Partner streben die Gründung der Holding zum 1. Januar 2026 an. Zuvor stehen in diesem besonderen Verfahren noch wichtige Gremienentscheidungen an. Beide Gesellschafter und die Geschäftsführungen der zwei Darmstädter Krankenhäuser haben vereinbart, alle Mitarbeitende engmaschig über den jeweils aktuellen Stand des Projektes zu informieren und dazu in den Austausch zu gehen. Die gemeinsamen Sprechstunden, bei denen alle Mitarbeitende Fragen stellen und Sorgen platzieren können, werden an beiden Standorten intensiviert.

Das Zielbild steht: Durch die Kooperation der beiden Darmstädter Krankenhäuser entsteht ein zukunftsfähiges und leistungsstarkes



medizinisches Angebot, das die Versorgung der Menschen in der Region Südhessen nachhaltig verbessert.



Verhandlungskommission  
Gesundheitsstandort Soest

## Fusion unter Dach und Fach

STARK IN DER REGION – GROSSE KOMPETENZEN IM VERBUND

*Ein bedeutender Schritt für die medizinische Versorgung in der Region ist vollzogen: Am 12. Juni dieses Jahres wurden die finalen Verträge zur Fusion von Klinikum Stadt Soest und Marienkrankenhaus Soest unterzeichnet und notariell beurkundet. Inzwischen ist die Fusion der beiden Soester Krankenhäuser vollzogen: Aus dem Marienkrankenhaus Soest und dem Klinikum Stadt Soest wurde das Christliche Klinikum Soest (CKS). Zentralisierungen von medizinischen Angeboten werden ab Herbst erfolgen.*

Mit der Eintragung ins Handelsregister, wurden die Häuser umbenannt in das „Christliche Klinikum Soest“ (CKS) mit den beiden Standorten West (ehemals Klinikum Stadt Soest) und Mitte (ehemals Marienkrankenhaus). Gleichzeitig rückt das CKS unter das Dach des Katholischen Hospitalverbunds Hellweg, zu dem auch das Christliche Klinikum Unna und das Mariannen-Hospital Werl sowie weitere Pflegeeinrichtungen, eine Servicegesellschaft und 15 MVZ-Praxen gehören. Während der Hospitalverbund rund 61 Prozent der Gesellschaftsanteile hält, bleibt die Stadt Soest mit rund 39 Prozent am CKS beteiligt.

„Wir freuen uns sehr, dass wir diesen Zusammenschluss so schnell und partnerschaftlich umsetzen konnten. Unser besonderer Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die diesen Prozess mit viel Engagement, Offenheit und Teamgeist begleiten. Sie sind der Herzschlag unseres neuen gemeinsamen Hauses und entscheidend für dessen Erfolg“, sind sich Christian Larisch, Geschäftsführer des Katholischen Hospitalverbunds Hellweg und Christian Schug, Geschäftsführer des Klinikum Stadt Soest, einig.

Mit der Entstehung des Christlichen Klinikums Soest wird die medizinische Versorgung in und um Soest langfristig gesichert und weiter verbessert. Durch die Bündelung von Kompetenzen und Ressourcen können Synergien genutzt und die Patientenversorgung auf hohem Niveau nachhaltig gewährleistet werden.

In einem ersten Schritt wurde bereits die Gefäßmedizin am Standort Mitte zentriert. In den kommenden Wochen werden weitere Fachabteilungen zusammengeführt: die Kliniken für Kardiologie und Viszeralchirurgie im Standort Mitte, die Unfallchirurgie und

### Katholischer Hospitalverbund Hellweg

Von der ambulanten Versorgung über die komplexe Krankenhausbehandlung bis zum Wohnen und der pflegerischen Betreuung im Alter bieten die Mitarbeitenden und die Einrichtungen im Katholischen Hospitalverbund Hellweg Hilfen in nahezu allen Lebenssituationen an. Neben den drei Krankenhäusern in Soest, Werl und Unna gehören zwei Wohn- und Pflegeheime, ein Hospiz, eine Servicegesellschaft für Logistik und zentrale Dienste, eine große Schule für Gesundheitsberufe sowie medizinische Versorgungszentren zum Hospitalverbund.

Orthopädie einschließlich der Endoprothetik sowie die Wirbelsäulenchirurgie im Standort West. Die Allgemeine Innere Klinik und Gastroenterologie werden weiterhin an beiden Standorten bestehen bleiben. Die aktuellen Versorgungsaufträge der weiteren, hier nicht explizit aufgeführten klinischen Abteilungen, bleiben bestehen. Dies umfasst beispielsweise die Pneumologie und Thoraxchirurgie am CKS Mitte sowie die Kinderheilkunde, Frauenklinik, Neurologie und Geriatrie am CKS West.

Langfristig soll der Standort West am Senator-Schwartz-Ring weiter ausgebaut werden, um dann schließlich alle Leistungen dort unter einem Dach zu bündeln. Dafür wurde bereits ein Förderantrag beim Land Nordrhein-Westfalen gestellt.

*Katholischer Hospitalverbund Hellweg*





Krankenhaus Seelow wird Gesundheitscampus

## Ort der regionalen Gesundheitsversorgung

### DAS KRANKENHAUS SEELOW WIRD ZUM SEKTORENÜBERGREIFENDEN GESUNDHEITSCAMPUS ENTWICKELT

*In den nächsten vier Jahren entwickelt sich das Krankenhaus Seelow weiter zu einem Gesundheitscampus als zentraler Anlaufpunkt für die Bürgerinnen und Bürger. Neben einem Krankenhaus der Grundversorgung wird es ein umfassendes Angebot an ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen geben.*

Mit der Weiterentwicklung des medizinischen Standortes Seelow wollen das Krankenhaus Seelow, die Partner der IGiB – Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg GmbH und das Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Brandenburg mit Blick in die Zukunft eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte medizinische Versorgung für die Bevölkerung sicherstellen.

Konkret sollen dazu bestehende stationäre und ambulante Strukturen sinnvoll miteinander verbunden werden. Auf diese Weise werden vorhandene personelle, diagnostische und

finanzielle Ressourcen effektiv genutzt und der tatsächliche Bedarf an medizinischen Leistungen in der Region gedeckt.

Das bereits bestehende Angebot an ambulanten Leistungen wird erweitert und nach und nach um eine Physiotherapie, eine Apotheke, ein Sanitätshaus sowie Beratungs- und Koordinierungsleistungen ergänzt. Damit Seelow nach den Vorgaben der Krankenhausreform weiter die Mindestvoraussetzungen für ein Krankenhaus der Grundversorgung erfüllt, bleiben nicht nur die Innere Medizin und die Notfallversorgung erhalten, sondern auch die Allgemein- und Unfallchirurgie. Den Vorgaben der Krankenhausreform folgend werden am Standort in Seelow vermehrt ambulante chirurgische Eingriffe ausgeführt.

An der Schnittstelle zwischen ambulant und stationär wird eine sogenannte Überwachungseinheit etabliert, wo die Patientinnen und Patienten über einen Zeitraum von bis zu

## Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH

Die Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH bietet mit den drei Krankenhausstandorten Strausberg, Wriezen und Seelow, der Rehaklinik in Bad Freienwalde sowie den MVZ-Praxen in Strausberg, Wriezen, Bad Freienwalde, Hönow und Seelow als regionaler Krankenhaus-Verbund in öffentlicher Trägerschaft eine umfassende Versorgung auf höchstem medizinischem und pflegerischem Niveau für die Menschen der Region. Das Krankenhaus Seelow ist eine eigenständige GmbH und hundertprozentige Tochter der Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH.

24 Stunden beobachtet werden können, ohne dafür stationär aufgenommen zu werden. Auch eine Kurzzeitpflegestation wird es zukünftig geben. Dort werden Patientinnen und Patienten betreut, die vorübergehend Pflege benötigen – etwa im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Perspektivisch sollen moderne Telemedizinlösungen der Bevölkerung den Zugang zu weiteren medizinischen Angeboten erleichtern. Ein Weiterbildungsnetzwerk ist ebenfalls Teil des Campus-Konzepts.

### Neue Konzepte für Landkrankenhäuser der Grundversorgung

„Gesundheit gemeinsam gestalten – das ist unser Ansatz. Und Seelow ist dafür ein Musterbeispiel. Für die medizinische Versorgung in ländlichen Regionen mit einer geringen Bevölkerungsdichte brauchen wir neue Konzepte. Seelow zeigt, dass es dank guter Kooperationen und der sektorübergreifenden Arbeit auch in Zukunft in allen Landesteilen wohnortnahe Angebote für die Menschen geben wird. Das Krankenhaus wird in ein ambulant-stationäres Zentrum umgewandelt. Bestehende stationäre und ambulante Strukturen werden miteinander verzahnt – ein gutes Beispiel eines ‚stambulanten‘ Modells. Wir benötigen genau solche passgenauen und bedarfsgerechten innovativen Lösungen, wie die Partner des Projektes ‚Gesundheitscampus Seelow‘ sie jetzt gemeinsam entwickelt haben und schrittweise etablieren wollen. Landkrankenhäuser

der Grundversorgung bleiben als Ankerpunkte für die Akut- und Notfallversorgung wichtige Standorte“, sagt Gesundheitsministerin Britta Müller.

„Wir begeben uns nach dem Erwerb dieses Standortes im Jahr 2021 auf einen neuen Weg. Mein Dank gilt der Landespolitik und der zuständigen Ministerin sowie den Krankenkassen. Ihr Bekenntnis zum Krankenhaus Seelow ist eine wichtige Voraussetzung für die Neuprofilierung des Standortes“, so Landrat Gernot Schmidt.

Katja Thielemann, Geschäftsführerin des Krankenhauses Märkisch-Oderland und des Krankenhauses Seelow, betont: „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. Mit dem Verbleib des Krankenhauses wird die Gesundheitsversorgung in der Region gesichert.“

### Partner benötigen mehr Gestaltungsfreiheit für die regionale Versorgung

In der IGiB haben sich die beiden Krankenkassen AOK Nordost und IKK Brandenburg und Berlin mit der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg zusammengeschlossen, um gemeinsam

„SEELOW ZEIGT, DASS ES DANK GUTER KOOPERATION UND DER SEKTORENÜBERGREIFENDEN ARBEIT AUCH IN ZUKUNFT IN ALLEN LANDESTEILEN WOHNORTNAHE ANGEBOTE FÜR DIE MENSCHEN GEBEN WIRD. DAS KRANKENHAUS WIRD IN EIN AMBULANT-STATIONÄRES ZENTRUM UMGEWANDELT.“

BRITTA MÜLLER, GESUNDHEITSMINISTERIN BRANDENBURGS

Projekte zu entwickeln und umzusetzen, die Brandenburg in der

Gesundheitsversorgung zukunftsfest machen sollen. Aus Sicht der IGiB-Partner werden mit der Umwandlung von Landkrankenhäusern der Grundversorgung die vorhandenen medizinischen, personellen, räumlichen und diagnostischen Ressourcen optimal genutzt. Für solche Projekte ist es jedoch wichtig, den Partnern in der Region den notwendigen gestalterischen und finanziellen Spielraum zu geben.

Catrin Steiniger, Vorstandsvorsitzende der KVBB: „Die KVBB unterstützt das Ziel, ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen miteinander zu verknüpfen. Das wird die Versorgung in der Region nachhaltig stärken. Voraussetzung ist allerdings eine verlässliche und ergänzende Finanzierung.“

Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost: „Wir wollen eine Gesundheitsversorgung, die zur Bevölkerung passt. Und deren Bedarfe sind von Region zu Region verschieden. Deshalb ist es wichtig, schon bei der Planung genau hinzuschauen, was wirklich gebraucht wird und die Versorgung vom Patienten her zu denken und zu gestalten. Aber

eines haben die Menschen in jeder Region gemeinsam. Sie

wünschen sich eine sichere, ganzheitliche und nahtlose Gesundheitsversorgung. Genau die wollen wir in den kommenden vier Jahren in Seelow aufbauen.“

Frank Meier, Vorstandsvorsitzender der IKK Brandenburg und Berlin: „Als regionale Krankenkasse liegt uns die Gesundheit der Menschen in der Region am Herzen. Deshalb begrüßen wir es sehr, dass das Krankenhaus Seelow zu einem modernen Gesundheitscampus weiterentwickelt wird. Dieses Projekt zeigt, wie mit Herzblut, Zusammenarbeit und innovativen Ideen eine wohnortnahe und zukunftssichere Versorgung auch in ländlichen Regionen möglich ist. Wir freuen uns, gemeinsam mit allen Partnern einen Beitrag für eine moderne, verlässliche Gesundheitsversorgung in der Region zu leisten.“

Krankenhaus Seelow, MGS Brandenburg, KVBB, AOK Nordost, IKK Brandenburg und Berlin







# AUF KRISEN VORBEREITEN

VORBEREITUNG AUF KRISENLAGEN  
AUFBAU GEORDNETER STRUKTUREN  
TRAININGS  
RESSOURCEN  
SICHERSTELLUNGSGESETZ



## Wie gut sind die Krankenhäuser auf Krisen vorbereitet?

---

INTERVIEW MIT ANDREAS TYZAK, PRESSESPRECHER DES VKD,  
KAUFMÄNNISCHER DIREKTOR / PROKURIST DER  
KLINIKUM GÜTERSLOH GGMBH

---



Andreas Tyzak

---

**PB:** Sehr geehrter Herr Tyzak – am Anfang fast eine rhetorische Frage: Ist Ihr Blick auf die Krisenfestigkeit der Krankenhäuser eher optimistisch oder pessimistisch?

**Andreas Tyzak:** In einem bin ich mir sehr sicher: unsere Mitarbeiter werden in einem Krisenfall absolut engagiert und intrinsisch motiviert sein. Da gibt es keinen Unterschied zu früheren Jahren. Reden wir allerdings über eine Situation, die sich über Wochen und Monate hinzieht, wird es tatsächlich schwieriger.

---

**PB:** Was sind die Gründe? Haben sich die Rahmenbedingungen verändert? Sie haben schon als Rettungssanitäter gearbeitet. Sie sind im Katastrophenschutz engagiert.

**Andreas Tyzak:** Es geht nicht um die Resilienzfähigkeit. Daran liegt es nicht. Ein Katastrophenschützer oder Feuerwehrmann ist es gewohnt, schnell abgerufen zu werden. Das ist bei der normalen Arbeit im Krankenhaus ja eher nicht der Fall. Bei einem Brand werden alle Mitarbeiter motiviert sein. Das liegt in den Genen der medizinischen und pflegerischen

Berufe. Wie lange hält die intrinsische Motivation aber, wenn der Katastrophenfall über längere Zeit andauert? Wichtig ist dann, sich selbst resilient zu halten.

Nach über 20 Jahren ehrenamtlicher Tätigkeit im Katastrophenschutz kenne ich auch die andere Seite. Als Katastrophenschützer üben wir regelmäßig das ganze Jahr, damit im Fall eines Einsatzes wirklich alles klappt. Wir sind jederzeit abrufbar, ebenso wie Feuerwehr und Polizei. Das Personal im Krankenhaus ist darauf eher nicht eingestellt. Es herrscht auch angesichts der durchaus normalen Belastungen die Ansicht, dass für Übungen keine Zeit ist.

Was die Rahmenbedingungen betrifft muss ich leider sagen, dass wir damals deutlich mehr Kapazitäten für den Katastrophenschutz zur Verfügung hatten. Hier sind über die Jahre leider sehr viele Ressourcen abgebaut worden.

Es wäre eine enorme Aufgabe, diese wieder aufzubauen, das Material zu beschaffen, einzulagern – bis wir auf dem Stand der 2000er Jahre sind.

Hinzu kommen die personellen Fragen. Ich selbst habe viele Lehrgänge bei den Maltesern für den Katastrophenschutz absolviert. Das kostet neben den regelmäßigen Übungen ebenfalls viel Freizeit. Das ehrenamtliche Engagement müsste insgesamt viel mehr gewürdigt werden. Man denke nur auch an die Freiwilligen Feuerwehren, die zum Teil mehrmals in der Woche ausrücken müssen.

Besser war sicher vor Aussetzung der Wehrpflicht 2011 auch, dass wir sehr viele Ehrenamtliche im Katastrophenschutz hatten, die bereits durch den Zivildienst oder durch die Wehrpflicht eine deutlich breitere Ausbildung in präklinischen Berufen mitbrachten. Das fehlt heute natürlich. Gleichzeitig konnten wir so auch für Berufe im Krankenhaus Nachwuchs akquirieren.



Andreas Tyzak, organisatorischer Leiter Rettungsdienst, Verbandführer

„WAS DIE RAHMENBEDINGUNGEN BETRIFFT, MUSS ICH LEIDER SAGEN, DASS WIR DAMALS DEUTLICH MEHR KAPAZITÄTEN FÜR DEN KATASTROPHENSCHUTZ HATTEN. HIER SIND ÜBER DIE JAHRE LEIDER SEHR VIELE RESSOURCEN ABGEBAUT WORDEN.“

In einem Krisen- oder Verteidigungsfall stellt sich zudem immer auch die Frage, wo Mitarbeiter, die auch Katastrophenschützer sind, eingesetzt werden. Im Krankenhaus oder eher wohl im Katastrophenschutz vor Ort? Denn ich stelle schon fest, dass eine relevante Anzahl ehrenamtlicher Kräfte des Katastrophenschutzes auch hauptberuflich im Gesundheitswesen oder im Bereich der BOS-Organisationen tätig ist.

**PB: Im Grunde ist die Frage nach der Krisenfestigkeit nicht neu – sie wird nur durch geopolitische Bedrohlagen jetzt schärfer gestellt und erweitert. Welche betreffen die Krankenhäuser in besonderem Maße?**

**Andreas Tyzak:** Zunächst geht es darum, in Vorbereitung auf solche Situationen geordnete Strukturen aufzubauen. Im Katastrophenschutz, bei der Feuerwehr, in verschiedenen Hilfsorganisationen gibt es diese Strukturen, die je nach Lage taktisch aufgebaut sind. Verantwortlichkeiten sind festgelegt, es gibt definierte Funktionen und Aufgaben, um Ordnung in das Chaos zu bringen. Das alles wird regelmäßig geübt, damit es im Ernstfall klappt, auch wenn es z. B. langweilig ist, immer wieder den Zeltaufbau zu üben.

Derzeit sind unsere Mitarbeiter im Krankenhaus da überfordert. Hier arbeiten gegebenenfalls 16 Leute im Schockraum für einen Patienten. In einer Katastrophe sind es dann vielleicht 16 Patienten und eine Pflegekraft. Darauf sind 95 Prozent des Personals nicht trainiert. Damit müssen wir uns auseinandersetzen.

**PB: Wie sollte das organisiert werden?**

**Andreas Tyzak:** Prioritär ist die Schulung im Krankenhaus – hier müssen einerseits Stabsstrukturen geschaffen werden und andererseits Führungspersonal für die Organisation

„ZUNÄCHST GEHT ES DARUM, IN VORBEREITUNG AUF SOLCHE SITUATIONEN GEORDNETE STRUKTUREN AUFZUBAUEN.“

vor Ort auf den Stationen und Funktionsbereichen. Um im Bedarfsfall diese Strukturen 24/7 nutzen zu können, sind hier bis zu 50 geschulte Mitarbeiter aller Bereiche, sicher je nach Größe des Krankenhauses, realistisch. Diese müssen im Idealfall die Möglichkeit haben, ihr Wissen und die Abläufe im Katastrophenfall regelmäßig zu trainieren. Es gibt zum Beispiel für Katastrophen dynamische Darstellungen des zu erwartenden Patientenaufkommens, die solche Übungen für Führungskräfte ressourcenschonend ermöglichen.

Ein wesentliches Thema sind die Lieferketten. Wie baue ich sie auf, wenn Ressourcen fehlen, die Infrastruktur zerstört wird. Das beginnt schon bei der Verpflegung, bei Medikamenten. Was ist zu tun, wenn der Strom ausfällt, die Wasserversorgung nicht mehr funktioniert? Habe ich noch Zugriff auf die Wäscherei?

Wie kommt das Personal ins Krankenhaus, wie informiere ich die Mitarbeiter, haben sie noch Kraftstoff für das eigene Auto? Im Alltag sind dies ganz banale Dinge.

Es werden vermutlich auch Menschen ins Krankenhaus streben, die weder Mitarbeiter

noch Patienten sind, sondern vielleicht einfach ihr Handy aufladen wollen oder Wasser brauchen und hoffen, bei uns gebe es das noch. So hart es klingt – das können wir in einer solchen Situation nicht zulassen.

**PB: Was gehört aus Ihrer Sicht zu einem Schutzkonzept für ein Krankenhaus?**

**Andreas Tyzak:** Grundsätzlich: Jedes Krankenhaus verfügt heute zwingend über einen Alarm- und Einsatzplan. Definiert werden muss, was sind die zwingend notwendigen Ressourcen, die ich brauche, in Abstufungen vom Regelbetrieb über den Einzelfall einer Notsituation bis hin zum Katastrophenfall. Entsprechend sind auch die Stakeholder – Polizei, Rettungskräfte, Feuerwehr, aber auch die kommunalen Verantwortlichen – einzubeziehen.

Es ist aber auch eine Frage, wie die Einrichtung, Gebäude und Objekte, selbst geschützt werden können. Die Polizei wird dann vermutlich nicht immer kommen können. Doch unseren Leuten muss der Rücken freigehalten werden. Sie haben mit den Patienten und ihrer Versorgung zu tun. Das können unsere Mitarbeiter – auch wenn es vermutlich sogar mehr Patienten sein werden. Doch die notwendigen Rahmenbedingungen brauchen wir, sonst schadet das unserer Leistungsfähigkeit.

Solche Rahmenbedingungen kann ein Krankenhaus durchaus schon heute organisieren. Hier können und müssen wir schon jetzt Energie für die Vorbereitungen darauf aufbringen und auch die Katastrophenpläne mit den eigenen Ressourcen in allen Bereichen – Medizin, Einkauf, Haustechnik, IT – regelmäßig überarbeiten und anpassen.

**PB: Ganz konkret: Was passiert, wenn die Lieferketten nicht mehr funktionieren – OP-Bestecke, Verbände etwa werden nur für wenige Tage vorgehalten.**

**Andreas Tyzak:**

Im Katastrophenschutz gilt das Motto „K K K“, das heißt: In Krisen Köpfe kennen. Das bedeutet, ich

muss im Dialog bleiben um für den Fall der Fälle Menschen, Verantwortliche zu kennen, die mir in einer bestimmten Situation Unterstützung geben können. Ich muss meinen Zugang zu den notwendigen Ressourcen und den Lieferanten kennen. Auch daher muss man sich zusammensetzen und überlegen, wie potenzielle Partner in solchen Fällen aufgestellt sind, wie ich sie erreichen kann, welchen Bedarf das Krankenhaus selbst hat. Wie sieht es mit den Möglichkeiten der Lagerhaltung aus. Das gehört in die Planung mit hinein. Wollen wir uns für eine längere Zeit bevorraten, bindet das natürlich auch Lagerflächen, Kapital, Liquidität. Bisher lagern wir Verbrauchsmaterial wie Mullbinden, Infusionsbestecke etc. für etwa fünf Tage.

Noch ein Beispiel: Die Wäschebelieferung in unserem Krankenhaus – und nicht nur bei uns – erfolgt nach dem Demand-System. Wenn sie für eine Zeit ausfällt, gehen die Probleme schon los. Wie lange sollen und müssen Mitarbeitende ggfs. in verschmutzter Kleidung arbeiten? Ist bei großen Patientenzahlen dann das Bett nicht nur warm, sondern können wir noch Bettwäsche nach jedem Patienten wechseln? Aus hygienischer Sicht alles Dinge, die heute zurecht unvorstellbar sind. Wie gehen wir dann aber in der Katastrophe damit um, dass wir viele unserer Vorschriften nicht mehr einhalten können und in eine Abwägung verschiedener Güter eintreten müssen und quasi die Aufrechterhaltung der Versorgung im Vordergrund steht und nicht mehr jedes einzelne Detail. Bisher nehmen wir hin, dass alles das immer verfügbar ist.

Wie sieht es mit den Betten aus? Hier ist zu überlegen, wie viele Patienten maximal zusätzlich aufgenommen werden können. Wie viele Betten habe ich vielleicht noch im Keller.

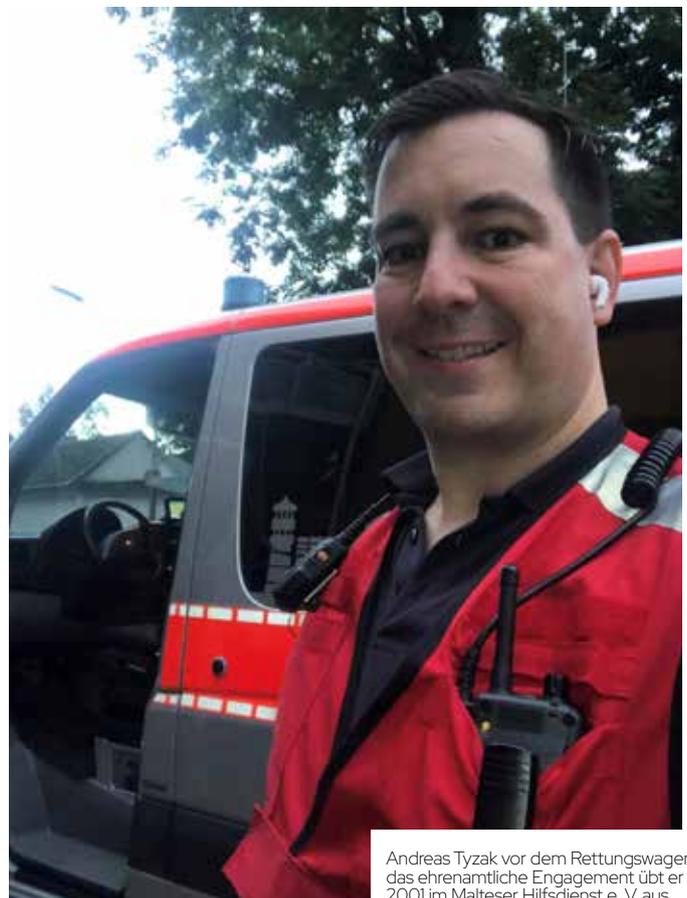
„ES SOLLTE EINEN STABSAUFBAU ALLER BEREICHE GEBEN, JE NACH GRÖSSE DES KRANKENHAUSES, DER KLARE VERANTWORTLICHKEITEN, FUNKTIONEN UND ABLÄUFE FESTLEGT, STRUKTURIERT UND AUCH REGELMÄSSIG TRAINIERT.“

Genügt das? Sie müssen irgendwo herkommen. Gibt es ein Zentrallager für die Kliniken, wo Betten gelagert werden und wie

sie verteilt werden können – eine Frage der Logistik und der Zusammenarbeit der Krankenhäuser im Landkreis oder in der Kommune. Letztere sind hier auch mit in der Pflicht.

Das nächste Thema ist die Dokumentation – wie halte ich sie vor, brauchen wir auch wieder Papier für ein Back-up?

Die Kommunikation untereinander und mit Partnern außer Haus ist ganz wichtig. Können wir im Haus noch untereinander telefonieren? Wie können uns Rettungswagen anfahren, wie erreichen wir Angehörige der Patienten. Die Abstimmung mit Polizei und Feuerwehr wird nicht ganz einfach sein, denn sie haben im Ernstfall andere Aufgaben. Da sind wir als Krankenhaus eher auf uns selbst gestellt.



Andreas Tyzak vor dem Rettungswagen – das ehrenamtliche Engagement übt er seit 2001 im Malteser Hilfsdienst e. V. aus.

Wichtig ist auch, wie ich alle Mitarbeiter im Notfall erreiche. Kann ich sie verpflichten, eine private Telefon- bzw. Handynummer mitzuteilen, bei Änderungen auch pro-aktiv? Ist jeder verpflichtet, bei einem Notfall ins Krankenhaus zu kommen?

Was, wenn Mitarbeiter im Ehrenamt – also etwa im Katastrophenschutz, in der Feuerwehr oder einer Hilfsorganisation – alarmiert wurden. Wie funktioniert dann die Differenzierung?

Das ganze organisatorische Drumherum kann man schon heute vorbereiten. Das wäre ein großer Schritt in Richtung Krisenfestigkeit und Sicherheit.

**PB: Wie sieht es mit Notfallübungen aus? Sie finden vielfach nicht unbedingt regelmäßig statt. Eine Frage des Geldes?**

**Andreas Tyzak:**

Nicht unbedingt, jedenfalls nicht nur.

Richtig ist, dass wir in

der Regel die Kosten aus unserem Budget tragen müssen. Vereinzelt gibt es Sonderförderungen. Großübungen der Feuerwehr und Polizei werden ohnehin finanziert.

In den Krankenhäusern gibt es aber immer auch die Angst vor dem damit verbundenen Betriebsausfall oder sie befürchten schlechte Presse. Letzteres ist nach meiner Erfahrung unnötig, weil die Gründe sehr positiv kommunizierbar sind. Aus einer Notfallübung können viele Erkenntnisse für Verbesserungen gewonnen werden, weil wir solche Erkenntnisse im Alltag nicht gewinnen können.

Ein Notfall oder eine Katastrophe kann bei bester Organisation jedes Krankenhaus treffen. Sich mit klaren Planungen, entsprechenden Strukturen und natürlich auch Übungen vorzubereiten ist das, was man tun muss, um Schäden möglichst zu vermeiden oder die Auswirkungen gering zu halten. Wir müssen

wissen, was jeder in einer krisenhaften Situation können muss und was zu tun ist.

**PB: Müsste im neuen Notfallgesetz, das ja vermutlich nach mehreren Anläufen in diesem Jahr beschlossen werden könnte, auch schon das Krisenszenario mit eingepreist werden?**

**Andreas Tyzak:** Das sollte durchaus eine Rolle spielen. Wenn Krankenhäuser für Notfälle und Krisen vorbereitet und ausgestattet werden sollen, müssen dafür Ressourcen, Zeit und Geld eingeplant werden. Was benötigen sie? In welchen Zeiträumen können Technik und Material beschafft werden, denn auch die Hersteller können meist nicht auf Knopfdruck liefern. Hier sind realistische

DEFINIERT WERDEN MUSS, WAS SIND DIE ZWINGEND NOTWENDIGEN RESSOURCEN, DIE ICH BRAUCHE, IN ABSTUFUNGEN VOM REGELBETRIEB ÜBER DEN EINZELFALL EINER NOTSITUATION BIS HIN ZUM KATASTROPHENFALL.

Zeitziele notwendig. Nicht alle dann vorgegebenen Ziele können in Jahresfrist erreicht werden.

Und vergessen wir nicht: Rund 80 Prozent der Krankenhäuser kämpfen mit finanziellen Schwierigkeiten und laufen auf negative Betriebsergebnisse hinaus. Sie haben das Geld für solche notwendigen neuen Aufgaben nicht. Dafür sind vom Bund Sondertöpfe bereitzustellen. Die nächste Frage ist dann die Vergabe dieser Mittel.

Auch die Ausbildung des Personals wird Zeit in Anspruch nehmen. Wer kann die Konzepte erarbeiten, wer die notwendigen praktischen Lehrgänge anbieten, welche Anforderungen müssen gestellt werden, welche sind überzogen, was kann ein Krankenhaus hier selbst leisten? Eine kontinuierliche Sensibilisierung und Schulung aller Mitarbeitenden sind unerlässlich, denn technische Maßnahmen allein reichen nicht aus.

Entscheidend ist, das Personal auf solche nicht alltäglichen Situationen und das Verhalten bei Großschäden sicher vorzubereiten und regelmäßig zu trainieren.

Panik darf dabei nicht verbreitet werden, denn Angst ist in solchen Situationen kontraproduktiv.

Es geht auch um psychosoziale Notfallversorgung nicht nur Betroffener sondern auch des Personals – in Krankenhäusern noch immer ein Tabuthema. Bei der Polizei oder der Feuerwehr wird das inzwischen ganz normal angenommen. Wir sind alle Menschen und nur bis zu einer Grenze belastbar. – solche Angebote gehören zur Professionalität dazu – und wir können sie in den Kliniken selbst vorbereiten.

**PB: Wo liegen die digitalen Schwachstellen im Krankenhaus?**

**Andreas Tyzak:** Hier geht es um vernetzte Medizin, auch menschliches Versagen, isoliert betrachtete Netzwerke, um redundante Strukturen, wenn es für längere Zeit keinen Strom gibt, darum, wie Medizintechnik im Zweifel auch ohne Zugang zum Internet und damit zu ihrer Zentrale, die aus Sicherheit die Verbindung kappen könnte, verfügbar ist. Kann ich dann noch Patienten behandeln, neue Patienten aufnehmen? Wie dokumentiere ich dann? Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik hat zu diesem Thema im Jahr 2023 das E-Health-Team des Fraunhofer-Instituts für sichere Informationstechnologie mit einer entsprechenden Untersuchung beauftragt. Der Abschlussbericht, der im Frühjahr veröffentlicht wurde, gibt dazu durchaus brisante Auskünfte.

Auf jeden Fall gehört das Thema mit in den Einsatzplan.

**PB: Wie sieht es mit Schulungen für besondere medizinische Ernstfälle aus?**

**Andreas Tyzak:** Das halte ich nicht für zwingend primär zu diskutieren. Unsere Ärzte sind sicher in der Lage, sich darauf einzustellen, auch wenn es emotional vielleicht nicht ganz einfach sein sollte. Geklärt werden muss, welchen Standard ein Krankenhaus liefern kann, wie schnell gearbeitet werden muss, ob ich im Notfall auch auf Formales verzichten kann und ob ich dann so viel Personal wie üblich und auch nicht die volle OP-Ausstattung brauche. Das ist aus meiner Sicht viel entscheidender.

Und nicht zu vergessen: Zu den Notfällen in Folge krisenhafter Ereignisse kommt immer auch noch das Alltagsgeschäft. Das werden vermutlich 50 bis 60 Prozent der Patienten sein. Hier muss das Personal flexibel sein. Wie kann ich also einen Internisten befähigen, in der Notaufnahme zu arbeiten, eine Schwester aus einer nicht-chirurgischen Abteilung, die jetzt im OP gebraucht wird?

„DAS GANZE ORGANISATORISCHE DRUMHERUM KANN MAN HEUTE SCHON VORBEREITEN. DAS WÄRE EIN GROSSER SCHRITT IN RICHTUNG KRISENFESTIGKEIT UND SICHERHEIT.“

**PB: Wie können bei der Planung von Krankenhausbauten/Neubauten und der Planung der Krankenhausinfrastruktur flexible Nutzungskonzepte mitgeplant werden?**

**Andreas Tyzak:** Bei Neubauten gehören solche Nutzungskonzepte, sozusagen Eventualkonzepte, mit hinein. Schutzräume für Patienten und Personal wären sinnvoll, gab es früher zum Teil, doch aktuell sehe ich das nicht. Wenn es in einem Gesundheitssicherungsgesetz gefordert wird, muss es auch finanziert werden und es müssen realistische Umsetzungspflichten vorgegeben werden, die nicht am Ende zu Strafzahlungen führen.

**Herr Tyzak, vielen Dank für das Gespräch.**



# Deutschlands Gesundheitswesen muss sich deutlich besser auf schwere Krisen einstellen

EXPERTEN FORDERN SICHERSTELLUNGSGESETZ FÜR DEN GESUNDHEITSBEREICH UND MASSNAHMEN, DIE AUCH AUSSERHALB DES SPANNUNGSFALLS ANWENDBAR SIND

## Cyberangriffe auf Kliniken nehmen deutlich zu

Bereits seit etlichen Jahren nehmen Cyberangriffe gerade auf Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen deutlich zu. Krankenhäuser und Arztpraxen sind nicht nur interessant für Hacker wegen der Möglichkeit, Lösegeld zu fordern. Hier geht es auch um lebenswichtige Strukturen. Ihr Ausfall bringt Patienten in zum Teil höchste Gefahr. Eine Studie des Hasso-Plattner-Instituts zeigt, dass zwischen den Jahren 2020 und 2024 die Zahl erfolgreicher Cyberangriffe auf deutsche Krankenhäuser um 74 Prozent angestiegen ist. Hinzu kommt gezielt Sabotage von wichtiger Infrastruktur. Industrieanlagen haben Gefährdungspotenzial auch für die Gesundheitsversorgung und den gesundheitlichen Bevölkerungsschutz.

*Seit März 2024 gibt es den Expertenrat „Gesundheit und Resilienz“ der Bundesregierung. In ihm arbeiten Wissenschaftler verschiedener Fachrichtungen zusammen. In seiner siebenten Stellungnahme vom 10. Dezember vorigen Jahres verwies das Gremium auf das deutlich erhöhte Risiko für schwerwiegende Ereignisse und deren Auswirkungen auf Gesundheit und Versorgung der Bevölkerung, und betonte die Notwendigkeit eines nationalen Aktionsplans.*

Deutschland müsse sich deutlich besser auf schwere Krisen vorbereiten. Dazu gehöre ein Zusammenspiel aller Sektoren im zivilen und militärischen Bereich sowie eine verbesserte Risikokommunikation. Letztere sei von erheblicher Relevanz für die Teilhabe, Kompetenz und Kenntnis der Bevölkerung. Verwiesen wird dabei auch auf die Notwendigkeit, sich auf

## Unfallchirurgen warnen

Unfallchirurgen warnen schon länger, dass Deutschlands Gesundheitswesen im Fall eines Krieges nicht vorbereitet sei. Im extremen Fall der Landesverteidigung Deutschlands sei mit einer großen Zahl Verwundeter nicht nur von Soldaten, sondern auch Zivilisten zu rechnen. Sie müssen versorgt und auch transportiert werden – dies angesichts einer nicht mehr optimal funktionierenden Gesundheitsinfrastruktur. Hier reichen technische Maßnahmen nicht mehr aus. Hier ist auch eine Ertüchtigung des Zivilschutzes notwendig.

Dietmar Pennig, Unfallchirurg und Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie sowie der Fachgesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, sagte am 21. März 2025 in einem Interview mit Welt am Sonntag und Welt online, die dann zu behandelnde Menge an Verletzten würde das System schnell überfordern. Man müsse sich jetzt dafür schon wappnen. Deutschland werde dann zum Aufmarschgebiet mit 700.000 Soldaten aus den Mitgliedstaaten. „Wir rechnen mit 1000 Verletzten pro Tag, ein Viertel davon schwerverletzt. Hinzu käme, dass sämtliche Betten in den Kliniken der Bundeswehr und der Berufsgenossenschaften innerhalb 48 Stunden ausgelastet wären. Andere Patienten müssten aber ebenfalls zum Teil sehr schnell versorgt werden.

mäßigen Übungen zu überprüfen seien. Der Rat verweist auf die notwendige substanzielle materielle sowie personelle Ausstattung sowie deren lageangepasste Skalierbarkeit. Parallel müssten auch die notwendigen ambulanten und klinischen Strukturen

besondere und gegebenenfalls parallel auftretende Gefährdungslagen und militärische Auseinandersetzungen oder terroristische Anschläge vorzubereiten.

Zu einem Konzept gehören laut Expertenrat, u. a. Frühwarnsysteme, Notfallvorsorge, sicherer Zugang zu Gesundheitsleistungen, Aufrechterhaltung der Versorgung. Alle Maßnahmen müssten regelmäßig trainiert, evaluiert und breitflächig verfügbar sein. Gefahrenlagen könnten zudem zu starken Einschränkungen der Wasser- und Stromversorgung sowie zur Einschränkung des Internets führen.

Notwendig sei die Koordination zur Herstellung einer verbesserten zivil-militärischen Zusammenarbeit und Verzahnung der Kooperationspartner. Der dafür erforderliche Ressourcenbedarf müsse identifiziert, Lücken müssten geschlossen und gemeinsame Verfahren weiterentwickelt werden, die außerdem in regel-

ertüchtigt werden. Besonders hervorgehoben wird die Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung zwischen dem Sanitätsdienst der Bundeswehr (SanDstBw) und den zivilen Akteuren des Gesundheitswesens sowie des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes.

So werde sich der Sanitätsdienst wesentlich auf die Zusammenarbeit mit – und Unterstützung durch – zivile Gesundheitseinrichtungen

„ZU EINEM KONZEPT GEHÖREN LAUT EXPERTENRAT UNTER ANDEREM FRÜHWARNSYSTEME, NOTFALLVORSORGE, SICHERER ZUGANG ZU GESUNDHEITSLAISTUNGEN, AUFRECHTERHALTUNG DER VERSORUNG.“

und dem Gesundheitlichen Bevölkerungsschutz stützen müssen. Die bestehenden gesetzlichen Grundlagen für die Vernetzung und Zusammenarbeit knüpfen an den im Grundgesetz definierten „Spannungsfall“ an. Diese ermöglichten aber bisher nicht die notwendigen Vorbereitungshandlungen.

### Mehr Geld und Personal für den Zivilschutz

Wie der Spiegel berichtete, rechnet das Bundesinnenministerium für den Zivilschutz in den kommenden zehn Jahren mit Kosten in Höhe von 30 Milliarden Euro. Aus einem internen Papier gehe hervor, dass die Bevölkerung besser für einen "inzwischen wahrscheinlicher gewordenen Kriegsfall" geschützt werden müsse. Das Technische Hilfswerk (THW) und das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) sollen u. a. mit mehr Personal ausgestattet werden. Landesweit sollen Logistikzentren zur Lagerung von Vorräten und Material entstehen.

In der Stellungnahme des Expertenrats wird u. a. ebenfalls die Identifizierung und Ausbildung einer fachlich breit aufgestellten personellen Reserve für eine verbesserte Verstärkung im Krisenfall gefordert, eine Risikokommunikation und Teilhabemöglichkeiten für die Bevölkerung, die Beschreibung und Beübung von logistisch-medizinischen Drehscheiben sowie Materialbevorratung für verschiedene Krisenszenarien, wie z. B. in der bereits in Arbeit befindlichen „Nationalen Reserve Gesundheitsschutz“ (NRGS) vorgesehen. Notwendig sei ein kontinuierliches Lagebild zu Kräften und Kapazitäten, zur Beurteilung der Auslastung von Gesundheitseinrichtungen, Notfallzentralen, Transportmitteln etc., die Implementierung von Instrumenten zum strategischen Patiententransport nach dem Vorbild des während der Corona-Pandemie etablierten Kleeblattmechanismus. Notwendig sei die regelmäßige und gemeinschaftliche Durchführung von Übungen ziviler und militärischer Akteure sowie die technische und infrastrukturelle Erhaltung ziviler Gesundheitsstrukturen.

### Rechtliche Grundlagen für zivil-militärische Zusammenarbeit notwendig

Die Experten fordern deshalb die Schaffung entsprechender rechtlicher Grundlagen für eine effiziente zivil-militärische Zusammenarbeit bei Bund, Ländern und Kommunen, bevor ein Spannungs- und Verteidigungsfall eintritt – ein Sicherstellungsgesetz für den Gesundheitsbereich sowie Maßnahmen, die auch außerhalb des Spannungsfalles anwendbar sind.

Weiterer Regelungsbedarf wird mit Blick auf die Drehscheibenfunktion Deutschlands hinsichtlich der Beschäftigung, Materialnutzung und Versorgung alliierter Kräfte sowie der Patientinnen und Patienten gesehen.

### Fazit der Experten

Einem robust aufgestellten und resilienten Gesundheitssystem und gesundheitlichem Bevölkerungsschutz kommt in allen Phasen von Krisen, sicherheitsrelevanten Ereignissen und militärischen Konflikten eine herausragende und stabilisierende Rolle zu. Dazu bedarf es einer deutlich verbesserten, strukturierten zivil-militärischen Zusammenarbeit bereits in der Vorbereitung. Grundlage dafür ist zunächst eine Gesetzgebung für ein Gesundheitssicherstellungsgesetz, die mit höchster Priorität abgeschlossen werden sollte. Im Krisen- und Bündnisfall muss neben der Versorgung von Verwundeten weiterhin die bestmögliche medizinische Versorgung der zivilen Bevölkerung, insbesondere vulnerabler Gruppen, sichergestellt werden. Angesichts der veränderten Sicherheitslage und existierender Defizite müssen die diesbezüglich nötigen Vorbereitungs- und Organisationsaufgaben unverzüglich angegangen werden.

*Quelle: Expertenrat „Gesundheit und Resilienz“ / pb-redaktion*

„**PARALLEL  
MÜSSTEN AUCH  
DIE NOTWENDIGEN  
AMBULANTEN UND  
KLINISCHEN STRUK-  
TUREN ERTÜCHTIGT  
WERDEN.**“



# KÜNSTLICHE



# INTELLIGENZ IM EINSATZ

DISRUPTIVES POTENZIAL  
RELEVANZ FÜR DIE VERSORGUNG  
INNOVATIONEN  
PERSONALISIERUNG  
VERLÄSSLICHKEIT



## Trend mit disruptivem Potenzial

---

### RELEVANZ FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN JETZT UND IN DER ZUKUNFT

---

*Technische Erfindungen mit Relevanz für im Grunde fast alle Bereiche der Gesellschaft, die alles durchdringen, was wir nutzen, ob im Arbeitsleben oder im privaten Bereich, haben Gesellschaften insgesamt verändert. Der Buchdruck, die Dampfmaschine, Elektrizität, der Computer. Gehört die Künstliche Intelligenz, auch KI oder AI, als Querschnittstechnologie dazu? Welche Relevanz hat KI, vor allem die generative KI, für das Gesundheitswesen, speziell für die Krankenhäuser?*

Künstliche Intelligenz ist schon seit längerer Zeit kein Thema nur für Spezialisten. Jede Menge Bücher beschäftigen sich damit, wie der technologische Fortschritt die Gesellschaft verändert. Leben wir schon im Zweiten Maschinenzeitalter? Was kann KI, in welchen Berufen wird sie die Menschen ersetzen, ist gar die Demokratie in Gefahr? Welche Auswirkungen wird KI auf unsere Wertvorstellungen haben? Positive Erwartungen werden ebenso mitgeteilt wie Schreckensszenarien ausgebreitet. Sicher aber kann man davon ausgehen, dass wir uns in einer technologisch-wissenschaftlichen Zeitenwende befinden.

Bundesweit haben sich in den vergangenen Jahren Forschungsinstitute etabliert, die sich mit vielen Facetten des Themas Künstliche Intelligenz und speziell auch mit KI im Gesundheitswesen beschäftigen.

Dazu gehören u. a. das Institut für Künstliche Intelligenz in der Medizin (IKI) – eine Gemeinschaftsinstitution der Philipps-Universität und des Universitätsklinikums in Marburg. Als Ziel wird genannt, die Integration von KI in den medizinischen Alltag zu erforschen und aktiv mitzugestalten. Hierbei soll insbesondere das Potenzial von KI in der Diagnosefindung und Therapiesteuerung genutzt, verbessert und in die tägliche Routine integriert werden – in enger Kooperation mit den verschiedenen Abteilungen und Forschungseinrichtungen der Universitätsklinik und der Universität, aber auch in Zusammenarbeit mit Arztpraxen und Patienten.

Das Institut für Künstliche Intelligenz in der Medizin (IKIM) arbeitet als Teil der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg Essen und der Universitätsmedizin Essen eng zusammen mit den etablierten klassischen medizinischen

Disziplinen. Ziel des IKIM sei es, die Möglichkeiten der Künstlichen Intelligenz in der Medizin wissenschaftlich zu analysieren und weiterzuentwickeln, diese für die Versorgung von Patientinnen und Patienten nutzbar zu machen und in der Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern zu etablieren.

In der Fraunhofer-Gesellschaft arbeitet eine ganze Reihe von Instituten an KI-Anwendungen für die Gesundheitsversorgung.

Acht Fraunhofer Institute, die kürzlich digitale Lösungen für die Gesundheitsversorgung auf der DMEA 2025 in Berlin präsentierten, stellten fest, das Potenzial digitaler Lösungen für das Gesundheitswesen nutzbar zu machen, müsse praxistauglich sein und sich nahtlos in bestehende Abläufe integrieren. Nur so werde das medizinische Personal entlastet. Gleichzeitig brauche es vertrauenswürdige KI-Systeme, die den sicheren Austausch sensibler Gesundheitsdaten gewährleisten. Dies über Sektorengrenzen hinweg.

Als Beispiele wurden u. a. KI-Modelle vorgestellt, die für mehr Transparenz bei medizinischen Entscheidungen sorgen. So stellte das Fraunhofer-Institut für Kognitive Systeme IKS KI-Modelle vor, die aus EKG-Daten oder medizinischen Bildern fundierte Erkenntnisse ableiten. Sie sorgen für mehr Transparenz, liefern aber auch interpretierbare Vorhersagen.

Das Fraunhofer-Institut für Digitale Medizin MEVIS demonstrierte seine Lösungen zur Risikobewertung und Entscheidungsunterstützung.

Die medizinische Dokumentation kann effizienter werden mit einem auf generativen Sprachmodellen basierenden Arztbriefgenerator des Fraunhofer-Instituts für Intelligente Analyse- und Informationssysteme IAIS.

Aber auch die folgenden Beiträge hier in den Praxisberichten zeigen Ideen, Projekte und Lösungen aus Krankenhäusern und Universitätskliniken.

Es ist also viel im Gange bei diesem spannenden Thema. Auch wenn das, wie verschiedene Umfragen zeigen, von vielen Menschen in Deutschland noch nicht wirklich ernst genommen wird. Die KI wird Vieles in der Medizin und der Pflege deutlich verändern. Das wird also keineswegs nur die Verwaltungen betreffen.

„WER TRÄGT DIE VERANTWORTUNG FÜR KI-GESTEUERTE ENTSCHEIDUNGEN? DAS BETRIFFT DAS GESUNDHEITSWESEN IN BESONDEREM MASSE.“

Eine kürzliche Umfrage des Ifo-Instituts zeigte Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt. Danach gaben 93 Prozent der befragten Unternehmen in Deutschland an, dass die KI-Revolution bisher keine Auswirkungen auf ihren Personalbestand hätte. Das aber werde sich, so das Institut, in absehbarer Zeit ändern. So würden in den nächsten fünf Jahren 22 Prozent der Dienstleistungsfirmen, 30 Prozent der Handelsunternehmen und sogar 37 Prozent der Industriefirmen einen KI-bedingten Arbeitsplatzabbau erwarten. Im Schnitt werde eine Reduktion von acht Prozent der Stellen veranschlagt.

Angesichts des Personal Mangels in quasi allen Bereichen werde das in den Krankenhäusern kaum der Fall sein, wird mancher nun denken. Doch allein schon die Exponate aus den Fraunhofer Instituten lassen da ahnen, dass sich Veränderungen für alle Berufsgruppen in den Kliniken, vor allem aber sicher in den medizinischen und pflegerischen Berufsgruppen, ergeben werden.

Und Ärzte sind hier offenbar ziemlich vorn bei der Beschäftigung mit KI dabei. Offenheit für KI ist bei ihnen jedenfalls vorhanden. Das zeigte eine Umfrage des Online-Buchungssystems Doctolib und des Vereins Gesundheitsstadt Ende vorigen Jahres. Danach waren fast zwei Drittel der Teilnehmer der Ansicht, dass KI künftig unverzichtbar ist. Rund 80 Prozent wünschten sich allerdings mehr Fortbildung und Aufklärung zu dem Thema.

Das ist sicher auch notwendig, denn Experten weisen darauf hin, dass Ärzte ihre Expertise nutzen müssten, um KI zu kontrollieren. So könnte die KI, wenn sie Zugriff auf zum Beispiel sämtliche Studien zu einem Thema habe, auch schlecht gemachte für Empfehlungen nutzen. Es könne zu Fehldiagnosen kommen. Anwendungen müssten gut kontrolliert werden.

### Wer trägt die Verantwortung?

Es stellen sich aber auch weitere Fragen – KI nutzt Daten der Vergangenheit. Das hat eine ethische Dimension, die zu beachten ist.

Wer trägt die Verantwortung für KI-gesteuerte Entscheidungen? Das betrifft das Gesundheitswesen in besonderem Maße. Was, wenn die KI-gestützte Diagnose eine schwere, gar lebensbedrohende Krankheit nicht erkennt? Ein Algorithmus, so hilfreich und wichtig bei Entscheidungen er sein kann, ist ein Werkzeug. Er kann die Verantwortung nicht übernehmen.

Ruth Chang, Philosophin an der Universität Oxford, hat sich mit diesem Thema der Entscheidung und Verantwortlichkeit beschäftigt und sagt im Interview mit der Neuen Züricher Zeitung (Internationale Ausgabe vom 13. März 2024, S. 22), es gebe nicht immer eine richtige Antwort etwa auf die Frage, welcher Patient die wertvolle Niere bekommen soll. In den interessantesten Fällen des menschlichen Lebens seien die Optionen „en Par“, also die Entscheidungsmöglichkeiten seien nicht besser oder schlechter, sondern anders. Daher solle die Maschine in schwierigen Fällen auch sagen können, dass es in diesem Fall keine objektiv bessere Variante gebe, aber Menschenleben stünden auf dem Spiel. „Du musst über die Entscheidung nachdenken und die Verantwortung übernehmen.“ Das zu entwickeln werde schwierig, sei aber notwendig. Aus ihrer Sicht ist das der einzige Weg, KI mit unseren ethischen Werten in Einklang zu bringen. „Bislang haben wir diese Nuss nicht geknackt.“

„KI WIRD DIE ARBEITSWELT GRUNDLEGENDE UMGESTALTEN. BILDUNGS- UND AUSBILDUNGSSYSTEME MÜSSEN ENTSPRECHEND VERÄNDERT WERDEN, DAMIT MENSCHEN DEN NEUEN ANFORDERUNGEN TATSÄCHLICH GEWACHSEN SIND.“

### Bildung und Ausbildung müssen sich verändern

KI wird die Arbeitswelt grundlegend umgestalten. Bildungs- und Ausbildungssysteme müssen entsprechend verändert werden, damit Menschen den neuen Anforderungen tatsächlich gewachsen sind. Inzwischen lassen sich Schüler bei ihren Lernarbeiten von KI helfen und 90 Prozent der Studenten nutzen sie für ihr Studium. Das ergab eine deutschlandweite Umfrage der Hochschule Darmstadt vom März dieses Jahres.

Das aber scheint nicht nur positiv zu sein. So zeigte eine Studie des Media Labors des Massachusetts Institute of Technology (MIT), welche Folgen die Nutzung der KI auf das Gehirn haben kann. Sie überprüften, wie WELT am 27. Juni 2025 in einem Beitrag berichtete, in einer umfangreichen Studie über vier Monate die Hirnaktivitäten von 54 Teilnehmern beim Lesen und Schreiben wissenschaftlicher Texte.

Eine Gruppe konnte dafür große KI-Sprachmodelle (Large Language Models, LLM) nutzen. Die andere Gruppe durfte nur Google oder Computer-Unterstützung verwenden. Gemessen wurde dann der Vernetzungsgrad verschiedener Hirnregionen der Teilnehmer und es wurde verglichen, wie viel Aufwand die Gehirne der Nutzer für die Erstellung von Texten investieren mussten. Die Gehirnveränderungen wurden analysiert. Die Ergebnisse der Auswertung charakterisierten die Wissenschaftler mit dem Begriff „Kognitive Schulden“ durch die Nutzung der KI. Die Gehirne der KI-Nutzer waren am Schluss deutlich weniger intensiv vernetzt. Sie waren in Tests weniger leistungsfähig und hatten auch weniger

gelernt. Sie konnten ihre Texte z. B. nicht so gut zusammenfassen, übernahmen gängige Formulierungen der KI, ihr eigener Sprachgebrauch war weniger kreativ und sie hatten sich weniger Wissen angeeignet.

Das überrascht nicht, so Peter Gerjets, Professor für empirische Lehr-Lernforschung am Leibniz-Institut für Wissensmedien im Tübingen in dem Beitrag. „Was man nicht nutzt, verliert man“, kommentierte er. Wer sein Gehirn nicht fordert, baue intellektuell ab. Wenn das intellektuelle Potenzial brach liege, zeige sich das auch deutlich bei kreativen Prozessen.

Die zweite Kontrollgruppe, die ohne KI arbeiten musste, zeigte später bei Testaufgaben, für die sie dann auch ein großes Sprachmodell nutzen konnten, deutlich mehr Kompetenz, Erinnerungsvermögen, konnte eigene Argumente integrieren, Empfehlungen der KI besser beurteilen und umsetzen. Und das sind ja Fähigkeiten, die künftig gebraucht werden. Wie soll die KI sonst innovativ genutzt und weiterentwickelt werden.

### Bewältigung bürokratischer Lasten?

Die überbordende Bürokratie ist für viele Unternehmen das Top-Ärgernis derzeit, das vor allem Zeit, Geld und Ressourcen verschlingt. Schon vor Jahren hatte das Statistische Bundesamt berechnet, dass durch rund 9000 Informationspflichten des Bundesgesetzgebers die Kosten für die deutsche Wirtschaft bei rund 47,6 Milliarden Euro liegen.

Auch in den Krankenhäusern stöhnt man über die stetig anwachsende Bürokratie. Laut einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts aus dem Jahr 2024 sind Krankenhausärzte zu rund einem Drittel

ihrer Arbeitszeit mit bürokratischen Aufgaben befasst. Die Bürokratie in Kliniken sei, so das Fazit, mittlerweile so zeitaufwändig, dass sie „massiv zu Lasten der für die unmittelbare Patientenversorgung verfügbaren Zeiten geht“.

Eine Hoffnung vieler ist daher, KI könne die Bewältigung vieler bürokratischer und administrativer Aufgaben deutlich verbessern. Solche Systeme gibt es ja auch bereits, die in der Praxis verwendet werden. Sie sind durchaus in der Lage, Ärzten und Pflegenden mehr Zeit für die Versorgung der Patienten zu ermöglichen.

Das führt aber möglicherweise auch dazu, dass die Datenbegehrlichkeiten in Politik und bei den Krankenkassen immer weiter ansteigen, immer kleinteiliger zu kontrollieren, immer neue Forderungen zu stellen, die für die Patientenversorgung ohne jede Relevanz sind. Der Einsatz der KI in diesen Bereichen kann deutlich entlastend für die Krankenhäuser sein. Es ist aber, sagen Warner, erst der zweite Schritt. Zunächst einmal müssen bestehende bürokratische Pflichten durchforstet und reduziert werden, Prüfanfragen minimiert werden. Zugleich müssen diejenigen in der Politik und auch in der Selbstverwaltung bei der Kreation immer neuer Bürokratie, immer neuer, oft überflüssiger Dokumentationspflichten, immer neuer Kontrollregelungen sich selbst die Zügel anlegen, ihre Regulierungslust zügeln.



Das allein wäre schon ein großer Schritt. Erst dann macht die Nutzung der KI hier wirklich Sinn und schafft nicht womöglich noch weitere Bürokratie.

### Für die Akzeptanz von KI ist Vertrauen in deren Einsatz notwendig

KI hat das Potenzial, viele Prozesse deutlich effizienter zu gestalten. Gefährlich wird es aber, wenn den Systemen zu viel Verantwortung gegeben wird und die damit Arbeitenden die von ihr übernommenen Prozesse nicht mehr

vorgestellt und diskutiert wurde. Grundsätzlich ging es dabei um die Frage, wie wir im Gesundheitswesen zu einer menschlichen, digital unterstützten Versorgung kommen, wie sich die Rollen und die Arbeit in diesem System verändern werden. Die Autoren betonten darin, Voraussetzung dafür, dass die Chancen, die Künstlichen Intelligenz für das Gesundheitswesen sinnstiftend einzubringen, Rahmenbedingungen benötigen, die Gründe für einen Technikoptimismus liefern. Für die Akzeptanz von KI bei Personal und Patienten sei Vertrauen in den Einsatz der neuen Technologien notwendig. Patienten und Gesundheitsfachkräfte müssten aktiv in Entscheidungen über den Einsatz und Umgang mit KI eingebunden werden, so eine Forderung.

„EINE HOFFNUNG VIELER IST DAHER, KI KÖNNE DIE BEWÄLTIGUNG VIELER BÜROKRATISCHER UND ADMINISTRATIVER AUFGABEN DEUTLICH VERBESSERN.“

selbst durchdenken oder sie gar nicht mehr verstehen. Dann können sie die Ergebnisse auch nicht mehr reflektieren, sind aber dennoch verantwortlich dafür.

Für den Hartmannbund hat Dr. Theodor Uden, Vorstandsmitglied des Hartmannbundes und Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Martin Hirsch, Leiter des Instituts für Künstliche Intelligenz in der Medizin an der Universität Marburg, ein Thesenpapier zur KI im Gesundheitswesen verfasst, das beim Bundesärztekongress 2025

Kai-Fu Lee, Ex-Google-China-CEO und weltweit renommierter KI-Experte, nennt Künstliche Intelligenz den größten technologischen Wandel aller Zeiten. KI werde bald wie Strom sein – allgegenwärtig und unentbehrlich. Daraus erwachse aber auch eine große Verantwortung dafür zu sorgen, dass sie ihrem Potenzial als positive Kraft auch gerecht werden könne.

*pb-redaktion*





## KI ist in vielen Kliniken und in fast jeder siebten Praxis im Einsatz

STUDIE ZEIGT, DASS KÜNSTLICHE INTELLIGENZ (KI) DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSWESEN ERREICHT HAT

*In Krankenhäusern hat sich der KI-Einsatz seit 2022 verdoppelt. Bei 18 Prozent der Ärztinnen und Ärzte in Kliniken ist KI im Einsatz, beispielsweise zur Auswertung bildgebender Verfahren. Vor drei Jahren waren es noch 9 Prozent. Unter den Ärztinnen und Ärzten in Praxen oder medizinischen Versorgungszentren geben bereits 12 Prozent an, dass bei ihnen KI zur Unterstützung der Diagnosestellung eingesetzt wird. Bei 8 Prozent wird KI in der Praxisverwaltung etwa zur Vereinfachung von Abläufen eingesetzt. Insgesamt geben 15 Prozent an, dass KI in mindestens einem dieser Fälle genutzt wird – das entspricht fast jeder siebten Praxis.*

Das sind Ergebnisse einer Umfrage, die der Digitalverband Bitkom gemeinsam mit dem Hartmannbund unter mehr als 600 Medizinerinnen und Medizern in Deutschland durchgeführt hat und die im Mai anlässlich des Ärztetages veröffentlicht wurde.

„KI kann die medizinische Versorgung individueller und effizienter gestalten – insbesondere in der Prävention, aber auch in der Therapie. Und sie kann Arztpraxen und Kliniken spürbar entlasten – durch präzisere Diagnosen, automatisierte Dokumentation und intelligente Terminsteuerung. So bleibt mehr Zeit für das Wesentliche: die Versorgung der Patientinnen und Patienten“, sagte Bitkom-Präsident Dr. Ralf Wintergerst. Dr. med. Klaus Reinhardt, Bundesvorsitzender des Hartmannbundes: „Künstliche Intelligenz bietet enorme Chancen, die Versorgungsqualität zu verbessern und den Arbeitsalltag in Praxis und Klinik zu entlasten. Wenn 78 Prozent der Kolleginnen und Kollegen KI als große Chance für die Medizin sehen und sie bereits in jeder siebten Praxis sowie bei fast jedem fünften Klinikteam zum Einsatz kommt, dann zeigt das: Die Ärzteschaft ist bereit für diese Transformation – sofern sie ethisch reflektiert, ärztlich verantwortlich und technisch zuverlässig gestaltet ist.“

### Großes Interesse

Insgesamt wird Künstliche Intelligenz der Umfrage nach von der Ärzteschaft mit großem Interesse, aber auch mit hohen Erwartungen begleitet: 78 Prozent aller Ärztinnen und Ärzte bewerten KI als riesige Chance für die Medizin. Zwei Drittel (67 Prozent) fordern, der KI-Einsatz in der Medizin sollte in Deutschland besonders gefördert werden – und 60 Prozent meinen, eine KI werde in bestimmten Fällen bessere Diagnosen stellen als ein Mensch. Gleichzeitig fordern 76 Prozent eine strenge Regulierung von KI für die Medizin. Wintergerst: „Der AI Act der EU setzt wichtige Leitplanken für den verantwortungsvollen Einsatz von Künstlicher Intelligenz. Entscheidend wird sein, dass seine Umsetzung praxisnah erfolgt – nur so kann der Nutzen von KI in der Medizin auch tatsächlich die Ärztinnen, Ärzte, Patientinnen und Patienten erreichen.“

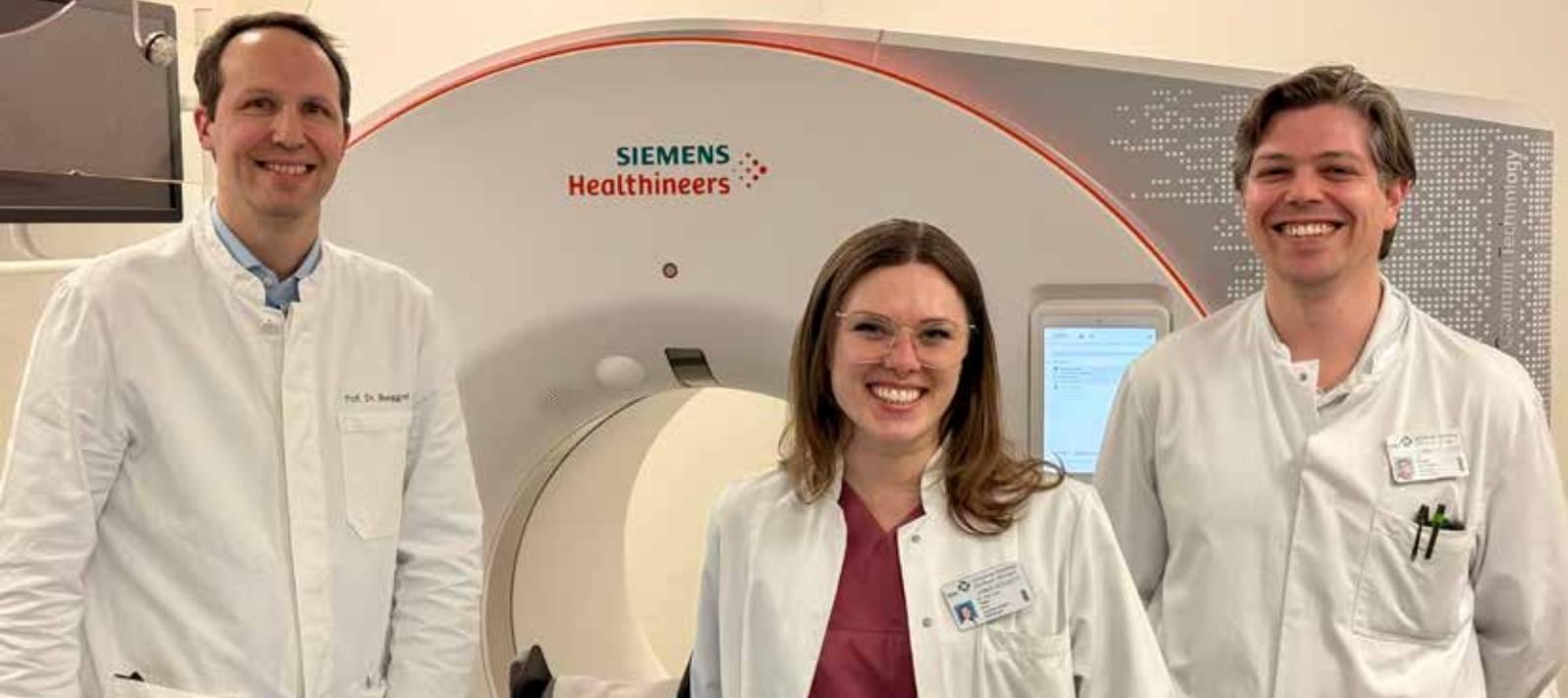
### Hohe Erwartungen, aber auch Skepsis

Hohe Erwartungen an die Digitalisierung – und etwas Skepsis. Insgesamt zeigen sich Deutschlands Ärztinnen und Ärzte sehr aufgeschlossen gegenüber der Digitalisierung des Gesundheitssystems. 81 Prozent sehen sie als Chance – 2022 waren es 76 Prozent und 2020 erst 67 Prozent. Nur noch 16 Prozent sehen in der Digitalisierung ein Risiko für das Gesundheitswesen (2022: 22 Prozent; 2020 27 Prozent). Außerdem gehen 81 Prozent der Befragten davon aus, dass digitale Technologien das medizinische Personal künftig noch stärker unterstützen werden, 72 Prozent erwarten

eine grundsätzliche Verbesserung der medizinischen Versorgung. Die Zukunftserwartung ist demnach zwar positiv – doch sie steht im Kontrast zur aktuellen Lage. Denn 83 Prozent der Ärzteschaft sehen Deutschland im internationalen Vergleich deutlich im Rückstand und 76 Prozent halten die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens für zu langsam. Allerdings gibt es auch eine spürbare persönliche Belastung: Fast ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte (29 Prozent) fühlt sich selbst von der Digitalisierung überfordert, ein Fünftel (22 Prozent) gibt sogar an, Angst vor diesen Entwicklungen zu haben. „Die Digitalisierung kann und wird unser Gesundheitssystem grundlegend verbessern“, betont Bitkom-Präsident Wintergerst. „Sie ist der Schlüssel zu einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung – sie ermöglicht schnellere Diagnosen, individuellere Therapien und kann das medizinische Personal entlasten.“

Die neue Bundesregierung müsse die Entwicklungen weiter vorantreiben. Digitale Technologien seien der wohl stärkste Hebel, um dem demografischen Wandel und dem zunehmenden Fachkräftemangel im Gesundheitswesen wirksam zu begegnen. Gleichzeitig ermögliche insbesondere KI eine gezieltere und frühzeitigere Prävention – etwa durch die intelligente Auswertung von Gesundheitsdaten und personalisierte Vorsorgeangebote. Digitalisierung könne helfen, Krankheiten zu vermeiden, bevor sie entstehen – und das Gesundheitssystem nachhaltig entlasten.“

Quelle: Bitkom



## Radiologen aus Minden testen weltweit erstmals neue KI-Algorithmen

PHOTONEN-COUNTER UND KI SETZEN NEUEN STANDARD IN DER UNTERSUCHUNG DER HERZKLANZGEFÄSSE

*Ein Forschungsteam des Universitätsinstituts für Radiologie am Universitätsklinikum Minden unter der Leitung von Dr. Nina Haag und Dr. Jan-Robert Kröger hat bahnbrechende Erkenntnisse zur Nutzung künstlicher Intelligenz (KI) in der Bildrekonstruktion von Herzuntersuchungen veröffentlicht.*

Die Computertomographie der Herzkranzgefäße gilt laut aktuellen Studien als essenzieller Bestandteil der Herzinfarktprävention. In den vergangenen Jahren konnte sie sich als zuverlässige Methode etablieren, um eine stenosierende koronare Herzerkrankung auszuschließen – und somit vielen Patienten eine invasive Herzkatheteruntersuchung zu ersparen.

Allerdings stellt die Untersuchung des Herzens aufgrund seiner ständigen Pumpbewegung hohe Anforderungen an die Technik sowie an die Expertise des medizinischen Personals. „An der Universitätsklinik Minden setzen wir bereits seit rund drei Jahren den photonenzählenden Computertomographen Naeotom

Alpha ein und haben in dieser Zeit über 2.000 Patienten untersucht“, erklärt Univ.-Prof. Dr. Jan Borggreff, Direktor des Instituts.

Die Forschungsergebnisse sowohl aus Mindener Arbeitsgruppen als auch aus anderen Universitätskliniken belegen, dass die photonenzählende Computertomographie (PCCT) der Koronararterien eine signifikante

### Information zum Bild:

Ein Forschungsteam des Universitätsinstituts für Radiologie am Universitätsklinikum Minden unter der Leitung von Dr. Nina Haag (Mitte) und Dr. Jan-Robert Kröger (rechts) hat neue Erkenntnisse zur Nutzung künstlicher Intelligenz (KI) in der Bildrekonstruktion von Herzuntersuchungen veröffentlicht. Institutsdirektor Univ.-Prof. Dr. Jan Borggreff (links) freut sich über die wissenschaftliche Leistung, die auch direkt zu einer Verbesserung in der Patientenversorgung führt.

### Johannes Wesling Klinikum Minden

Das Johannes Wesling Klinikum Minden ist eines der modernsten Krankenhäuser Europas. Es ist Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum. Das breite Spektrum des medizinischen Angebotes reicht von der Dermatologie über die Thoraxchirurgie bis zur Onkologie und Neurologie. Das Johannes Wesling Klinikum Minden vereint höchste medizinische Expertise und spezialisiertes Fachwissen, Kunst und Kultur unter einem Dach. Mehr als 2.300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den unterschiedlichsten Bereichen sichern den Betrieb des Mindener Universitätsklinikums.

Qualitätssteigerung darstellt und sich zunehmend als neuer Referenzstandard etabliert. Diese Technologie ermöglicht eine sechsmal höhere Ortsauflösung, eine realistischere Darstellung von Verkalkungen sowie eine zeitliche Auflösung von nur 64 Millisekunden statt der herkömmlichen 250 Millisekunden.

Insbesondere Patienten, deren Herzfrequenz erhöht oder unregelmäßig ist oder die bereits Stents oder ausgeprägte Verkalkungen der Koronararterien aufweisen, profitieren erheblich von dieser Weiterentwicklung. Doch das Mindener Radiologenteam strebt nach noch besseren Ergebnissen. Aufgrund ihrer herausragenden Forschungsleistung gehörten das Unispital Zürich und das Universitätsklinikum Minden zu den weltweit ersten Kliniken, die Zugang zu neusten KI-Algorithmen und der neuesten Scanner-Generation erhielten.

„Durch den Einsatz unseres aktuell untersuchten KI-Algorithmus können kleine Bildverzerrungen nochmals erheblich reduziert werden“, berichtet Dr. Nina Haag, Ärztin in Weiterbildung am Universitätsinstitut für Radiologie und Erstautorin der Studie. „Unsere Ergebnisse zeigen, dass der Algorithmus ZeeFree die Rate an nicht beurteilbaren Koronararterien signifikant senken konnte.“

Der geschäftsführende Oberarzt des Instituts und Letztautor der Studie, Dr. Jan-Robert Kröger, ergänzt: „Für uns Radiologen ist es entscheidend, bei jeder Untersuchung eine klare Diagnose stellen zu können. Eine Bildgebung, die aufgrund schlechter Qualität nicht auswertbar ist, stellt den denkbar ungünstigsten Fall dar. Umso erfreulicher ist es, dass wir dank modernster Technologie und KI-Unterstützung die Anzahl nicht-diagnostischer Untersuchungen auf ein absolutes Minimum reduzieren konnten.“

Neben der technologischen Ausstattung spielt auch die kontinuierliche Fortbildung des medizinisch-technischen sowie ärztlichen Teams eine wesentliche Rolle. „Bei Herzuntersuchungen trägt das Team aktiv zur Ergebnisqualität bei“, betont Professor Borggreffe. „Ich bin stolz darauf, dass es uns gelingt, wissenschaftlich fundierte Präzision mit einer hohen Versorgungsqualität zu verbinden – zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten.“

*MKK*



## Mit KI die Akutbehandlung des Schlaganfalls verbessern

KOOPERATIONSPROJEKT DER UKL-NEUROMEDIZINER:INNEN UND KI-EXPERT:INNEN DES SCADS.AI DRESDEN / LEIPZIG SOLL PERSONALISIERTE THERAPIEPLANUNG UNTERSTÜTZEN

*Bei einem Schlaganfall läuft die Zeit – je schneller die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt werden, desto größer ist die Chance, dass die Betroffenen ohne bleibende Schäden gesund werden können. Ein interdisziplinäres Team um UKL-Neurologin Prof. Dorothee Saur hat ein KI-Modell entwickelt, das im Akutfall bei der Entscheidung für oder gegen eine invasive Therapie die behandelnden Ärzt:innen unterstützt.*

Die Leipziger Eigenentwicklung wertet dazu Bilddaten und klinische Informationen aus und verknüpft diese zu einer patientenspezifischen Vorhersage. Das vielversprechende Projekt, dessen Ergebnisse gerade in der Zeitschrift *Brain* veröffentlicht wurden, erhält nun eine Förderung von 250.000 Euro, um in die klinische Anwendung überführt zu werden.

Wenn Patienten mit dem Verdacht auf einen Schlaganfall in eine Klinik kommen, beginnt ein

Rennen gegen die Zeit. Innerhalb kurzer Zeit müssen die Diagnose gestellt und wichtige Entscheidungen gefällt werden: Liegt ein Gefäßverschluss im Gehirn vor? Welche Bereiche sind betroffen? Wie schwer ist die Schädigung und ist noch Hirngewebe zu retten? Und schließlich – welche Behandlung ist die beste?

Für zentrale Therapiemaßnahmen wie die Thrombektomie, eine minimalinvasive Gefäßöffnung durch Bergung eines Blutgerinnsels, ist eine Behandlung in einem

### Information zum Bild:

Gemeinsam gegen den Schlaganfall: Marie-Sophie von Braun, Dr. Kristin Marie Starke, Prof. Dorothee Saur und Jun.-Prof. Cindy Richter ( v.l.n.r.) und ihr interdisziplinäres Team entwickeln eine KI-gestützte Entscheidungshilfe für die Akutbehandlung.

Schlaganfallzentrum erforderlich. Nicht alle Krankenhäuser verfügen über diese hochspezialisierten Einheiten. Da stellt sich dann oft auch die Frage – ist eine Verlegung nötig? „Diese Entscheidungen werden oft unter Zeitdruck vor Ort getroffen, von Kolleg:innen, die nicht in jedem Fall Schlaganfallspezialisten sind“, beschreibt Junior-Professorin Cindy Richter aus dem Institut für Neuroradiologie am Universitätsklinikum Leipzig (UKL) die Herausforderungen des klinischen Alltags.

„UNSER ZIEL BEI EINEM AKUTEN ISCHÄMISCHEN SCHLAGANFALL IST ES, WICHTIGE GEHIRNFUNKTIONEN SO WEIT WIE MÖGLICH ZU ERHALTEN. DAS NEUE MODELL HILFT UNS ZU ERKENNEN, WIE DIES IM JEWEILS KONKRETEN FALL AM BESTEN GELINGEN KANN.“

PROFESSORIN DOROTHEE SAUR, STELLVERTRETENDE DIREKTORIN DER KLINIK FÜR NEUROLOGIE AM UKL

„Nicht jeder Schlaganfallpatient muss aber automatisch die Maximalbehandlung erhalten“, so die UKL-Neuroradiologin. Hier gelte es zu entscheiden, wer tatsächlich davon profitieren würde.

Um dafür eine verlässliche Basis zu schaffen, hat Professorin Dorothee Saur, stellvertretende Direktorin der Klinik für Neurologie am UKL, zusammen mit Partnern aus dem Institut für Neuroradiologie sowie dem Kompetenzzentrum für Künstliche Intelligenz ScaDS.AI Dresden / Leipzig an der Universität Leipzig ein sogenanntes Deep-Learning-Modell als klinische Entscheidungsunterstützung entwickelt.

Diese im Leipziger Team um die Informatikerin Marie-Sophie von Braun entwickelte künstliche Intelligenz kann sowohl das Ausmaß des zu erwartenden Gewebeschadens als auch den klinischen Behandlungserfolg einer Thrombektomie mit hoher Genauigkeit vorhersagen. Dazu wertet die KI die Computertomographie-Bilddaten aus der Diagnostik aus und verknüpft diese mit klinischen Informationen. „Auf diese Weise erhalten wir eine patientenspezifische Einschätzung, welche Schäden zu erwarten sind und ob diese mit einer Intervention

verhindert werden können“, erklärt Prof. Saur. „Unser Ziel bei einem akuten ischämischen Schlaganfall ist es, wichtige Gehirnfunktionen so weit wie möglich zu erhalten. Das neue Modell hilft uns zu erkennen, wie dies im jeweils konkreten Fall am besten gelingen kann.“

Das Modell wurde mit ca. 400 Fällen aus dem UKL trainiert und in zwei unabhängigen Datensätzen aus den Unikliniken Leipzig und Dresden getestet. Die Ergebnisse wurden jetzt in der Fachzeitschrift *Brain* veröffentlicht. Sie sind so überzeugend, dass das Projekt nun seitens der Sächsischen Aufbaubank 250.000 Euro für die Weiterentwicklung zur klinischen Umsetzung erhalten hat. „Als Informatikerin begeistert es mich,

wenn aus technisch anspruchsvollen Algorithmen reale Lösungen entstehen. Gerade die enge Zusammenarbeit mit der Medizin zeigt, wie viel gesellschaftlicher Nutzen in interdisziplinärer Forschung steckt“, unterstreicht Marie-Sophie von Braun vom ScaDS.AI Dresden / Leipzig.

„Unsere nächsten Schritte werden eine Validierung unserer Ergebnisse anhand weiterer Daten sein, mit dem Ziel, die von uns entwickelte Anwendung zu lizensieren und anderen spezialisierten Teams für den klinischen Einsatz verfügbar zu machen“, erklärt Prof. Saur. Die Leipziger gehören zu den internationalen Vorreitern in diesem Feld. Am Ende des Projektes soll eine Software stehen, die auch auf mobilen Endgeräten allen Akteuren bei der Schlaganfallversorgung Hilfestellungen für eine schnelle und sichere Entscheidung liefert. „Unsere Hoffnung ist, dass wir mittels KI in der Schlaganfallmedizin die Prozesse beschleunigen und gleichzeitig eine personalisierte Medizin ermöglichen, indem individuelle Konstellationen und potenzielle Behandlungsergebnisse genauer eingeschätzt werden können“, skizziert Dorothee Saur ihre Vision. In drei bis fünf Jahren könnte es soweit sein.

## Universitätsklinikum Leipzig

Medizin ist unsere Berufung – dieser Leitsatz prägt den Alltag in Leipzigs größtem Klinikum mit 1451 Betten. Mehr als 6.000 Mitarbeiter:innen arbeiten hier an der Versorgung von jährlich 400.000 stationären und ambulanten Patient:innen. Erkenntnisse der medizinischen Forschung fließen hier frühzeitig direkt in die Krankenversorgung. Der Campus an der Liebigstraße im Herzen der Stadt wird bestimmt von modernen Kliniken, Forschungszentren und Einrichtungen der studentischen Lehre und wächst und erneuert sich stetig. Als Träger der größten Berufsfachschule für medizinische Berufe in Sachsen bildet das UKL jährlich mehrere hundert Nachwuchskräfte in der Pflege und anderen Fachberufen aus. Am UKL lernen Studierende der Humanmedizin, Zahnmedizin, Pharmazie, der Hebammenkunde; absolvieren Angehörige aller medizinischen Berufe Fort- und Weiterbildungen.

### Zu den wichtigsten Partnern:

In dem Projekt arbeiten Neurologen und Neuroradiologen vom UKL mit Informatikern des ScaDS.AI Dresden / Leipzig, Center for Scalable Data Analytics and Artificial Intelligence Dresden / Leipzig (Universität Leipzig), zusammen.

Das ScaDS.AI Dresden / Leipzig ist ein Kompetenzzentrum für Data Science, Künstliche Intelligenz und Big Data mit Standorten in Dresden und Leipzig. Es ist eines der fünf neuen KI-Zentren in Deutschland, die im Rahmen der KI-Strategie der Bundesregierung vom Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt sowie vom Freistaat Sachsen gefördert werden. Das Zentrum ist als dauerhafte Forschungseinrichtung an beiden Standorten etabliert und eng mit den örtlichen Universitäten – der Technischen Universität Dresden (TUD) und der Universität Leipzig – verbunden.

### Originalpublikation

Die Publikation ist unter dem Titel „*Prediction of tissue and clinical thrombectomy outcome in acute ischaemic stroke using deep learning*“ von Braun et al. in der Fachzeitschrift *Brain* online veröffentlicht.

UKL

### Neue Abteilung für Medizinische KI und Translation gegründet

Am Universitätsklinikum Leipzig (UKL) wurde eine neue Abteilung für Medizinische KI und Translation (MedKIT) etabliert. Das zum Medizininformatikzentrum gehörende Team widmet sich der Implementierung von klinischen KI-Anwendungen im Praxisbetrieb. Vorrangiges Ziel von MedKIT ist es, wissenschaftlich fundierte KI-Lösungen für die Patientenversorgung zu finden und zum Einsatz zu bringen. Ausgangspunkt dafür ist das AMPEL-Projekt, mit dem am UKL bereits seit Jahren eine erfolgreiche Echtzeit-Unterstützung im stationären Alltag eingeführt wurde.

Das aktuell fünfköpfige Team soll in den kommenden Monaten zum einen aktuell laufenden KI-Initiativen am UKL erfassen und bündeln, und zum anderen sich als zentraler Ansprechpartner für den Einsatz Künstlicher Intelligenz in der Patientenversorgung etablieren. „Wir verstehen unsere Aufgabe so, dass wir für die Fragestellungen unserer Kollegen in den Kliniken die jeweils geeigneten wissenschaftlich fundierten KI-Lösungen finden, prüfen und zum Einsatz bringen“, erklärt Prof. Toralf Kirsten, Leiter des Medizininformatikzentrums, die Zielsetzung. „Für mich steht das KI in MedKIT eindeutig für Kooperation. Wir müssen weg vom Inseldenken und uns einen KI-Kontinent schaffen, an dem sich jeder beteiligen kann.“

UKL



(l) Sören Stöckel, (r.) Dr. rer. nat. Frank Nüßler

## PRIME soll die Nutzung von KI in der Medizin weiter vorantreiben

KLINIKUM CHEMNITZ ERHIELT EINE HOHE FÖRDERUNG FÜR DIE ENTWICKLUNG EINES KI-TOOLS

*Mit PRIME ging im Klinikum Chemnitz Ende Mai dieses Jahres ein Projekt an den Start, das die Nutzung von Künstlicher Intelligenz (KI) in der Medizin weiter vorantreiben soll. PRIME steht für Personalized Recommendations through Intelligent Medical Engines, zu Deutsch etwa: personalisierte Empfehlungen mithilfe intelligenter medizinischer Computerprogramme.*

Im Laufe des zweijährigen Projekts soll ein sogenanntes Sprachmodell im Klinikum implementiert werden, das auf der Grundlage von Studien, Forschungsergebnissen und Leitlinien aus der Krebsmedizin einerseits und umfangreichen medizinischen Daten von Patienten andererseits Therapieempfehlungen für Tumorpatienten entwickelt. Dafür wurden Fördermittel der Europäischen Union und des Freistaates Sachsen aus dem Just Transition Fund in Höhe von insgesamt knapp einer Million Euro eingeworben.

„PRIME ist eine Riesenchance für das Klinikum Chemnitz, bei der KI-Anwendung in der Medizin voranzugehen“, sagt der Medizinische

Geschäftsführer Prof. Dr. Martin Wolz. Denn um die Fortschritte von Sprachmodellen auf Medizin und Wissenschaft zu übertragen, müssen Herausforderungen wie Datenschutz, Notwendigkeit von Überprüfbarkeit und transparente Quellennachweise bewältigt und sicher umgesetzt werden. „Wenn es uns gelingt, diese Hemmnisse abzubauen und ein geeignetes Tool an den Start zu bringen, haben wir eine Blaupause für KI-Einsatz in der Medizin“, so Martin Wolz. „Es könnte auf alle Bereiche ausgerollt werden, in denen aufgrund großer Datenmengen und ständig neuer Erkenntnisse, Forschungen und Studien Entscheidungen für Therapie und Diagnostik zu treffen sind. Für unsere Rolle als Maximalversorger mit universitärem Anspruch ist dies schon jetzt ein massiver Schub.“

### Innovatives Werkzeug für Krebsmediziner

„Die beste Therapieentscheidung für jeden Patienten zu treffen, ist das Ziel jedes Arztes

## Klinikum Chemnitz gGmbH

Die Klinikum Chemnitz gGmbH ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung und zu 100 Prozent im Eigentum der Stadt Chemnitz. Es verfügt über 1.735 Planbetten an drei Standorten in Chemnitz. Es ist das drittgrößte Krankenhaus Deutschlands in kommunaler Trägerschaft. Im Jahr 2024 wurden rund 61.700 Patienten voll- und teilstationär sowie etwa 75.000 Patienten ambulant behandelt. Derzeit sind im Klinikum sowie in den Tochter- und Beteiligungsunternehmen rund 7.250 Mitarbeiter beschäftigt. Der Konzern realisierte 2024 einen Jahresumsatz von etwa 660 Mio. Euro. Das Klinikum Chemnitz ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten in Dresden und Leipzig. Es ist Initiator und Teil des Modellvorhabens Gesundheitsregion Südwestsachsen.

und jeder Ärztin. In unserem Haus werden in wöchentlich 18 Tumorkonferenzen pro Jahr mehr als 8.500 Beschlüsse, also Therapieentscheidungen, getroffen. Mit der Entwicklung von PRIME schaffen wir ein innovatives Werkzeug, das die Ärzte bei diesen Entscheidungen unterstützt und die Patientenversorgung nachhaltig verbessert“, sagt Projektleiter Prof. Dr. Lutz Mirow, Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie und Mitglied im Direktorium des Onkologischen Centrums. „Zugleich ist dieses Projekt ein weiterer Baustein beim Aufbau des KI-Ökosystems am Klinikum Chemnitz. Mit einem eigenen Sprachmodell macht das Klinikum einen großen Schritt in Richtung digitale Transformation.“

„Das Prinzip dieses Sprachmodells ist vergleichbar mit dem von ChatGPT oder Gemini: Es werden persönliche und medizinische Informationen über einen Patienten eingegeben und die KI gibt eine Therapieempfehlung aus“, erklärt Sören Stöckel, Projektverantwortlicher von PRIME. Anders als bei den allgemeinen, frei verfügbaren Chatbots, bei denen man nicht weiß, was mit den eingegebenen Daten geschieht und aus welchen Quellen die ausgegebenen Informationen stammen, läuft PRIME auf einem lokalen Server, der direkt im Klinikum steht und nicht mit dem Internet verbunden ist. „Alle Daten bleiben im Haus und sind

vor dem Zugriff Unberechtigter geschützt“, so Sören Stöckel. Und die Datengrundlage, aus der die KI ihre Therapieempfehlung generiert, sei bekannt. Damit seien die Empfehlungen transparent und nachprüfbar. Die nächsten Schritte seien die Beschaffung von Hard- und Software, das Befüllen der Software mit den umfangreichen medizinischen Daten und die Verknüpfung mit dem Krankenhausinformationssystem. „Teil des Projekts ist die Evaluation der KI-Therapieempfehlungen; um die Korrektheit zu überprüfen und bei Bedarf das System zu justieren.“ Mit ersten Ergebnissen ist Ende des Jahres zu rechnen.

### Viele Bausteine, eine Strategie

PRIME soll ein zentrales Element in der KI-Strategie am Klinikum Chemnitz werden, insbesondere für medizinische Daten. Es wird eine Zusammenarbeit mit dem Datenintegrationszentrum des Klinikums geben, um Primärdaten so aufzubereiten, dass diese einem

PRIME IST EINE RIESENCHANCE FÜR DAS KLINIKUM CHEMNITZ, BEI DER KI-ANWENDUNG IN DER MEDIZIN VORANZUGEHEN.

DR. MARTIN WOLZ, MEDIZINISCHER GESCHÄFTSFÜHRER

Large Language Model (Sprachmodell, das mit großen Mengen von Texten erstellt wurde) optimal zugänglich gemacht werden können.



Prof. Dr. Lutz Mirow

prüfen wir aktuell unter Federführung von Dr. med. Dieter Fedders, Chefarzt Radiologie, die Einführung einer KI-Software zur Befundung von Computertomografien der Lunge, welche im Zuge des deutschlandweiten Lungen-screensings voraussichtlich Mitte des Jahres eingeführt werden soll“, führt Dr. Nüßler weiter aus.

„Es gibt schon mehrere Projekte im Bereich Künstliche Intelligenz am Klinikum, die wir mit unserer Strategie zu einem sinnvollen Ganzen verknüpfen und weiterentwickeln wollen“, sagt Dr. rer. nat. Frank Nüßler, Leiter des Bereichs

Datenverarbeitungen in der KI-Strategie erfolgen rechtskonform, zum Beispiel durch Einwilligung der betroffenen Patienten. Auch darüber hinaus werden die Persönlichkeitsrechte unserer Patienten eingehalten. Sinnvoll

„ZIEL IST ES DABEI IMMER, MENSCHLICHES HANDELN NICHT ZU ERSETZEN, SONDERN ES GEZIELT ZU UNTERSTÜTZEN, UM LETZTLICH DIE PATIENTENVERSORGUNG ZU VERBESSERN.“

verbunden und auf weitere, passende Bereiche ausgerollt werde sich der Schub für Diagnostik und Therapie erst richtig entfalten. Dr. Nüßler: „Ziel ist

Informatik. So komme beispielsweise in der Pathologie KI bei der Auswertung von Gewebeproben von Brustkrebspatientinnen zum Einsatz. In einem weiteren Projekt werden medizinische Daten analysiert, um Patienten mit seltenen Krankheiten zu ermitteln. „Außerdem

dabei immer, menschliches Handeln nicht zu ersetzen, sondern es gezielt zu unterstützen, um letztlich die Patientenversorgung zu verbessern.“

*Klinikum Chemnitz*





Das Team der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie nach der ersten Durchführung mit der neuen hochauflösenden KI-gestützten Bildgebungslösung Iris

## Strahlentherapie setzt weltweit erstmals KI-gestützte Bildgebungslösung mit Versa HD ein

---

TECHNIK VERSPRICHT NOCH BESSERE UND DETAILLIERTERE BILDER  
VON ZIELVOLUMEN UND KRITISCHEN STRUKTUREN

---

*Die Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden ist die weltweit erste Einrichtung, die Patientinnen und Patienten auf dem Versa HD Linac von Elekta mit der neuen hochauflösenden KI-gestützten Bildgebungslösung Iris behandelt. Diese ermöglicht es den Medizinerinnen und Mediziner, Zielvolumen und kritische Strukturen für jede Fraktion mit noch besseren und detaillierteren Bildern zu visualisieren. Ende Januar 2025 wurde der erste Patient mit diesem innovativen Verfahren behandelt.*

„Wir stellen eine deutlich verbesserte Bildqualität fest, welche die bildgeführte Einstellung der Patientinnen und Patienten vereinfacht und die Bestrahlung qualitativ verbessert“, sagt Prof. Esther Troost, Radioonkologin und Direktorin der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie. „Die Hochschulmedizin Dresden setzt in der Onkologie immer wieder neue

Maßstäbe. Das enge Zusammenwirken von Forschung und Patientenversorgung in Zusammenarbeit mit der Industrie ermöglicht es uns stetig, Diagnostik und Therapie zu verbessern“, sagt Prof. Uwe Platzbecker, Medizinischer Vorstand am Universitätsklinikum Dresden.

Iris bietet dem Strahlentherapie-Team eine hochauflösende, KI-gestützte Bildgebung, einen radikal verbesserten Kontrast zur Visualisierung der Zielgrenzen und des benachbarten gesunden Gewebes. Das ist wichtig, um die Strahlendosis genau zu bestimmen und so präzise wie möglich das erkrankte Gewebe zu bestrahlen. So können Nebenwirkungen sowie Risiken für das umliegende Gewebe minimiert werden. „Diese neue Technik bietet eine Voraussetzung für die Reduktion von Nebenwirkungen der Strahlentherapie, wenn intensive Behandlungsschemata appliziert werden“, ergänzt Prof. Mechthild Krause, Direktorin der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie

### Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden bietet medizinische Betreuung auf höchstem Versorgungsniveau. Als Krankenhaus der Maximalversorgung deckt es das gesamte Spektrum der modernen Medizin ab. Es vereint 26 Kliniken und Polikliniken, sieben Institute und 19 interdisziplinäre Zentren, die eng mit den klinischen und theoretischen Instituten der Medizinischen Fakultät zusammenarbeiten. Mit 1.410 Betten und 201 Plätzen für die tagesklinische Behandlung von Patienten ist das Dresdner Uniklinikum das größte Krankenhaus der Stadt und zugleich das einzige Krankenhaus der Maximalversorgung in Ostsachsen. Rund 1.122 Ärztinnen und Ärzte decken das gesamte Spektrum der modernen Medizin ab. 2.214 Schwestern und Pfleger kümmern sich um das Wohl der Patientinnen und Patienten.

„WIR STELLEN EINE DEUTLICH VERBESSERTE BILDQUALITÄT FEST, WELCHE DIE BILDGEFÜHRTE EINSTELLUNG DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN VEREINFACHT UND DIE BESTRAHLUNG QUALITATIV VERBESSERT.“

PROF. ESTHER TROOST, RADIOONKOLOGIN UND DIREKTORIN DER KLINIK UND POLIKLINIK FÜR STRAHLENTHERAPIE UND RADIOONKOLOGIE

und des OncoRay – Nationales Zentrum für Strahlenforschung in der Onkologie, einem Forschungszentrum des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus, der Medizinischen Fakultät an der Technischen Universität Dresden und dem Helmholtz-Zentrum Dresden-Rossendorf. „Wir freuen uns sehr, dass wir mit Iris die personalisierten Behandlungsmöglichkeiten auf mehr Patientinnen und Patienten sowie Kliniken ausweiten können“, sagt der Elekta-Projektleiter. „Das Technologie-Upgrade, das die Bildqualität erheblich verbessert, kann einfach und mit minimaler Störung installiert werden, wie das Team am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus bewiesen hat.“ „Es ehrt uns sehr, dass wir die erste Klinik weltweit sind, die diese innovative Bildgebungslösung auf einem Versa HD einsetzt und freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit“, sagt Stefan Pieck, administrativer Direktor des OncoRay.

### Krebsforschung zum Wohl der Patientinnen und Patienten

Die Vision des Dresdner OncoRay – Nationales Zentrum für Strahlenforschung in der Onkologie ist es, die Heilung von Krebserkrankungen durch eine biologisch individualisierte, technologisch optimale Strahlentherapie entscheidend zu verbessern. Krebserkrankungen sind die zweithäufigste Todesursache in allen entwickelten Industrienationen. Allein in Deutschland erkranken derzeit jährlich mehr als 480.000 Personen neu an Krebs. 220.000 Menschen versterben daran. Es ist davon auszugehen, dass bösartige Tumoren innerhalb der nächsten 10 bis 15 Jahre die kardio-vaskulären Krankheiten ablösen und zur häufigsten Todesursache werden.

Die Strahlentherapie ist ein hocheffektives Verfahren zur Vernichtung des Primärtumors und verringert dadurch auch die Gefahr der Streuung von Metastasen, die gewöhnlich das Endstadium einer Krebserkrankung darstellen.



Querschnitt im Bereich des Beckens – Mit der neuen KI-gestützten Bildgebungslösung Iris (Bild links) erhält man eine deutlich verbesserte Bildqualität als mit dem herkömmlichen CBCT (Bild rechts).

„DIESE NEUE TECHNIK BIETET EINE VORAUSSETZUNG FÜR DIE REDUKTION VON NEBENWIRKUNGEN DER STRAHLENTHERAPIE, WENN INTENSIVE BEHANDLUNGSSCHEMATA APPLIZIERT WERDEN.“

PROF. MECHTHILD KRAUSE, DIREKTORIN DER KLINIK FÜR STRAHLENTHERAPIE UND RADIOONKOLOGIE UND DES ONCORAY – NATIONALES ZENTRUM FÜR STRAHLENFORSCHUNG IN DER ONKOLOGIE

Im Gegensatz zu anderen Verfahren kann die Strahlentherapie nicht nur zeitlich, sondern auch räumlich exakt gesteuert werden. Ein Ersatz der Strahlentherapie durch andere Methoden ist nicht in Sicht. Im Gegenteil, in den nächsten Jahrzehnten wird die Effizienz und Bedeutung der Strahlentherapie durch physikalisch-technologische Weiterentwicklung von Hochpräzisions-Bestrahlungsverfahren und durch die Integration moderner Elemente der biologischen Forschung, die einen individualisierten Zuschnitt der Behandlung auf den einzelnen Patienten erlauben, weiter zunehmen. Dies erfordert die enge transdisziplinäre Verzahnung von modernster Biologie, Physik und Medizin.

von dringend benötigten Experten in Mangelberufen wird die Forschung im Zentrum mit einem sich am internationalen Niveau messenden modularen Lehrangebot an der OncoRay Postgraduate School verknüpft. [www.oncoray.de](http://www.oncoray.de)

Das Zentrum, das im Jahr 2005 den Betrieb aufnahm, wird gemeinsam von der Medizinischen Fakultät an der TU Dresden, dem Helmholtz-Zentrum Dresden – Rossendorf sowie dem Universitätsklinikum Carl Gustav Carus getragen.

Fokussierung und Strategie von OncoRay greifen den großen Bedarf an präklinischer und klinischer Translationsforschung in diesem Forschungsfeld auf. Der Anspruch von OncoRay ist es, sich unter den weltbesten Zentren in diesem Forschungsfeld zu etablieren. Zur Sicherung junger Talente und zur Ausbildung





Annika Reinke

## Hector-Stiftung-Preis 2025 für Annika Reinke: „Metrics Reloaded“

DAS PROJEKT VERBESSERT QUALITÄT UND VERLÄSSLICHKEIT  
KI-GESTÜTZTER BILDANALYSEN

*Die Informatikerin Annika Reinke vom Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) erhielt für ihre herausragende Arbeit im Bereich der KI-gestützten medizinischen Bildanalyse den mit 10.000 Euro dotierten Hector-Stiftungs-Preis 2025. Ausgezeichnet wurde sie für das Projekt Metrics Reloaded, das Qualität und Verlässlichkeit der Ergebnisse KI-gestützter Bildanalysen erheblich verbessern kann.*

Das Team um Annika Reinke entwickelte Metrics Reloaded und das damit verbundene Online-Tool mit dem Ziel, Nutzer bei der Auswahl des für ihre Aufgabenstellung geeigneten Algorithmus zu unterstützen. Metrics Reloaded hilft den Anwendern, die Leistung von KI-Algorithmen in der medizinischen Bildauswertung verlässlich und aufgabenspezifisch zu bewerten. Denn die Aussagekraft solcher Auswertungen hängt maßgeblich von der Wahl geeigneter Validierungsmetriken ab – also der Kennzahlen, mit denen die Algorithmen beurteilt werden.

In Zusammenarbeit mit einem internationalen Konsortium analysierte Reinke die Stärken, Schwächen und Grenzen existierender Metriken. Die Ergebnisse flossen in das strukturierte Online-Tool ein. Das Tool berücksichtigt dabei unterschiedliche Anwendungsszenarien – von der Klassifikation über die Objekterkennung bis hin zur semantischen Segmentierung – und kann unabhängig von der Bildquelle eingesetzt werden.

Mit ihrer Arbeit leistet Reinke einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung bei der Anwendung Künstlicher Intelligenz in der medizinischen Diagnostik. Durch die verbesserte Wahl von Metriken wird der Transfer von KI-Verfahren in die klinische Praxis gezielt unterstützt.

Die ausgezeichnete Arbeit basiert auf einer mehrstufigen, internationalen Expertenbefragung und stellt erstmals ein umfassendes, frei zugängliches Informations- und Entscheidungshilfesystem zur Verfügung. Es richtet sich an Fachleute aus Forschung, Industrie und klinischer Praxis.

## Deutsches Krebsforschungszentrum

Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) ist mit mehr als 3.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die größte biomedizinische Forschungseinrichtung in Deutschland. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler erforschen im DKFZ, wie Krebs entsteht, erfassen Krebsrisikofaktoren und suchen nach neuen Strategien, die verhindern, dass Menschen an Krebs erkranken. Sie entwickeln neue Methoden, mit denen Tumore präziser diagnostiziert und Krebspatienten erfolgreicher behandelt werden können. Beim Krebsinformationsdienst (KID) des DKFZ erhalten Betroffene, Interessierte und Fachkreise individuelle Antworten auf alle Fragen zum Thema Krebs. Das DKFZ wird zu 90 Prozent vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und zu 10 Prozent vom Land Baden-Württemberg finanziert und ist Mitglied in der Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Forschungszentren.

Annika Reinke forscht in der Abteilung von Lena Maier-Hein am DKFZ, die das Ziel verfolgt, medizinische Verfahren durch datengestützte Methoden zu verbessern. Die Auszeichnung der Hector Stiftung würdigt insbesondere ihren Beitrag zur konzeptionellen Entwicklung und Umsetzung von Metrics Reloaded.

Der von der Hector Stiftung gestiftete Preis richtet sich an junge Forschende aus dem Bereich Informatik. Die Auszeichnung wurde im feierlichen Rahmen der Jahresfeier der Heidelberger Akademie der Wissenschaften verliehen.

Um vielversprechende Ansätze aus der Krebsforschung in die Klinik zu übertragen und so die Chancen von Patientinnen und Patienten zu verbessern, betreibt das DKFZ gemeinsam

mit exzellenten Universitätskliniken und Forschungseinrichtungen in ganz Deutschland Translationszentren:

- Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT, 6 Standorte)
- Deutsches Konsortium für Translationale Krebsforschung (DKTK, 8 Standorte)
- Hopp-Kindertumorzentrum (KiTZ) Heidelberg
- Helmholtz-Institut für translationale Onkologie (HI-TRON) Mainz – ein Helmholtz-Institut des DKFZ
- DKFZ-Hector Krebsinstitut an der Universitätsmedizin Mannheim
- Nationales Krebspräventionszentrum (gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe)
- Deutsches Krebsforschungszentrum



## Hürden überwinden, Chancen nutzen

### EMPFEHLUNGEN FÜR DEN EINSATZ VON KI ZUR DIAGNOSTIK, BEHANDLUNG UND ERFORSCHUNG VON LEBERERKRANKUNGEN

*Eine Gruppe aus 34 führenden internationalen Expertinnen und Experten der Hepatologie, Datenwissenschaft und Künstlicher Intelligenz (KI) hat einen Konsensbericht vorgelegt, der konkrete Empfehlungen für den Einsatz von KI in der Hepatologie gibt.*

Die Empfehlungen basieren auf einem strukturierten, mehrstufigen, anonymisierten Verfahren, welches unter der Leitung von Prof. Jakob N. Kather, Else Kröner Fresenius Zentrum (EKFZ) für Digitale Gesundheit, TU Dresden und Universitätsklinikum Dresden, gemeinsam mit Dr. Sabela Lens, Universitätsklinikum Barcelona / Spanien und Dr. Eric Trépo, Universitätsklinikum Brüssel / Belgien durchgeführt wurde. Die Veröffentlichung erfolgte unter dem Dach der Fachgesellschaft EASL – European Association for the Study of the Liver und ihrer „AI Task Force“ im „Journal of Hepatology“.

#### **Fortschritte und Herausforderungen beim Einsatz von KI**

In den vergangenen 15 Jahren haben sich KI-Systeme rasant weiterentwickelt. Große Fortschritte gab es insbesondere bei bildbasierten Anwendungen in der Radiologie und Pathologie – zunehmend auch im Bereich sprachbasierter Methoden. Trotz des enormen Potenzials ist die klinische Nutzung von KI bislang aufgrund zahlreicher Herausforderungen begrenzt. Um Hürden bei der Umsetzung zu identifizieren und die Einführung KI-basierter Anwendungen in der Hepatologie zu erleichtern, hat die AI Task Force der EASL gemeinsam mit weiteren Fachleuten aus den Bereichen Medizin, klinische KI, Datenwissenschaft und Regulatorik eine strukturierte Analyse durchgeführt. Grundlage war das Delphi-Verfahren – eine systematische, mehrstufige und anonymisierte Befragung, die in der Medizin häufig zur Entwicklung von Leitlinien eingesetzt wird und am Ende den breiten Konsens der Gruppe widerspiegelt. Dr. Jan Clusmann, Erstautor der Veröffentlichung und Postdoktorand in der Arbeitsgruppe „Clinical Artificial

## Else Kröner Fresenius Zentrum (EKFZ) für Digitale Gesundheit

Das EKFZ für Digitale Gesundheit an der TU Dresden und dem Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden wurde im September 2019 gegründet. Es wird mit einer Fördersumme von 40 Millionen Euro für eine Laufzeit von zehn Jahren von der Else Kröner-Fresenius-Stiftung gefördert. Das Zentrum konzentriert seine Forschungsaktivitäten auf innovative, medizinische und digitale Technologien an der direkten Schnittstelle zu den Patientinnen und Patienten. Das Ziel ist dabei, das Potenzial der Digitalisierung in der Medizin voll auszuschöpfen, um die Gesundheitsversorgung, die medizinische Forschung und die klinische Praxis nachhaltig zu verbessern.

Intelligence“ von Prof. Jakob N. Kather am EKFZ für Digitale Gesundheit der TU Dresden hat den Prozess koordiniert und die Ergebnisse zusammengetragen und aufbereitet.

„KI hat das Potenzial, die Behandlung und Erforschung von Lebererkrankungen grundlegend zu verbessern – doch es bestehen derzeit noch erhebliche Hürden. Unsere Publikation bietet eine Orientierung, um diese abzubauen und den Weg zur routinemäßigen klinischen Nutzung von KI-Systemen zu ebnen“, sagt Jakob N. Kather, Professor für Clinical Artificial Intelligence am EKFZ für Digitale Gesundheit der TU Dresden und Arzt am Universitätsklinikum Dresden.

### KI-Kompetenz als Schlüssel für die erfolgreiche Umsetzung

Eine zentrale Empfehlung der Gruppe lautet, die KI-Kompetenz des medizinischen Fachpersonals zu stärken. Das Expertengremium betont weiter, dass KI-Systeme ihre Wirksamkeit, Verlässlichkeit und Vertrauenswürdigkeit nachweisen müssen, bevor sie in klinische Abläufe integriert werden können. Selbst validierte Werkzeuge stoßen häufig auf Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung – bedingt

durch nicht aufeinander abgestimmte Infrastrukturen im Gesundheitssystem und begrenzte Interoperabilität der IT-Systeme in den Krankenhäusern. Diese praktischen Hindernisse bei der Umsetzung müssten dringend abgebaut werden.

### Klinische Studien mit KI-Unterstützung durchführen und den Datenaustausch erleichtern

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der Einsatz und die Überprüfung von KI-Methoden in klinischen Studien. Dafür sind der nahtlose Austausch von Informationen zwischen verschiedenen Institutionen sowie der dezentralisierte Zugriff auf anonymisierte Daten erforderlich – ebenso wie eine frühzeitige Zusammenarbeit zwischen KI-Forschenden und leitenden Personen klinischer Studien.

### Fächerübergreifende Zusammenarbeit fördern und klare Rahmenbedingungen schaffen

Fachgesellschaften sollten künftig Initiativen und strukturierte Rahmenbedingungen für eine bessere Implementierung von KI

### Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden bietet medizinische Betreuung auf höchstem Versorgungsniveau. Als Krankenhaus der Maximalversorgung deckt es das gesamte Spektrum der modernen Medizin ab. Es vereint 26 Kliniken und Polikliniken, sieben Institute und 19 interdisziplinäre Zentren, die eng mit den klinischen und theoretischen Instituten der Medizinischen Fakultät zusammenarbeiten. Mit 1.410 Betten und 201 Plätzen für die tagesklinische Behandlung von Patienten ist das Dresdner Uniklinikum das größte Krankenhaus der Stadt und zugleich das einzige Krankenhaus der Maximalversorgung in Ostsachsen. Rund 1.122 Ärztinnen und Ärzte decken das gesamte Spektrum der modernen Medizin ab. 2.214 Schwestern und Pfleger kümmern sich um das Wohl der Patientinnen und Patienten.

schaffen, empfiehlt die Gruppe. Zukünftige Leitlinien sollten den Einsatz von KI-Modellen diskutieren. Der Inhalt der Leitlinien soll außerdem priorisiert als Kontext für KI-gestützte Entscheidungsunterstützungssysteme in der klinischen Praxis zur Verfügung stehen, damit KI-Systeme jederzeit auf die jeweils aktuellste Datengrundlage zurückgreifen können.

„Der Wandel hin zu einem digitalen, KI-gestützten Gesundheitssystem erfordert koordinierte Zusammenarbeit, solide Validierung, Vertrauen in neue Technologien und einen engen Austausch zwischen medizinischem Fachpersonal, Forschenden, Systementwicklern, Gesetzgebern und politischen Entscheidungsträgern. Die vorgelegten Empfehlungen bilden eine hervorragende Grundlage, um die sichere und verantwortungsvolle Einführung von KI in der Medizin zu erleichtern“, sagt Stephen Gilbert, Professor für Medical Device Regulatory Science am EKFZ für Digitale Gesundheit an der TUD und Mitautor der Veröffentlichung.

Die Empfehlungen sollen Gesundheitseinrichtungen, Industriepartnern und politischen Entscheidungsträgern helfen, den

verantwortungsvollen und patientenorientierten Einsatz von KI in der Hepatologie weltweit voranzutreiben.

„Das Besondere an dieser Veröffentlichung ist der internationale, interdisziplinäre Konsens – entstanden aus der engen Zusammenarbeit von Expertinnen und Experten aus verschiedenen Ländern und Fachrichtungen. Diese gemeinsame Grundlage trägt dazu bei, die wegweisenden KI-Technologien aus dem Labor in die klinische Praxis zu überführen. Wir veranschaulichen das in der Studie für die Hepatologie, beschreiben aber einen Leitfaden, der auch für andere Fachrichtungen relevant ist, in denen wir vor ähnlichen Herausforderungen stehen“, sagt Dr. Jan Clusmann, Erstautor der Veröffentlichung und Postdoktorand im Team von Professor Kather.

*Das Positionspapier „The barriers for uptake of artificial intelligence in hepatology and how to overcome them“ ist im „Journal of Hepatology“ erschienen – der offiziellen Fachzeitschrift der EASL – European Association for the Study of the Liver.*

## Publikation

Jan Clusmann, Maria Balaguer-Montero, Octavi Bassegoda, Carolin V. Schneider, Tobias Seraphin, Ellis Painsil, Tom Luedde, Raquel Perez Lopez, Julien Calderaro, Stephen Gilbert, Thomas Marjot, Ashley Spann, Debbie L. Shawcross, Sabela Lens, Eric Trépo, Jakob Nikolas Kather: The barriers for uptake of artificial intelligence in hepatology and how to overcome them; Journal of Hepatology, July 2025.

[https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(25\)02337-2/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(25)02337-2/fulltext)

EKFZ für Digitale Gesundheit



„DAS BESONDERE AN DIESER VERÖFFENTLICHUNG IST DER INTERNATIONALE, INTERDISZIPLINÄRE KONSENS – ENTSTANDEN AUS DER ENGEN ZUSAMMENARBEIT VON EXPERTINNEN UND EXPERTEN AUS VERSCHIEDENEN LÄNDERN UND FACHRICHTUNGEN. DIESE GEMEINSAME GRUNDLAGE TRÄGT DAZU BEI, DIE WEGWEISENDEN KI-TECHNOLOGIEN AUS DEM LABOR IN DIE KLINISCHE PRAXIS ZU ÜBERFÜHREN. WIR VERANSCHAULICHEN DAS IN DER STUDIE FÜR DIE HEPATOLOGIE, BESCHREIBEN ABER EINEN LEITFADEN, DER AUCH FÜR ANDERE FACHRICHTUNGEN RELEVANT IST, IN DENEN WIR VOR ÄHNLICHEN HERAUSFORDERUNGEN STEHEN.“

DR. JAN CLUSMANN, ERSTAUTOR DER VERÖFFENTLICHUNG UND  
POSTDOKTORAND IN DER ARBEITSGRUPPE „CLINICAL ARTIFICIAL INTELLIGENCE“  
VON PROFESSOR JACOB N. KATHER

# IDEE

# IN



# EN, PROJEKTE, INNOVATIONEN

ÄRZTEWEITERBILDUNG

3-D-DRUCK

MITARBEITERWOHNUNGEN

FÜR KLEINE PATIENTEN

VIRTUAL REALITY IN DER AUSBILDUNG



# Studierendenhaus am Campus Klinikum Bielefeld – Vernetzung von Lehre, Forschung und Krankenversorgung

LERN- UND ARBEITZENTRUM MIT HOCHMODERNEN  
VORAUSSETZUNGEN FÜR STUDIUM, AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG  
IN DER MEDIZIN

*Vom Lernen zum Wissen, vom Wissen zum Verstehen, vom Verstehen zum Handeln: Das Studierendenhaus am Campus Klinikum Bielefeld steht seit Ende März dieses Jahres zur Vernetzung von Lehre, Forschung und Krankenversorgung in der curricularen Lehre im Bielefelder Modellstudiengang Medizin bereit. Angehende Medizinerinnen und Mediziner aus ganz OWL finden auf 2.044 Quadratmetern moderne Hörsäle und Seminarräume, eine eigene Mensa, ein Skills Lab mit Trainings-Schockraum zur Simulation von Notfallsituationen, eine Core Unit Labor sowie eine digitale Bibliothek.*

Nach einer Bauzeit von 28 Monaten wurde das Studierendenhaus "EduLab" am Mittwoch, dem 26. März 2025, feierlich eingeweiht. Das hochmoderne Ausbildungsgebäude auf der Südostseite des Klinikums Bielefeld-Mitte

verankert die medizinische Ausbildung nun sichtbar auf dem Campus Klinikum Bielefeld und verknüpft curriculare und extracurriculare Lehre in der Medizin: Das viergeschossige Gebäude, das über eine Grundfläche von 2.044 Quadratmetern verfügt, teilt sich auf in einen modularen Hörsaal, eine digitale Bibliothek, neun Seminarräume, vier Trainingsräume sowie einen Trainings-Schockraum zur Simulation von Notfallsituationen und begleitender Kommunikation, eine Core Unit Labor sowie eine Mensa. Die aufeinander aufbauende Vernetzung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung spiegelt sich in einem Ebenenbezogenen Nutzungskonzept:

- UG: Core Unit Labor mit patientennaher klinisch-wissenschaftlicher Forschung
- EG: Großer Hörsaal und Mensa, auch als Veranstaltungsort nutzbar

## Klinikum Bielefeld

Die Klinikum Bielefeld gem. GmbH betreibt mit ihren Tochtergesellschaften die drei Krankenhäuser Klinikum Bielefeld – Mitte, Klinikum Bielefeld – Rosenhöhe und Klinikum Bielefeld – Halle (Westf.). Gesellschafterinnen sind die Stadt Bielefeld und die Stadt Halle (Westf.). An den drei Standorten sichern mehr als 3.000 qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Pro Jahr werden in den über 30 Fachkliniken und den Instituten des Klinikums mehr als 45.000 stationäre und über 100.000 ambulante Patientinnen und Patienten behandelt (Jahr 2024). Insgesamt verfügt das Klinikum über mehr als 1.100 Betten.

- 1. OG: Klinisch-praktische Ausbildung mit Fokus auf Notfallmedizin und Kommunikation im Skills Lab
- 2. OG: Räume und Bibliothek für interdisziplinäres, interprofessionelles Lernen mit einem Fokus auf Tumormedizin

„Der Entstehungsprozess dieses Gebäudes zeugt von dem, was es auch in Zukunft sein soll: Verantwortung und Gestaltungskraft gepaart mit Bodenständigkeit, Nachhaltigkeit und Regionalität. Ich bin beeindruckt von der zukunftsweisenden Technik, der funktionalen Konzeption und der inspirierenden Lernatmosphäre, die hier auf dem Campus Klinikum Bielefeld geschaffen wurde“, betonte Michael Ackermann, Geschäftsführer des Klinikums Bielefeld, anlässlich der Eröffnung. „Das Studierendenhaus soll zum regional prägenden Ort für neue Formen der Zusammenarbeit über Fach- und Berufsgruppengrenzen hinweg in der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung werden. Dieses Gebäude wurde finanziert als Gemeinschaftsprojekt der Universität Bielefeld, aus Fördermitteln des Landes Nordrhein-Westfalen, der Gesellschafter der Städte Bielefeld und Halle (Westf.), des Klinikums Bielefeld und besonders durch den Förderkreis Klinikum Bielefeld bzw. engagierter Unternehmen und Institutionen aus der Region. Dafür sind wir sehr dankbar, und vor

allem wird dieser neu geschaffene Lernort den Klebeffekt der Medizinstudierenden für die Region unterstützen! Aufgrund der exzellenten Ausstattung kann es auch überregional einen bedeutenden Raum für lebenslanges berufliches Lernen in der Medizin bieten.“

## Regionale Profilbildung, überregionale Strahlkraft

Seit 2021 ist das Klinikum Bielefeld als Campus Klinikum Bielefeld der Medizinischen Fakultät OWL der Universität Bielefeld Teil des Universitätsklinikums OWL. Die Medizinstudierenden aus Bielefeld sollen nun im neuen Gebäude am Klinikum einen attraktiven Ort zum Lernen und Arbeiten vorfinden.

„Medizin ist Handwerk, ist Wissenschaft, ist Kunst – all diese Facetten kommen in den Lernangeboten des Studierendenhauses zum Tragen, im Skills Lab zur klinisch-praktischen Ausbildung, in der Core Unit Labor zur klinisch-wissenschaftlichen Qualifizierung, und vor allem auch in der Verankerung der Tumorkonferenzen – räumlich zukünftig angesiedelt im 2. Obergeschoss des Studierendenhauses mit wegweisenden technischen Möglichkeiten zur Kommunikation – in die klinische Ausbildung. Was mehr kennzeichnet Medizin als



Für die Ausstattung dieser innovativen Trainingseinrichtung sind bisher 357.870 EUR an Geld- und Sachspenden zusammengekommen. Weitere Geräte sollen ebenfalls durch Spenden ermöglicht werden.

Kunst als die Fortschritte einer interdisziplinär und interprofessionell gelebten, regional und intersektoral vernetzten, konsequent am Patientenwohl ausgerichteten Tumormedizin! Das Studierendenhaus unterstützt auf diese Weise ganz konkret und nachhaltig den Weg, Lernen in Wissen zu verwandeln, Wissen in Verstehen, und Verstehen dann in verantwortungsbewusste Handlungsfähigkeit zu übersetzen“, sagt Priv.-Doz. Dr. med. Dorothea Stahl, Direktorin für universitäre Medizin am Klinikum Bielefeld, anlässlich der feierlichen Eröffnung.

---

### **Das Skills Lab und die Core Unit Labor-Ausbildung in klinisch-praktischer und klinisch-wissenschaftlicher Medizin**

Der Begriff „Skills Lab“ steht für speziell ausgestattete Unterrichtsräume, in denen die Studierenden praktische Fähigkeiten einüben können. In einem Skills Lab lassen sich realitätsnah Situationen aus dem Klinikalltag simulieren und trainieren. Im Skills Lab des Studierendenhauses wird Medizinstudierenden im Verlauf ihres Studiums sowie zu Beginn ihrer Tätigkeit als Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung ermöglicht, praxisrelevante Fähigkeiten („Skills“) zu erwerben, die sie optimal auf die Übernahme von Verantwortung für ihre Patientinnen und Patienten vorbereiten.

Das Skills Lab des Studierendenhauses wurde mit Spenden finanziert, die der Förderkreis Klinikum Bielefeld zusammengetragen hat.

Im Untergeschoss des Studierendenhauses beeindruckt die Core Unit Labor mit modernster labortechnischer Ausstattung für klinisch-wissenschaftliches Arbeiten. Hier werden unter engmaschiger Begleitung durch Naturwissenschaftlerinnen und Naturwissenschaftlern aus alltagsnahen klinischen Fragestellungen wissenschaftliche Laborexperimente. Angehende Medizinerinnen und Mediziner können hier ihre im Bielefelder Modellstudiengang vorgesehenen Forschungsvorhaben beginnen und vorantreiben sowie in kleinen Teams weiterentwickeln und erweitern, bis hin zu einer sich an die Forschungsarbeit anschließenden Promotionsarbeit.

---

### **In Zukunft: Hausgemachte Medizinerinnen und Mediziner aus Bielefeld**

Zum Wintersemester 2021/2022 haben erstmals 60 Studierende ihr Studium der Medizin an der Medizinischen Fakultät OWL aufgenommen. Derzeit lernen vier Jahrgänge mit in Summe 240 Studierenden und im Oktober 2025 starten erstmalig 120 Studierende gleichzeitig. Im Oktober 2026 werden bereits 300 neu Startende erwartet, so dass zum Wintersemester 2030/2031 in fünf parallelen Jahrgängen 1.500 Medizinstudierende in Bielefeld lernen werden.

*Klinikum Bielefeld / pb-redaktion*



Der Pharmaprinter mischt aufs Milligramm genau den Wirkstoff mit der wohlschmeckenden Trägermasse.

## Mit Gummibärchengeschmack - Arzneimittel aus dem 3D-Drucker

DIE ZENTRALAPOTHEKE DER MÜHLENKREISKLINIKEN SETZT AUF  
NEUESTE TECHNOLOGIE FÜR PERSONALISIERTE KINDERHEILKUNDE

*Die Mühlenkreiskliniken gehen neue Wege in der Arzneimitteltherapie für Kinder. Seit Juni 2024 verfügt die Zentralapotheke über einen 3D-Drucker der Firma Curifylabs. Der sogenannte „Pharmaprinter“ ermöglicht die patientenindividuelle Herstellung von Tabletten, die von Konsistenz und Geschmack an Gummibärchen erinnern. Dieses neue Verfahren bietet vor allem in der pädiatrischen Arzneimitteltherapie erhebliche Vorteile, da es eine exakte Dosierung selbst kleinster Wirkstoffmengen erlaubt.*

„Die Einführung dieser Technologie ist ein Meilenstein für die personalisierte Kinderheilkunde“, erklärt Professor Dr. Bernhard Erdlenbruch, Direktor der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin. „In der Kinderheilkunde sind wir oft gezwungen, die Wirkstoffe abgestimmt auf das Körpergewicht Milligramm genau für die kleinen Patienten zu berechnen. Oftmals gibt es dafür keine vorgefertigte Darreichungsform. Also werden die Arzneimittel dann in unserer Apotheke

angemischt und in selbsthergestellten Kapseln oder Suspensionen auf die Station geliefert. Das ist zeitaufwändig und oft auch umständlich zu verabreichen. Mit dem Pharmaprinter können wir nicht nur die Dosierung genau anpassen, sondern auch die Einnahme für unsere kleinen Patienten erleichtern.“



Auf dem Display können die Apothekerinnen und Apotheker die Dosierung einstellen.

Aus dem Pharmaprinter kommen Gummidrops, die lecker zum Beispiel nach Vanille oder Himbeere schmecken und von Kindern

## Mühlenkreiskliniken

Zu den Mühlenkreiskliniken gehören das Johannes Wesling Klinikum Minden, sowie die Krankenhäuser Rahden, Lübbecke und Bad Oeynhaus. Als 100-prozentige Tochtergesellschaften gehört die Auguste-Viktoria-Klinik Bad Oeynhausen GmbH zum Verbund. Dieser betreibt das Medizinische Zentrum für Seelische Gesundheit, das Medizinische 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. Die Mühlenkreiskliniken mit ihren Standorten in Minden als Universitätsklinikum, in Bad Oeynhausen, Lübbecke und Rahden als Akademische Lehrkrankenhäuser sind Partner der Ruhr-Universität Bochum im Bereich der Mediziner Ausbildung.



Die Gummydrops werden in eigenen Blistern verpackt.



Der Blister wird genau beschriftet.

genüsslich gelutscht werden können. Die Medikamente in den Drops können so einfacher eingenommen werden als Pillen oder Kapseln, die geschluckt werden müssen.

Bislang mussten Apothekerinnen und Apotheker die Versorgung mit individuell dosierten Medikamenten durch zeitaufwändige, manuelle Verfahren sicherstellen – beispielsweise durch die Herstellung von Kapseln oder Säften. Diese Methoden sind jedoch nur begrenzt standardisierbar und sind gerade bei Kleinstdosen anspruchsvoll umzusetzen. Mit dem 3D-Druckverfahren lassen sich patientenspezifische Medikamente nun schneller und hochpräzise herstellen. „Wir haben uns intensiv mit der Technologie des finnischen Startup-Unternehmens Curifylabs beschäftigt und nach Abstimmung mit unserer Arzneimittelüberwachung alle geforderten regulatorischen Nachweise erbracht“, berichtet Dr. Florian Immekus, Direktor der Zentralapothek der Mühlenkreiskliniken. Der Weg zum klinischen Einsatz war durchaus herausfordernd, da der Pharmaprinter eine völlig neue Technologie ist. Deutschlandweit gibt es erst wenige solcher Geräte: neben den Mühlenkreiskliniken testen etwa das Universitätsklinikum



Ein Smiley mit Wirkung. In dieser wohlschmeckenden Trägermasse können Wirkstoffe grammgenau dosiert werden.

Mainz sowie das Helios Klinikum Erfurt den besonderen 3D-Drucker.

„Wir haben seit wenigen Wochen die patientenindividuelle Herstellung bei den ersten zwei Wirkstoffen in der Kindermedizin auf den Pharmaprinter umgestellt. Damit ist der Pharmaprinter bei uns jetzt im Regelbetrieb. Die ersten Erfahrungen sind wirklich sehr vielversprechend“, sagt Apothekendirektor Dr. Florian Immekus. Ziel ist es nun, die Zahl der Wirkstoffe, bei dem der Drucker zum Einsatz kommt, zu erhöhen. Außerdem sollen weitere medizinischen Einsatzgebiete erschlossen werden, wie zum Beispiel bei Patientinnen und Patienten mit Schluckbeschwerden.

Das innovative Projekt wurde in enger Zusammenarbeit zwischen der Zentralapotheke und der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin entwickelt. Finanziert wird der Pharmaprinter zunächst aus Drittmitteln und Spenden über ein Leasingmodell für zwölf

Monate. „Wir sind gespannt, wie sich das Verfahren weiter im klinischen Alltag bewährt“, so Dr. Immekus. „Sollte es sich als praktikabel erweisen, sehen wir erhebliches Potenzial, die fortschreitende Individualisierung der Medizin mit entsprechend dosisindividualisierten Arzneimitteln begleiten zu können. Gerade industriell gefertigte Fertigarzneimittel mit fixen Dosierungen sind hier limitiert. Diese Lücke wollen wir in definierten Einsatzgebieten gezielt angehen.“ Die Einführung des Pharmaprinters wird in Minden wissenschaftlich begleitet. Auch Dissertationsprojekte sind in Vorbereitung.

Die bisher gesammelten Erfahrungen wurden im März auf der Tagung der Europäischen Krankenhausapotheker\*innen (EAHP) in Kopenhagen vorgestellt. Dort präsentierten die Projektpartner ihre Best Practice-Projekt vor einem internationalen Fachpublikum.

*Mühlenkreiskliniken MKK*



Richtfest für das zukunftsweisende Projekt

## Richtfest für neue Mitarbeiterwohnungen des Zollernalb Klinikums

WICHTIGER SCHRITT HIN ZU MEHR WOHNQUALITÄT UND MITARBEITERBINDUNG

*Am 3. Juli dieses Jahres fand das Richtfest für das zukunftsweisende Wohnprojekt der Zollernalb Klinikum Immobilien gGmbH am Balingen Stutzenweiher statt. Mit dem Bau von 36 modernen, lichtdurchfluteten Wohneinheiten sowie einer Gewerbeeinheit auf einer Fläche von 2.790 m<sup>2</sup> entsteht dringend benötigter Wohnraum für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Zollernalb Klinikums.*

Eigens hierfür wurde die Zollernalb Klinikum Immobilien gGmbH gegründet – eine 100prozentige, gemeinnützige Tochtergesellschaft des Zollernalb Klinikums. Die gGmbH wurde nicht mit dem Ziel der Gewinnerzielung, sondern mit dem Zweck ins Leben gerufen, bezahlbaren und wohnortnahen Wohnraum für Klinikbeschäftigte zu schaffen. Sie ist zuständig für den Erwerb, die Errichtung, Verwaltung und Bewirtschaftung von Grundstücken und Gebäuden – insbesondere zur Schaffung von Mitarbeiterwohnungen.

Träger des Projektes ist der Zollernalbkreis. Das Bauvorhaben hat ein Volumen von rund 13,4 Millionen Euro. Als erfahrener und regional verankerter Partner ist die Jetter Firmengruppe aus Rosenfeld als Generalübernehmer mit der Umsetzung betraut. Das Unternehmen bringt umfassende Kompetenz in den Bereichen komplexer Neubauten, Objektsanierung, und Umnutzung im Bestand mit. Als Partner der Jetter Firmengruppe wurde das Architekturbüro archisphäre aus Rosenfeld unter der Leitung von Nadine Preuhs beauftragt. Gemeinsam plante man die L-förmigen Gebäude mit Laubengängen, so dass alle Wohnungen einen separaten Eingang sowie direkten Zugang ins Freie haben. Angeboten werden unterschiedlich große Wohneinheiten – von 1-Zimmer-Apartments bis hin zu 4-Zimmer-Wohnungen – um möglichst vielen Lebenssituationen gerecht zu werden. Ziel des Projekts ist es, Beschäftigten des Klinikums angesichts von Fachkräftemangel und steigenden Wohnkosten attraktiven, zentrums- und kliniknahen Wohnraum zu bieten.

## Zollernalb Klinikum gGmbH

Die Zollernalb Klinikum gGmbH ist ein regionales Unternehmen in kommunaler Trägerschaft mit Standorten in Albstadt und Balingen. Der Zollernalbkreis ist alleiniger Gesellschafter. Als verlässlicher Gesundheitsdienstleister verfügt das Zollernalb Klinikum über 468 Betten mit elf Haupt- und zwei Belegabteilungen. Jährlich werden über 22.000 stationäre und 52.000 ambulante Patienten versorgt. Das Klinikum beschäftigt 1.223 weibliche und 307 männliche Mitarbeiter. „Unser gemeinsamer Anspruch im Zollernalb Klinikum ist es, alle Menschen, die uns brauchen, so persönlich und verantwortlich zu behandeln, zu pflegen und zu versorgen, dass wir für sie die erste Adresse der medizinischen Nahversorgung sind“, heißt es auf der Webseite.

Nachhaltigkeit steht bei der Planung im Vordergrund: Die Dächer der Gebäude werden begrünt, um die Biodiversität zu fördern, als Wasserpuffer bei Starkregen zu dienen und Lebensräume für Insekten zu schaffen. Die Außenanlagen werden mit regionalen Pflanzen gestaltet. Zusätzlich wird eine Photovoltaikanlage installiert, die Eigenstrom für die Wohnungen erzeugt. Die Fassaden werden großflächig begrünt und fördern so das Stadtklima sowie die Integration des Gebäudes in die Umgebung. Außerdem kommt für das Staffelgeschoss und die Balkone sichtbar verarbeitetes, regionales Holz zum Einsatz. Hochwertige Holz-Aluminium-Fenster sorgen nicht nur für eine moderne Optik, sondern auch für Energieeffizienz und Langlebigkeit.

„Als Generalübernehmer sehen wir es als unsere Aufgabe, nicht nur Bauwerke zu errichten,

sondern Lebensräume zu schaffen. Mit diesem Projekt leisten wir einen konkreten Beitrag zur Stärkung der sozialen Infrastruktur in unserer Region – praxisnah, zukunftsorientiert und mit einem starken Netzwerk an unserer Seite“, so Johannes Jetter, Geschäftsführer der Jetter Firmengruppe.

Mit dem Richtfest wurde ein wichtiger Meilenstein erreicht – ein bedeutender Schritt hin zu mehr Wohnqualität und Mitarbeiterbindung im Zollernalb Klinikum. „Wir freuen uns, dass das Projekt so straff im Zeitplan umgesetzt wird und wir das Richtfest mit Ihnen zusammen feiern konnten und bei weiterem positivem Verlauf im nächsten Jahr die ersten Mieter einziehen können“, so Dr. Gerhard Hinger, Vorsitzender Geschäftsführer des Zollernalb Klinikums.

*Zollernalb Klinikum*



Patienten können sich mit einer Videobrille entspannen

## Streamen statt stressen?

### WIE VIDEOBRILLEN OPERATIONEN ENTSPANNTER MACHEN

*Einen Film schauen und dabei entspannt eine OP überstehen? Klingt ungewöhnlich, ist aber am Städtischen Klinikum Dresden Realität. Mit Videobrillen und Tablets wird dafür gesorgt, dass Patienten weniger Stress vor und während eines Eingriffs empfinden – und in vielen Fällen sogar auf eine Vollnarkose verzichten können.*

Ob „Mission Impossible“, „Bridget Jones“ oder ein guter Klassiker – wer in einen Film vertieft ist, vergisst schnell die Zeit. Genau diesen Effekt nutzen wir gezielt in unserem OP. Statt nervösem Warten auf den Eingriff können sich unsere Patienten mit einer Videobrille entspannen. Das hilft nicht nur gegen Angst, sondern macht auch medizinische Maßnahmen wie das Setzen eines venösen Zugangs oder eine örtliche Betäubung angenehmer. Dadurch kann in vielen Fällen auf beruhigende Medikamente verzichtet werden, die insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten das Risiko eines postoperativen Delirs erhöhen.

„Die Videobrille ist für uns ein echter Game-changer“, sagt Dr. Andreas Nowak, Chefarzt in der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie. „Patienten sind entspannter, benötigen weniger Beruhigungsmittel – und in vielen Fällen kann eine Vollnarkose vermieden werden.“ Das bedeutet: schnellere Erholung, weniger Nebenwirkungen und eine angenehmere OP-Erfahrung.

Nach dem Eingriff geht es entspannt weiter: Die meisten Patienten können ihren Film im Aufwachraum einfach zu Ende schauen. Das lässt die Wartezeit zum Abklingen der Betäubung angenehmer erscheinen. Gleichzeitig hilft die Geräuschabschirmung, störende Umgebungsgeräusche auszublenden und so für eine ruhigere Aufwachphase zu sorgen. Besonders bei Kindern wirkt die Technik wahre Wunder – dank spezieller kindgerechter Programme erleben sie den gesamten Ablauf gelassener und wachen ruhiger auf.

## Städtisches Klinikum Dresden

Das Städtische Klinikum Dresden ist eine der führenden Gesundheitseinrichtungen in der Region Dresden und versorgt in seiner Nähe mit rund 4.000 Mitarbeitenden jährlich etwa 60.000 Patienten stationär und 129.000 ambulant. Als Akademisches Lehrkrankenhaus der TU Dresden bildet das Klinikum Medizinstudenten aus. In der eigenen Medizinischen Berufsfachschule erlernen über 600 Auszubildende einen Pflege- oder medizinischen Assistenzberuf.

### Warum Videobrillen im OP eine Top-Besetzung sind:

- Weniger Angst & Stress
- Weniger Beruhigungsmedikamente – weniger Nebenwirkungen
- Schonendere Regionalanästhesie statt Vollnarkose
- Schnellere Erholung & weniger Schmerzen

Ob Spannung, Comedy oder Doku – mit der richtigen Ablenkung wird der OP-Termin für unsere Patienten deutlich entspannter. Und für uns als Klinik bedeutet das: bessere Abläufe, zufriedene Patienten und ein modernes, innovatives Behandlungskonzept.

*Städtisches Klinikum Dresden*



Symbolbild



Das Klinikum Worms

## VR-Brillen – die neue Dimension des Lernens

ZENTRALE AUSBILDUNGSSTÄTTE FÜR PFLEGEBERUFE STARTET AB HERBST MIT INNOVATIVER TECHNOLOGIE

*Die Zentrale Ausbildungsstätte für Pflegeberufe (ZAfP) am Klinikum Worms, die gemeinsam mit der Stadtklinik Frankenthal und dem Kreiskrankenhaus Grünstadt betrieben wird, führt ab Herbst dieses Jahres Virtual-Reality-Brillen in den Unterricht ein. Diese zukunftsweisende Technologie eröffnet eine neue Dimension des Lernens und ermöglicht den Auszubildenden, pflegerische Situationen unter realitätsnahen Bedingungen zu trainieren. Dies steigert die Attraktivität der Ausbildung erheblich und fördert die Handlungssicherheit der angehenden Pflegefachkräfte.*

„Die Integration von Virtual Reality (VR) in die Pflegeausbildung ist ein entscheidender Schritt, um den Herausforderungen des modernen Gesundheitswesens zu begegnen“, betont Knut Heinrichs, Schulleiter der ZAfP. Durch den Einsatz der VR-Brillen können komplexe Pflegeszenarien, von Notfällen bis hin zu Routineabläufen, in einer sicheren und kontrollierten Umgebung simuliert werden. Dies erlaubt den Auszubildenden, Fehler ohne reale Konsequenzen zu machen und daraus zu lernen, was ihre Sicherheit und ihr Selbstvertrauen im späteren Berufsalltag maßgeblich stärkt. Die praxisnahen Simulationen fördern zudem die Fähigkeit zur kritischen Entscheidungsfindung und helfen, Ängste vor anspruchsvollen Situationen im Pflegealltag abzubauen.

Knut Heinrichs und sein Team freuen sich auf den Einsatz der neuen Technologie: „Mit der Einführung der Virtual-Reality-Brillen schaffen wir eine Lernumgebung, die unseren Auszubildenden nicht nur eine eindrucksvolle Praxisnähe bietet, sondern sie auch optimal auf die

Foto: Klinikum Worms

## Klinikum Worms

Das Klinikum Worms ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit 696 Betten, verteilt auf 12 Hauptfachabteilungen und Fachbereiche sowie eine Belegabteilung. Aktuell kümmern sich über 2.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter um jährlich rund 30.000 stationär und über 40.000 ambulant behandelte Patientinnen und Patienten. Das Klinikum Worms gehört damit zu den fünf größten Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz.

vielfältigen Anforderungen des Pflegeberufs vorbereitet. Dies ist ein wichtiger Meilenstein, um die Qualität unserer Ausbildung kontinuierlich zu verbessern und junge Menschen für diesen unverzichtbaren Beruf zu begeistern.“

Aktuell laufen in der Zentralen Ausbildungsstätte intensive Vorbereitungen, um die neue Technologie reibungslos in den Lehrplan zu integrieren und die Lehrkräfte entsprechend zu schulen. Ziel ist es, den Auszubildenden ab Herbst eine weitere innovative und effektive Lernplattform zu bieten, die sie bestmöglich auf ihre zukünftigen Aufgaben vorbereitet.

*Klinikum Worms*



Symbolbild



## Gemeinsame digitale Plattform für Patienten und Leistungserbringer

---

PATIENTENPORTAL SAARLAND SOLL DATENAUSTAUSCH  
ERLEICHTERN UND BÜROKRATIE REDUZIEREN

---

*Patientinnen und Patienten, vor allem saarländischer Kliniken, sollen ab Ende 2025 virtuell mit ihrem Krankenhaus über ein gemeinsam betriebenes Patientenportal Daten und Informationen austauschen können. Nicht individuelle Portale, sondern eine einheitliche Plattform mit eigenem Logo soll den Datenaustausch erleichtern.*

Der Startschuss für das Gemeinschaftsprojekt fiel im Oktober 2024, verbunden mit einer Kick-Off-Veranstaltung. Ende dieses Jahres soll das digitale Patientenportal – ein Projekt, zu dem sich elf Krankenhäuser, davon neun aus dem Saarland, zwei aus Rheinland-Pfalz, unter Federführung der Saarländischen Krankenhausgesellschaft (SKG) zusammengeschlossen haben – online gehen. Damit besteht dann für Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, Termine mit Kliniken digital zu vereinbaren, vor der Aufnahme in ein Krankenhaus relevante Daten und Dokumente online bereitzustellen, eine digitale Anamnese durchzuführen, mit dem Klinikpersonal Nachrichten

auszutauschen und über den Stand ihrer Behandlung informiert zu werden.

Über die Benutzeroberfläche der Patientenportal-App, die etwa auf einem Smartphone, PC, Laptop installiert werden kann, können die Patienten und interessierte Bürger die vielfältigen Funktionen des Portals nutzen.

Möglich wurde das Vorhaben durch das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG). Mit dem KHZG erhalten Kliniken bis Ende 2025 für Digitalisierungsmaßnahmen, wie zum Beispiel die Einrichtung eines Patientenportals, Fördermittel. Hierfür hat der Bund den Krankenhauszukunftsfonds gegründet. Dieser Krankenhauszukunftsfonds nutzt Fördermittel der Europäischen Aufbau- und Resilienzfazilität (ARF). Die Länder steuern zusätzliche Fördermittel zu den Digitalisierungsprojekten zu.

Die elf Krankenhäuser im Saarland haben sich für diese Digitalisierungsmaßnahme unter Federführung der Saarländischen

Die Saarländische Krankenhausgesellschaft e. V. (SKG) vertritt als Dachverband der Krankenhausträger im Saarland seit 1950 die Interessen der gegenwärtig 19 Krankenhäuser des Saarlandes in der Landes- wie Bundespolitik und nimmt ihre per Gesetz übertragenen Aufgaben wahr. Die insgesamt rund 13.000 Mitarbeiter der saarländischen Krankenhäuser versorgen jährlich stationär etwa 260.000 Patienten.

Krankenhausgesellschaft e. V. (SKG) zusammengeschlossen und dieses gemeinsame Projekt erarbeitet. Durch die gemeinsame Ausschreibung, das gemeinsame Konzept und das Projektmanagement können das Patientenportal und die dafür notwendige digitale Infrastruktur in einer Dimension angegangen werden, die bei der Umsetzung von Einzelprojekten der Krankenhausträger in dieser Qualität kaum möglich gewesen wäre.

Die gemeinsam betriebene interoperable Plattform verbindet künftig die Patienten mit den beteiligten Kliniken, aber auch die Kliniken untereinander. So können unkompliziert Behandlungsunterlagen im Falle einer Verlegung – nur mit Einverständnis des Patienten – sekundenschnell auch der Folgeklinik zur Verfügung gestellt werden. Im weiteren Projektverlauf können Patienten die Medizindaten aber auch direkt mit anderen weiterbehandelnden Ärzten teilen, zum Beispiel nach einer stationären Behandlung.

Die Digital Avantgarde als zentrales Projektbüro sowie der Patientenportalanbieter PLANFOX haben zunächst erste Umsetzungsschritte für den Rollout festgelegt. PLANFOX sowie die Subunternehmen Vitagroup und Vamed

begannen nach dem Startschuss im Oktober vorigen Jahres mit der Implementierung einzelner Pilotkliniken.

„Dieses gemeinsame Patientenportal mit Interoperabilitätsplattform ermöglicht es uns, unsere Patienten stärker in die Behandlung einzubinden und bietet den Kliniken die Möglichkeit der besseren Zusammenarbeit. Es ist großartig zu erleben, wie viele begeisterte Menschen sich einsetzen, um unser Gesundheitswesen neu zu denken und zu verbessern“, so Dr. Thomas Jakobs, Geschäftsführer der Saarländischen Krankenhausgesellschaft e. V.

Die IT- und Datensicherheit haben bei der Umsetzung dieses Projekts höchste Priorität. Insgesamt stellen sich die saarländischen Krankenhäuser mit diesem Digitalisierungsprojekt zukunftssicher auf und schaffen die Grundlagen für weitere Zusammenarbeit im Bereich der Digitalisierung. Mit dieser saarländischen Lösung profitieren Patienten und Leistungserbringer von der einfacheren und schnelleren Interaktionsmöglichkeit bei gleichzeitig reduzierter Bürokratie.

# Impressum

## **Herausgeber**

Verband der Krankenhausdirektoren  
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: 3dddcharacter – stock.adobe.com  
stock.adobe.com, Adobe Firefly

## **Redaktionsschluss**

30. Juli 2025

ISBN: 978-3-9824997-4-1

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](http://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](http://www.hs-osnabrueck.de/wiso)

# 122 Jahre

**... und kein bisschen leise!**

Gründungstag: 5. Juli 1903

Gründungsort: Dresden