



Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands e. V.

PRAXISBERICHTE

2021



CORONA-UPDATE 2021

Die zweite und dritte Welle

ENGAGIERT

Zielstrebig ins Management

KRISENZEITEN

Impulse für Innovationen



Leading International Trade Fair
DÜSSELDORF, GERMANY
15-18 NOVEMBER 2021

Member of  **MEDICAlliance**



**World
Forum for
Medicine**

www.medica.de



MEDICA 2021 - Spitze in allen Bereichen - der VKD ist auch dabei!

Die **MEDICA 2021** wird als die weltführende Informations- und Kommunikationsplattform für die Medizintechnik-Branche und den Zuliefererbereich der Medizintechnik-Industrie **vom 15. – 18. November 2021** stattfinden. Hier trifft sich die ganze Welt der Medizin. Wer den Gesundheitsmarkt von morgen live erleben will, darf das nicht verpassen.

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

Weitere Informationen erhalten Sie zeitnah über:

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



Editorial

KRANKENHÄUSER GEWINNEN AN PROFIL UND BEDEUTUNG – DAS IST DER GROSSE UNTERSCHIED ZUM KAHLSCHLAG

Manchmal fühlt man sich wie in einer unendlichen Geschichte. Nein, ich meine nicht die Pandemie, auch wenn nun noch eine vierte Welle erwartet wird. Ich meine die ewigen Krankenhaus-Reduzierungs-Vorschläge der immer selben Experten. Diese leben offenbar in ihrem eigenen Phantasialand und hoffen, dass hier Hartnäckigkeit hilft – oder Insolvenzen. Mal meinen Sie, dass wir in Deutschland mit seinen mehr als 83 Millionen Bürgern nur 300 Krankenhäuser benötigen. Dann sollen es 600 sein und in diesem Jahr, mitten in der Pandemie, sollen doch zumindest 700 von den rund 1.900 Kliniken angeblich völlig überflüssig sein. Welche Zahl wird wohl beim nächsten Versuch durch die Medien geistern? Es wird über ein angeblich goldenes Jahr der Krankenhausfinanzierung fabuliert. Wenn es denn tatsächlich so wäre ...

Unser Verband der Krankenhausedirektoren hat zu all dem eine dezidierte Meinung. Wir sehen als Fachleute im Management der Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken und Pflegeheime natürlich, dass sich die Strukturen der Versorgungslandschaft in den kommenden Jahren erheblich verändern werden. Wir sehen aber auch, dass dabei die Krankenhäuser als Anker der Versorgung an Profil und Bedeutung gewinnen müssen. Das ist ein großer Unterschied zum Kahl Schlag. Eine flächendeckende Gesundheitsversorgung nicht nur zu erhalten, sondern so zu gestalten, dass sie im Sinne der Patienten ganzheitlich und vernetzt erfolgt, muss das Ziel sein. Unsere Gedanken und Positionen dazu werden im aktuellen Interview umfangreich dargelegt. Wie wichtig eine sinnvoll geplante und gesteuerte Gesundheitsversorgung ist, stellen wir auch in diesen Praxisberichten wieder dar. Unsere

Positionen zur Bundestagswahl machen das ebenfalls deutlich.

Die zur Wahl stehenden Parteien haben ihre Vorstellungen – mehr oder weniger konkret – von einer künftigen Gesundheitsversorgung in ihren Programmen dargelegt. Als Verband der Praktiker im Krankenhausmanagement erwarten wir, dass alle Gesetze und Verordnungen, die nach der Wahl erarbeitet werden, nicht allein am grünen Tisch zustande kommen, nach Wunsch und Wellenschlag sozusagen, sondern dass die Stimme der Praxis gehört wird. Wir brauchen umsetzbare, tragfähige, die Versorgung tatsächlich verbessernde Entscheidungen. Was wir nicht brauchen, ist Lobbyismus, dem es um einseitige Bevorzugungen und nicht um das Interesse der Patienten geht. Realismus, der klare Blick auf die Praxis der Patientenversorgung, auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Menschen, wo immer sie leben, muss die Basis der Entscheidungen in Bund



Dr. Josef Düllings
Präsident des Verbandes der
Krankenhausedirektoren
Deutschlands (VKD)

und Ländern sein. Wichtig für den VKD ist dabei, dass wir unsere Stellungnahmen zu allen Gesetzen und Verordnungen auf eine breite Beteiligung aus den Landesverbänden und Fachgruppen stellen, um mit konkreten Bewertungen und Forderungen zu überzeugen.

Ganz aktuell zeigte gerade die Hochwasserkatastrophe, die vor allem Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen getroffen hat, wie wichtig es ist, nicht nur „auf Kante genähte“ Klinikstrukturen vorzuhalten. Es waren ja auch Krankenhäuser massiv betroffen. Patienten mussten verlegt werden. Ein Kraftakt für die verlegenden Häuser, aber auch für jene, die Patienten aufgenommen haben. Einmal mehr könnte dafür geklatscht werden, wenn das denn helfen würde. Wichtig

ist allerdings ganz praktische Hilfe, etwa zum Wiederaufbau dieser wichtigen Infrastruktur, zur wirtschaftlichen Absicherung der Häuser – und, nicht zu vergessen, der Mitarbeiter.

Wichtig ist aber auch, bei den anstehenden Strukturveränderungen die Möglichkeit von Katastrophen und Pandemien mitzudenken. Unser Verband hat sich dazu anlässlich des völlig missglückten Warntags im September vorigen Jahres ausführlich geäußert. Seitdem ist leider so gut wie gar nichts besser geworden – was die Hochwasserkatastrophe ebenfalls deutlich gemacht hat.

Um Corona – in den Praxisberichten des vorigen Jahres natürlich Hauptthema – kommen wir auch angesichts der Wellen, die 2020 und 2021 noch folgten, natürlich auch in diesem Heft nicht herum. Wie ging es für die Krankenhäuser weiter? Berichte aus zwei Landesgruppen, in denen zum Teil ganz unterschiedliche Bedingungen herrschten – Nordrhein-Westfalen und Mecklenburg-Vorpommern – zeigen die Bandbreite und die Herausforderungen, denen sich unsere Kolleginnen und Kollegen zu stellen hatten. Die Vorsitzenden der Fachgruppen berichten über die speziellen Probleme, die mit der Pandemie zu lösen waren.

Doch es gab und gibt ja noch andere Themen, mit denen sich ein Verband beschäftigen sollte.

Einen Schwerpunkt haben wir daher dem Thema gewidmet, wie wichtig es ist, junge Mitglieder in unsere Arbeit einzubeziehen, sie zu fördern, zu fordern, ihre Vorschläge mit ihnen gemeinsam

zu diskutieren. Drei Mitglieder der neu gegründeten Arbeitsgruppe Junger VKD haben uns in Interviews dazu Rede und Antwort gestanden. Dass zu einer erfolgreichen beruflichen Laufbahn als Basis eine gute Ausbildung gehört, demonstriert u. a. das Interview mit Prof. Dr. Julia Oswald von der Hochschule Osnabrück. Sie ist auch Mitglied in unserem Fachausschuss für Betriebswirtschaft. „Den Verbandsnachwuchs zu fördern sichert die lebendige Zukunft des VKD“, kommentiert Holger Höhmann, seit Jahren im Verband ein engagiertes Urgestein.

Wir alle, die wir als Führungskräfte in unseren Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheimen Verantwortung tragen, wissen, dass es neben der oft schwierigen Bewältigung von Katastrophen und Krisen auch immer darum geht, unsere Einrichtungen für die Zukunft gut aufzustellen. Wie das gelingt, haben wir in diesem Jahr in einem Kaleidoskop von kurzen und längeren Beiträgen aus verschiedensten Einrichtungen zusammengestellt. Die Zukunft wartet nicht.

Mein herzlicher Dank gilt an dieser Stelle allen Autorinnen und Autoren dieser Praxisberichte. Wie in jedem Jahr halten sie mit ihren Erfahrungen und Erkenntnissen nicht hinter dem Berg. Auch das zeichnet ja einen lebendigen Verband aus. Wie immer ist es zudem interessant zu erfahren, wie trotz Pandemiebewältigung zukunftsweisende Projekte in Angriff genommen wurden und werden. All das macht auch die diesjährigen Praxisberichte wieder spannend und lesenswert.

Ihr

Dr. Josef Düllings

Inhaltsverzeichnis

BEWERTUNGEN UND POSITIONEN

<i>Unsere flächendeckende Struktur gibt der Bevölkerung Sicherheit – in Krisen und in normalen Zeiten</i>	08
Ambulant im Krankenhaus ist ein Top-Thema der Zukunft und muss wesentlicher Teil der Strukturveränderungen sein <i>Interview mit Dr. Josef Düllings</i>	
<i>Die Positionen des VKD zur Bundestagswahl 2021</i>	18

CORONA-UPDATE 2021: DIE ZWEITE UND DRITTE WELLE

<i>Wir brauchen eine Langfriststrategie nicht nur für Krisensituationen wie Corona</i>	22
Gefahr von „sehr hoch“ auf „hoch“ herabgestuft – die neue Normalität der Krankenhäuser? <i>Dr. Jens-Uwe Schreck</i>	
<i>NRW in der zweiten und dritten Pandemiewelle – ein Corona-Update</i>	27
Erfahrungen der Krankenhäuser – großes Engagement, falsche Beschuldigungen, politische Ungereimtheiten und ein Treffen in Präsenz <i>Wolfgang Mueller</i>	
<i>Zwischen Urlauberansturm und strengem Lockdown</i>	34
Mecklenburg-Vorpommern hat nicht alles, aber vieles richtig gemacht <i>Dr. Falko Milski</i>	
<i>Wie sich die Pandemie letztlich wirtschaftlich auswirkt, zeigen erst die Wirtschaftsprüfungen</i>	39
Ausfallende Erlöse wurden anfangs ausgeglichen – das wird den Kliniken nun vorgeworfen <i>Interview mit Holger Höhmann</i>	
<i>Rettungsschirme müssen sich an den tatsächlichen Belastungen orientieren</i>	43
Wichtiger als Politikerbesuche sind praktische Hilfen für die Rehabilitationskliniken <i>Interview mit Achim Schäfer</i>	
<i>Es ist weiterhin Vorsicht geboten</i>	46
Hygieneregeln sind zu beachten, die Wirkung von Lockerungen ist zu beobachten <i>Interview mit Franz Hartinger</i>	

ENGAGIERT: ZIELSTREBIG INS MANAGEMENT

<i>Die jungen Führungskräfte – ihre Ziele, Vorstellungen, Wünsche und ihr Blick auf den Beruf</i>	50
<i>Im Interview für die VKD-Praxisberichte: Jan Fricke, Christian Pellehn und Stefan Günther</i>	
<i>Sie werden unseren Verband in der Zukunft prägen</i>	60
<i>Dr. Jens-Uwe Schreck</i>	
<i>Neue Arbeitsgruppe zur PPP-RL ist ein Volltreffer</i>	61
<i>„Die Richtlinie stellt uns vor völlig neue Herausforderungen mit höchsten Risiken für die Kliniken“</i>	
<i>Ramon Krüger, Stefan Günther</i>	
<i>Erfolgsrezepte für künftige Führungskräfte</i>	63
<i>Wichtiger Baustein für Karrieren ist eine enge Vernetzung von Theorie und Praxis im Studium</i>	
<i>Interview mit Professor Dr. Julia Oswald</i>	
<i>Komplexes Entwicklungsprogramm für den Managernachwuchs</i>	70
<i>Helios Traineeprogramme fördern auch Austausch über Fachbereiche hinweg</i>	
<i>Maria Seidel</i>	
<i>Die Jungen und wir Älteren – ein Kommentar</i>	73
<i>Den Verbandsnachwuchs zu fördern sichert die lebendige Zukunft des VKD</i>	
<i>Holger Höhmann</i>	

KRISENZEITEN: IMPULSE FÜR INNOVATIONEN

<i>Impulse für Innovationen</i>	76
<i>Die Zukunft verzeiht Stillstand nicht</i>	
<i>Zukunftsprojekte – es wird gebaut</i>	77
<i>Baustart am Südstadtklinikum, 21 Millionen-schweres Zukunftspaket für St. Vincenz-Kliniken, Vitos eröffnet Klinikneubau, Klinikum Oberammergau startet mit Mobilitätskonzept, Innovative Medizin auf dem Land, Training in realitätsnaher virtueller Lernumgebung, Neues Klinikgebäude für das Harzklinikum, Neues Angebot für Corona-Patienten mit Langzeitfolgen</i>	
<i>Investitionen in High-Tech</i>	87
<i>3-D-Drucker – ein „Navi“ für die Gefäßchirurgie, Robotik-OP-Programm erfolgreich angelaufen, Klinikum hat nun Zentrum für Roboter-gestützte Chirurgie, Holografisch assistierte Total-Endoprothese der Hüfte</i>	
<i>Digitalisierung</i>	90
<i>Messenger ermöglicht simultane Überführung von Chats in die Patientendokumentation, Anästhesie-Dokumentation nun komplett papierlos, Rhön-Klinikum AG mit zahlreichen Digitalisierungsaktivitäten, Deutscher Preis für Patientensicherheit: 1. Platz für TELnet@NRW</i>	
<i>Wissenschaft und Forschung</i>	95
<i>„Game Changer“ für das Krankenhaus der Zukunft, Wie eine Corona-Infektion Blutzellen langfristig verändert, AHA-Regeln und Testen als Pandemiebremse</i>	
<i>Impressum</i>	102

freie
Demokraten

FDP

BEWERTUNGEN UND POSITIONEN

Parteien zur Wahl
Anker der Versorgung
Strukturveränderungen
Ambulantisierung
Finanzierungssystem
Positionen der Praktiker

Unsere flächendeckende Struktur gibt der Bevölkerung Sicherheit – in Krisen und in normalen Zeiten

AMBULANT IM KRANKENHAUS IST EIN TOP-THEMA DER ZUKUNFT UND MUSS WESENTLICHER TEIL DER STRUKTURVERÄNDERUNGEN SEIN

Kurz vor der Bundestagswahl positionieren sich nicht nur die Parteien. Auch der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands bewertet die Situation der Patientenversorgung, vergleicht die Vorstellungen der Parteien mit den Erfahrungen der Praxis, verweist auf die künftigen Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung und begründet dabei die Forderungen des Verbandes an die Politik. „Alle Beteiligten müssen bereit sein, sich den erheblichen – und notwendigen – Veränderungen der Versorgungsstrukturen zu stellen. Nur so werden wir auch in Zukunft eine gut funktionierende, qualitativ hochwertige, flächendeckend verfügbare Gesundheitsversorgung zur Verfügung haben“, sagt Dr. Josef Düllings im aktuellen Interview.

HERR DR. DÜLLINGS, KURZ VOR DER BUNDESTAGSWAHL KENNEN WIR NUN DIE VORSTELLUNGEN DER PARTEIEN FÜR DIE GESTALTUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DEN KOMMENDEN JAHREN. BEI WELCHEN SEHEN SIE ÜBEREINSTIMMUNGEN MIT DEN POSITIONEN DES VKD?

Dr. Josef Düllings: Es gibt Übereinstimmungen grundsätzlicher Art, etwa zur Notwendigkeit einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung. CDU/CSU bekräftigen, dass die Ziele einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Grund- und Regelversorgung in der Krankenhausplanung, und insbesondere in der Krankenhausfinanzierung, wesentlich stärker berücksichtigt werden sollen. Wohnortnahe und qualitativ hochwertig, digital und medizinisch fortschrittlich will es die FDP. Bündnis 90/Die Grünen möchte eine Stärkung der Versorgung in Stadt und Land u. a. durch eine übergreifende Planung ambulanter und stationärer Angebote sowie Gesundheitsregionen mit enger Anbin-

dung an die Kommunen. Auch Die Linke tritt für eine flächendeckende und bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land ein, plädiert dabei für eine gleichmäßigere Verteilung von Arztsitzen und eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung. Regionale Versorgungszentren sollen mittelfristig zum Rückgrat des ambulanten Sektors werden.

Auch die Pandemie hat uns ja deutlich vor Augen geführt, dass unsere flächendeckende Struktur der Bevölkerung Sicherheit gegeben hat – das gilt für Krisensituationen, aber auch für ganz normale Zeiten. Bei den konkreten Umsetzungen sieht es dann differenzierter aus. Dass eine Strukturreform notwendig sein und uns in den kommenden Jahren beschäftigen wird, ist sicher unstrittig. Wir werden hier noch viele Diskussionen erleben, an denen wir uns als Praktiker im Krankenhausmanagement natürlich mit unseren Erfahrungen beteiligen werden – wie wir es auch bisher getan haben.

FÜR DEN VKD SIND BEI ALLEN STRUKTURVERÄNDERUNGEN IMMER DIE KRANKENHÄUSER DER ANKER DER GESUNDHEITSVERSORGUNG. DASS SIE WICHTIG SIND, SEHEN DIE PARTEIEN EBENFALLS. SIE GEHEN DABEI ABER MEHRHEITLICH VON SEKTORENÜBERGREIFENDEN STRUKTUREN AUS.

Dr. Josef Düllings: Uns ist durchaus bewusst, dass sektorenbergreifende Versorgungsstrukturen im Sinne der Patienten sind. Vielleicht sollten wir aber angesichts der Lücken im niedergelassenen Bereich nicht mehr von Sektoren sprechen, sondern von einer an den Behandlungsnotwendigkeiten orientierten ganzheitlichen Versorgung. Denn Tatsache ist doch, dass vielerorts, und das inzwischen nicht nur in länd-



lichen Regionen, der ambulante Sektor, wenn es für den Patienten wirklich darauf ankommt, nur noch rudimentär vorhanden ist. Das hat auch die Corona-Pandemie gezeigt. Wünschenswert sind aus unserer Sicht funktionierende Behandlungsketten mit den Krankenhäusern als steuernden Kompetenzzentren.

„Wir befürworten flächendeckende Gesundheitszentren mit den Krankenhäusern als verantwortliche Steuerungsinstanz.“

Das heißt: Wir verschließen uns als Management sinnvollen Strukturveränderungen natürlich nicht. Im Gegenteil. Das Stichwort hier ist aber: sinnvoll. Wir erleben doch seit vielen Jahren bereits Strukturveränderungen auf die kalte Art, durch Insolvenzen. Selbst im Pandemiejahr 2020 sind Krankenhäuser und Standorte geschlossen worden. Grundsätzlich ist eine flächendeckende Gesundheitsversorgung natürlich nicht statisch, sondern muss an sich ändernde Anforderungen angepasst werden. Diese müssen aber mit den Bedingungen vor Ort und in den Regionen begründet werden. Unser Verband lehnt grundsätzlich solche in den letzten Jahren betriebenen Versuche ab, Strukturveränderungen auf die „kalte Art“ zu erreichen: durch Vorgaben des G-BA, durch die Entkernung der Kliniken von für die Bevölkerung wichtigen Abteilungen, den Ausschluss aus der Notfallversorgung sowie Aktionen des Medizinischen Dienstes und der Krankenkassen, die Kliniken durch massive Rabattierung in die Insolvenz zu treiben.

Wir befürworten flächendeckende Gesundheitszentren mit den Krankenhäusern als verantwort-

liche Steuerungsinstanz. Unsere Kliniken verfügen über die entsprechenden Kompetenzen im medizinischen und pflegerischen Bereich, über die technische und bauliche Infrastruktur, aber auch über funktionierende Verwaltungen. Sie kompensieren damit auch den oft nur noch lückenhaft vorhandenen ambulanten Sektor.

Gleichzeitig werben wir seit langem für die Vernetzung von Grund- und Regelversorgern untereinander sowie mit den Maximalversorgern und Universitätskliniken. Das hat sich ja auch in der Pandemie an vielen Orten bereits bewährt. Wir wissen doch inzwischen, dass ein Großteil der Covid-Patienten nicht in den hochspezialisierten Kliniken, sondern in kleinen und mittleren Häusern versorgt wurde. Das bestätigen auch die Berichte aus Nordrhein-Westfalen und Mecklenburg-Vorpommern in diesen Praxisberichten.

NICHT NUR VON PARTEIEN, KRANKENKASSEN UND KASSENÄRZTLICHER VEREINIGUNG PRÄFERIERT, SONDERN AUCH GESETZLICH VERANKERT IST SCHON SEIT LÄNGEREM EINE POLITIK DES „AMBULANT VOR STATIONÄR“. WO SOLL DIESE AMBULANTE VERSORGUNG KÜNFTIG VOR ALLEM STATTFINDEN?

Dr. Josef Düllings: Wenn wir uns die Zahlen anschauen, können wir das über die vergangenen Jahre bereits genau beobachten. Es ist eine Entwicklung, die allerdings nicht so verläuft, wie sicher ursprünglich gedacht. Die Zahlen ambulanter Behandlungen durch die Krankenhäuser sind über die Jahre immer weiter angestiegen. Allein in den ambulanten Notaufnahmen werden im Jahr durchschnittlich zehn Millionen Patienten

behandelt. Hinzu kommen Behandlungen in den Ambulanzen der Hochleistungskliniken und Universitätskliniken, in den Medizinischen Versorgungszentren der Krankenhäuser. Diese Leistungen werden in Zukunft noch ausgeweitet werden, weil Behandlungen, die heute noch stationär und kurzstationär erfolgen, durch den medizinischen und technischen Fortschritt verstärkt ambulant durchgeführt werden können.

„Auch die Pandemie hat uns ja deutlich vor Augen geführt, dass unsere flächendeckende Struktur der Bevölkerung Sicherheit gegeben hat – das gilt für Krisensituationen, aber auch für ganz normale Zeiten.“

Es sind mehrheitlich Leistungen, die von den niedergelassenen Ärzten keinesfalls kompensiert werden können, auch wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen das immer wieder behaupten. Wir haben ja bei der Impfkampagne gesehen, dass nicht alles, was Ärztesfunktionäre fordern, in der Praxis dann umgesetzt werden kann. Ich denke u. a. an Aussagen, dass auf die Vorgabe von Impfprioritäten verzichtet werden sollte. Als das Anfang Juni geschah, haben niedergelassene Ärzte dann zum Teil wegen Überlastung Corona-Impfungen nicht mehr durchgeführt, weil sie ansonsten ihre anderen Patienten nicht mehr behandeln konnten. So ist das, wenn die Wünsche einiger Wirklichkeit werden ...

DIE POLITIK UND DER GEMEINSAME BUNDESAUSSCHUSS KONTERKARIEREN ZUM TEIL SELBST AUCH DEN WUNSCH NACH MEHR AMBULANT STATT STATIONÄR ...

Dr. Josef Düllings: Leider ist das so. Da ist einmal die unterirdisch niedrige Finanzierung ambulanter Leistungen der Krankenhäuser – beginnend schon bei der Notfallversorgung. Man kann es nicht oft genug sagen: Hier entsteht ein jährliches Defizit von rund einer Milliarde Euro insgesamt, das aus anderen Budgetanteilen finanziert werden muss.

Wir können aber auch einen Blick auf die PPP-RL werfen, die eine moderne Psychiatrie in der Abrechnung im Grunde ignoriert und Stationsleistungen in Rechnung stellt, obwohl die ambulanten Behandlungen durch die Krankenhäuser deutlich zunehmen – Behandlungen im

Übrigen, die von den niedergelassenen Psychiatern nicht übernommen werden können – man denke allein an die teils monatelangen Wartezeiten betroffener Menschen auf einen Termin.

WENN ALLGEMEIN KLAR IST, DASS WIR IN DEN NÄCHSTEN JAHREN ZU ERHEBLICHEN UMBRÜCHEN IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG KOMMEN WERDEN, KANN ES JA OFFENSICHTLICH NICHT NUR UM DIE KRANKENHAUSSTRUKTUREN GEHEN. BLEIBT DER NIEDERGELASSENE BEREICH IM GRUNDE AUSSEN VOR?

Dr. Josef Düllings: Im Krankenhausbereich ist der Umbruch schon seit Jahren im Gange. Kooperationen, Zusammenschlüsse, Zentralisierungen bei den Krankenhäusern, Gründung Medizinischer Versorgungszentren. Auf der anderen Seite Ausdünnung der Ärztedichte bei den niedergelassenen Ärzten mit steigender Tendenz angesichts der Überalterung in diesem Bereich und dem Drang junger Ärzte in Angestelltenverhältnisse. Parallel dazu sehen wir, wie gesagt, die Zunahme ambulanter Leistungen durch die Krankenhäuser, die mangels Kapazitäten, Kompetenzen und Infrastruktur vom niedergelassenen Bereich nicht mehr übernommen werden. Der Status quo ist hier nicht mehr haltbar.

WÄRE DAS „DÄNISCHE MODELL“ EINE MÖGLICHE LÖSUNG FÜR DAS KRANKENHAUS DER ZUKUNFT HIER BEI UNS IN DEUTSCHLAND?

Dr. Josef Düllings: In einem wesentlichen Bereich sicher durchaus. Wir haben uns als Verband damit intensiv beschäftigt, auch in Gesprächen mit der dänischen Botschaft und mit dänischen Kollegen im Krankenhausmanagement. Dabei ist uns aber klargeworden – entgegen manchen Zentralisierungsbefürwortern – dass die radikalen Standortschließungen dort für uns am wenigsten interessant sind. Ja, die großen Kliniken sind dort sehr modern ausgestattet, sie verfügen über digitale Strukturen, von denen wir hier nur träumen können. Aber nachdem die rund 78 Krankenhäuser, die es vormalig gab, auf wenige moderne Standorte reduziert wurden, sind die Wege für viele Patienten und Besucher weiter geworden. Über Bürokratie wird ebenfalls geklagt, billiger ist die Versorgung ebenfalls nicht geworden und Personalmangel ist ein Problem geblieben.

Dennoch kann uns das Beispiel Dänemark Impulse für Strukturentwicklungen und damit auch für die Krankenhausplanung – besser, Versorgungsplanung – der Zukunft geben.

Dänemark hatte ohnehin schon vor dem Jahr 2000 im Vergleich zu Deutschland einwohnerbezogen nur halb so viele Krankenhausstandorte wie wir. Zwischen den Jahren 2000 und 2020 wurde die Zahl dann erheblich reduziert – von 78 auf 20 Krankenhäuser. Überraschenderweise stieg dagegen aber die Anzahl der stationären Fälle seit 2000 um 33 Prozent auf 1,5 Millionen. Das heißt, die Hospitalisierungsrate ist aktuell höher als in Deutschland – hier sind es 26 Prozent. Der Unterschied: Die Verweildauer beträgt lediglich 2,7 Tage. Bei uns sind es sechs Tage – nach fast 20 Jahren DRG-System mit dem Teilziel, die Verweildauer deutlich zu senken.

Und hier ist ein Knackpunkt: Die in Deutschland oft unzureichenden Strukturen in der Vor- und Nachversorgung der Patienten durch eine strikte Trennung der Sektoren. In Dänemark findet eine ambulant-fachärztliche Versorgung am Krankenhaus statt. Wir alle kennen das Dilemma einer Nachversorgung hierzulande für unsere zu entlassenden Patienten – ob nun durch einen Fach- oder Hausarzt oder durch einen ambulanten Pflegedienst. Da nützt dann auch die gesetzliche Pflicht der Krankenhäuser zur Organisation von Nachsorge nicht. Stattdessen kann dann der medizinische Dienst intervenieren ...

Nur ein paar Zahlen zur Illustration: Die ambulanten Fallzahlen der Krankenhäuser sind in Dänemark von 4,4 Millionen im Jahr 2020 auf 10,7 Millionen Fälle in 2020 angestiegen – das sind 140 Prozent. Umgerechnet auf Deutschland wären das 150 Millionen ambulante Fälle an Krankenhäusern. Heute sind wir bei rund 21 Millionen.

DIE AMBULANTISIERUNG DER MEDIZIN WIRD ALSO HEUTE UND IN ZUKUNFT AM KRANKENHAUS STATTFINDEN?

Dr. Josef Düllings: Das ist ein Fakt. Deshalb ist sie ein Top-Thema der nächsten Jahre und muss



— Im Gespräch —

Dr. Josef Düllings

Präsident des Verbandes der
Krankenschausdirektoren
Deutschlands (VKD)

Hauptgeschäftsführer der
St. Vincenz-Krankenhaus GmbH,
Paderborn

wesentlicher Teil der Strukturveränderungen in der Gesundheitsversorgung in Deutschland sein. Allerdings kann eine neue Weichenstellung nicht funktionieren, wenn sie dem Primat „Kassenarzt vor Krankenhaus“ folgt – wie dies aktuell noch der eingetübte Reflex von Politik, Verbänden und Selbstverwaltung ist.

Die Ambulantisierung ist eine Herausforderung, der wir uns in den Krankenhäusern stellen müssen. Das wird aber nur gelingen, wenn die gesetzlichen Zuständigkeiten grundlegend verändert werden. Die doppelte Facharztschiene würde über kurz oder lang entfallen – darauf hat unser Verband bereits mehrmals hingewiesen. Damit entfielen übrigens für die Kran-

kenkassen auch Mehrausgaben in Milliardenhöhe aufgrund der heutigen Zersplitterung der KV-Struktur.

„Und hier ist ein Knackpunkt: Die in Deutschland oft unzureichenden Strukturen in der Vor- und Nachversorgung der Patienten durch eine strikte Trennung der Sektoren. In Dänemark findet eine ambulant-fachärztliche Versorgung am Krankenhaus statt.“

Das würde zudem das Problem des niedergelassenen Ärztemangels entschärfen. Nach aktuellen Zahlen der Bundesärztekammer vom April 2021 liegt der Anteil der über 50jährigen KV-Ärzte bei 79 Prozent. Das sind 79 Prozent, die in den nächsten zehn bis fünfzehn Jahren in Ruhestand gehen. Ein Aderlass, der kaum aufzufangen sein wird. Das ist aber auch die Zeit, die sicher benötigt wird, um die Weichen neu zu stellen.

Und noch einmal auf Dänemark zurückzukommen: Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern, die in der Corona-Pandemie bisher eine sehr hohe Zahl an Sterbefällen zu verzeichnen hatten – Deutschland liegt hier mit 1.000 Sterbefällen auf einer Million Einwohner noch eher

niedrig – waren es in Dänemark etwa 400. Und das, obwohl die 7-Tage-Inzidenz in der zweiten Pandemie-Welle deutlich gestiegen ist und im Dezember vorigen Jahres für längere Zeit auch über 400 lag. Auch hier sehe ich eine wesentliche Ursache im stationär-ambulanten Versorgungssystem am Krankenhaus.

DIE PATIENTEN STEHEN IM MITTELPUNKT – AUCH ALLER PARTEIPROGRAMME. DOCH AM ENDE LANDET MAN EBEN IMMER WIEDER BEIM GELD. AUCH DAZU STEHT JA VIEL IN DEN PROGRAMMEN ZUR WAHL.

Dr. Josef Düllings: Immerhin haben wohl alle erkannt, dass unser aktuelles Finanzierungssystem in seiner bisherigen Form nicht zukunftsfähig ist, wenn all das erreicht werden soll, was für notwendig gehalten wird. Unser Verband weist darauf schon seit etlichen Jahren hin. Das DRG-System muss reformiert werden. Inzwischen sind auch andere Verbände, Experten und Parteien, auch der Deutsche Städtetag, dieser Ansicht.

„Immerhin haben wohl alle erkannt, dass unser aktuelles Finanzierungssystem in seiner bisherigen Form nicht zukunftsfähig ist, wenn all das erreicht werden soll, was für notwendig gehalten wird.“

Es ist eben nicht mehr zu übersehen, dass dieses System vor allem kleinere Häuser der Regelversorgung und Hochleistungskliniken erheblich benachteiligt. Dass immer mehr Krankenhäuser auch Insolvenz anmelden und Experten eine erhebliche Steigerung von Insolvenzen in den kommenden Jahren voraussagen, ist nicht auf schlechtes Wirtschaften, sondern auf die finanziellen Rahmenbedingungen zurückzuführen.

Die zweite Säule der Krankenhausfinanzierung – die Investitionsfinanzierung als gesetzlich geregelte Pflicht der Bundesländer – wackelt ebenfalls seit Jahren erheblich. Auch hier muss ein Umsteuern erfolgen. Dem hat sich die Bundespolitik bisher entzogen.

Die Unterfinanzierung der Krankenhäuser beträgt jährlich 3,7 Milliarden Euro. Benötigt werden 6,5 Milliarden, von den dafür zuständigen

Ländern kommen nur 2,8 Milliarden Euro. Ein Zustand, der lange bekannt ist, von allen Beteiligten eingeräumt wird, aber unverändert fortbesteht. Die Regelinvestitionen sind deutlich auf über sechs Milliarden Euro im Jahr zu erhöhen. Gleichzeitig sollten die Krankenkassen sich wieder – wie bis Anfang der 1990er Jahre – an den Instandhaltungsinvestitionen beteiligen.

Auch der Bundesrechnungshof hat sich dazu schon geäußert und bestätigt, dass den Krankenhäusern jährlich rund drei Milliarden Euro für Investitionen fehlen, die ihnen von den Ländern vorenthalten werden. Die Quote an Investitionsfördermitteln sei, obwohl es Unterschiede gebe, insgesamt deutlich rückläufig.

EIN VORSCHLAG, AUCH VON PARTEIEN, IST, DIE KRANKENKASSEN IN DIE FINANZIERUNG MIT EINZUBEZIEHEN.

Dr. Josef Düllings: Wer zahlt, schafft an, sagt man. Es ist kaum anzunehmen, dass die Krankenkassen dann nicht auch an der Versorgungsplanung beteiligt werden wollen. Und ihr Ziel ist ein erheblicher Kapazitätsabbau – für die Krankenkassen offenbar die Lösung, um sich finanziell wieder in die Pole Position zu bringen. Allerdings, wie wir am Beispiel Dänemark sehen, hier für uns eine Wunschvorstellung, zumal die Umsetzung solcher Pläne nicht nur viele Jahre dauern, sondern auch sehr hohe Milliardensummen kosten würden.

SOLLTE STATTDESSEN DER BUND EINEN TEIL DER INVESTITIONSKOSTEN ÜBERNEHMEN?

Dr. Josef Düllings: Das war auch ein Vorschlag in der Podiumsdiskussion unserer diesjährigen Jahrestagung. Gleichzeitig kam aber die Forderung, dass dann der Bund künftig bundesweit einheitliche Standards für die Planung definiert. Dafür müsste allerdings das Grundgesetz geändert werden, denn Krankenhausplanung ist Ländersache.

Ein Beispiel für die Beteiligung des Bundes an den Investitionskosten gibt es ja bereits – drei Milliarden Euro für die Digitalisierung der Krankenhäuser. Das heißt, eine Beteiligung des Bundes an wesentlichen Infrastrukturaufgaben hielte ich für sinnvoll. Dies würde auch bedeuten, die bislang einmalige Summe im Fall der Digitalisierung durch eine nachhaltige Digital-

strategie und Investitionsfinanzierung zu ergänzen. Im internationalen Vergleich hat sich dieses Modell als erfolgreich erwiesen.

BUNDESGESUNDHEITSMINISTER JENS SPAHN HAT SICH AUF DEM KRANKENHAUSGIPFEL DER DKG IM JUNI ZUM NEUSTART DES DRG-SYSTEMS GEÄUSSERT UND DAVOR GEWARNT, HIER ZU SCHNELL VORZUGEHEN. ES SEI ZWAR NICHT PERFEKT, ABER IM VERGLEICH ZU DEN TAGESGLEICHEN PFLEGESÄTZEN, DIE DAVOR GALTEN, SEI ES BESSER.

Dr. Josef Düllings: Ja, das hat er ähnlich auch auf unserer Jahrestagung gesagt. Es müssten zunächst bedarfsgerechte Strukturen geschaffen werden, ehe man an die Frage der Finanzierung gehen könne. Aber die Alternative ist zum einen ja nicht eine Rückkehr zum tagesgleichen Pflegesatz. Zum anderen ist es kaum nachvollziehbar, wie solche sinnvollen neuen und vor allem auch flächendeckenden Strukturen geschaffen werden und funktionieren sollen, ohne dass die Finanzierung geklärt ist.

Wir wissen zudem, dass ein System von Durchschnittspreisen, wie es die DRGs bekanntlich sind, dazu führt, dass alle Häuser, die nicht in diesen Durchschnitt passen, die größten Schwierigkeiten haben. Die kleinen Kliniken in

der Fläche mit ihren hohen Vorhaltekosten, die großen Versorger, weil eine teure, hochspezialisierte Infrastruktur vorgehalten werden muss. Hier hat sich aber offenbar doch allgemein die Erkenntnis durchgesetzt, dass es in den DRGs einen Sockel für solche Vorhaltekosten geben muss. Auch das ein Vorschlag des VKD.

Ein Neustart zunächst des DRG-Systems mit der Öffnungsoption für ambulant-stationär integrierte Versorgungsleistungen am Krankenhaus wäre aus Sicht des VKD sinnvoll. Wir hatten im Zuge der immer noch nicht beendeten Diskussionen um die ambulante Notfallversorgung vorgeschlagen, diese in die Verantwortung der Krankenhäuser zu geben, die niedergelassenen Ärzte mit einzubinden und dabei auch die Finanzierung für diesen Bereich neu zu regeln – als Blaupause für eine vernetzte Versorgung. Die Regelungskompetenz würde sich im G-BA dann auf GKV-Spitzenverband und DKG verteilen. Die KBV wäre raus.

Derzeit ist das Vergütungssystem für die Krankenhäuser mit den Bewertungsrelationen und dem Landesbasisfallwert so ausgestaltet, dass grundsätzlich die Vergütungsentwicklung die Kostenentwicklung nicht widerspiegelt. Damit entsteht ein nie endender Rationalisierungsdruck für die Krankenhäuser mit allen negativen Auswirkungen, u. a. auch auf die Personalausstattung.



„Wir wissen doch inzwischen, dass ein Großteil der Covid-Patienten nicht in den hochspezialisierten Kliniken, sondern in kleinen und mittleren Häusern versorgt wurde.“

„Wenn wir eine Behandlung aus einem Guss wollen – und das wollen ja offenbar auch die Parteien – muss die Neugestaltung der Krankenhausfinanzierung mittelfristig zu einer Finanzierung der Gesundheitsversorgung aus einem Guss entwickelt werden.“

Grundsätzlich müsste aus Sicht unseres Verbandes das Vergütungssystem so ausgestaltet werden, dass die Versorgung im Krankenhaus wie im ambulanten Bereich einschließlich des organisatorischen Aufwands als Teil der gesamten Patientenversorgung gesehen und als Ganzes berücksichtigt wird. Wenn wir eine Behandlung aus einem Guss wollen – und das wollen ja offenbar auch die Parteien – muss die Neugestaltung der Krankenhausfinanzierung mittelfristig zu einer Finanzierung der Gesundheitsversorgung aus einem Guss entwickelt werden, um die Krankenhäuser zu Versorgungszentren weiterzuentwickeln und Versorgungsketten sinnvoll gestalten zu können.

EINE MAMMUTAUFGABE. ES MÜSSTEN JA MINDESTENS ZWEI SEHR UNTERSCHIEDLICHE FINANZIERUNGSSYSTEME UNTER EINEN HUT GEBRACHT WERDEN.

Dr. Josef Düllings: Die Entwicklung des DRG-Systems hat seinerzeit auch etliche Jahre gedauert. Es gab Recherchen, man reiste in die USA, nach Australien, Vorschläge, Diskussionen, etliche Entwicklungsschritte, Erprobungen. In Dänemark, hat das ebenfalls viele Jahre gebraucht – dabei ist Dänemark ein kleines Land mit einer zentralen Steuerung der Gesundheitsversorgung. Die Behörden sind zuständig für Finanzierung, Planung und Leitung. Es gibt nur eine staatliche gesetzliche Krankenversicherung.

Hier bei uns wird das wesentlich komplizierter sein. Eine Ursache dafür ist aus Sicht des VKD die im Sozialgesetzbuch formulierte sektorale Trennung. Solange hier Verbändeinteressen und nicht Patienteninteressen im Vordergrund stehen, kann es keine sinnvollen Lösungen geben. Aus Sicht der Praxis können wir uns hier eine Weiterentwicklung des DRG-Systems mit Tagespauschalen für ein bis zwei Tage vorstellen, die es den Kliniken freistellen, den Patienten je nach Versorgungsbedarf zu gleichen Vergütungssätzen entweder stationär oder ambulant zu versorgen. Derzeitige Ansätze, wie die geplante Weiterentwicklung des AOP-Kataloges oder die Neuregelungen zur ambulanten Notfallversorgung, werden sich als Sackgassen erweisen.

ZUM SOMMER HIN FLAUTE DIE DRITTE WELLE DER CORONA-PANDEMIE SCHNELL AB. SEHR ZÜGIG GING ES WIEDER UM ANGEBLICHE ÜBERKAPAZITÄTEN BEI DEN KRANKENHÄUSERN. ANGEBLICH HÄTTEN NUR DIE MAXIMALVERSORGUNGSHÄUSER NENNENSWERT CORONA-PATIENTEN BEHANDELT. SIE UND IHRE KOLLEGEN HABEN DAS ANDERS ERLEBT.

Dr. Josef Düllings: Mehr als 1.000 Krankenhäuser haben sich direkt an der Versorgung von Corona-Patienten beteiligt. Es wurden regionale Netzwerke gebildet, in die auch vielfach Reha-Kliniken einbezogen waren, um die Corona-Patienten sinnvoll zu steuern. Es ging ja auch nicht nur um Patienten auf Intensivstationen.

Ein weitaus größerer Anteil Erkrankter wurde mit ebenfalls großem Aufwand auf Infektionsstationen versorgt.

Das schon bekannte Wunschkonzert zum Kapazitätsabbau startete erwartbar sehr schnell wieder – unterstützt von den immer selben Experten und in diesem Fall auch vom Bundesrechnungshof, auf den sich dann alle zusätzlich beziehen konnten. Dabei hatte dieser noch in einer Stellungnahme zum Krankenhaus-Zukunftsgesetz in einem unveröffentlichten Bericht an den Haushaltsausschuss des Bundestags die finanzielle Lage der Kliniken als katastrophal bezeichnet. 40 Prozent der Krankenhäuser würden Verluste verzeichnen, für ein Zehntel bestehe erhöhte Insolvenzgefahr.

DEN KRANKENHÄUSERN WIRD JA VORGEWORFEN, DASS SIE WENIGER PATIENTEN BEHANDELT HABEN ALS IN DEN JAHREN ZUVOR, GLEICHZEITIG ABER MEHR ERLÖSTEN. DIE KRANKENKASSEN BEHAUPTEN, 2020 SEI EIN GOLDENES JAHR DER KRANKENHAUSFINANZIERUNG GEWESEN. IST AN DEM VORWURF ETWAS DRAN?

Dr. Josef Düllings: Über die Finanzierung der Krankenhäuser kann man natürlich reden. Zunächst aber zeigt der Vergleich mit dem Vor-Corona-Jahr 2019 nicht die ganze Wahrheit. Preissteigerungen, die Lohnentwicklung, der hohe Aufwand für Schutzausrüstungen und Hygiene-

mittel wurden zum Beispiel nicht berücksichtigt. Die Freihaltepauschalen in den ersten Monaten haben viele Krankenhäuser wirtschaftlich unterstützt, doch ein „goldenes Jahr“ der Krankenhausfinanzierung zu beklagen, scheint dennoch unangebracht. 2020 und die Pandemie waren eine Ausnahmesituation, die vor allem den Einsatz von Bundesmitteln erforderte. Nicht zu vergessen ist, dass die Kliniken nach Aufforderung der Politik Betten für Corona-Patienten freigehalten haben. Die Unterstützung erfolgte schon wenige Monate später dann deutlich differenzierter. Und die wenigsten Krankenhäuser hatten in den Jahren zuvor nennenswerte Rücklagen bilden können – die Gründe habe ich bereits genannt.

Die Krankenkassen saßen dagegen auf insgesamt rund 30 Milliarden Euro im Gesundheitsfonds und in den Rücklagen der einzelnen Kassen. Damit wurde in den letzten zehn Jahren eine massive Kapitalakkumulation zu Lasten der Kliniken betrieben. Dem hat die Politik zumindest teilweise erst mit dem MDK-Reformgesetz ein Riegel vorgeschoben.

Es stimmt zwar, dass weniger Patienten behandelt wurden – davon haben die Krankenkassen selbst aber massiv profitiert. Weil viele planbare Behandlungen vor allem in der ersten Pandemiewelle verschoben wurden, manche Patienten auch von sich aus erst einmal abwarteten, hatten die Krankenkassen natürlich deutlich weniger Ausgaben, nicht nur für die Krankenhausbehandlungen, in Folge auch für die Re-

habilitation. Sie haben dadurch insgesamt nach Aussage des Spitzenverbandes rund eine Milliarde Euro gespart.

Der Ausgabenanstieg bei den Kassen selbst lag 2020 nach Daten des GKV-Spitzenverbandes für die Krankenhäuser mit nur 1,5 Prozent so niedrig wie seit zehn Jahren nicht. Irritierend ist demgegenüber, dass die Verwaltungsausgaben der GKV nach den vom BMG im März 2021 veröffentlichten Finanzergebnissen für 2020 mit 4,8 Prozent drei Mal stärker gestiegen sind als die Krankenhausaussgaben. Dazu würde man sich ebenfalls mehr Transparenz wünschen. Selbstverwaltung kann jedenfalls nicht Selbstbedienung heißen.

Was die Kassen von jedem Krankenhaus fordern – zu sparen, bis es quietscht – ist für die Krankenkassen selbst offenbar keine Option. Nicht zu vergessen die überbordende Bürokratie, die auf Misstrauen gegenüber den Krankenhäusern beruht und stetig anwächst. Was an Dokumentation gefordert wird, beschäftigt nicht nur unsere Mitarbeiter täglich stundenlang und hindert sie an ihrer eigentlichen Arbeit – der Versorgung unserer Patienten – und verstärkt den Personalmangel. Diese Dokumentation muss ja auch wieder von den Kassen überprüft werden. Hier wird für nichts und wieder nichts Potenzial verschleudert.

“Die wiederholt von den Kassen geforderte Transparenz zu den Unterschieden in der Meldung von Intensivbetten ist von den Krankenhäusern und ihren Verbänden bereits hinlänglich bedient worden. Die Gründe sind also bekannt.“

IMMER WIEDER GING ES IN DER ÖFFENTLICHEN DISKUSSION UM DIE INTENSIVBETTEN. HIER GEBE ES ZU WENIG TRANSPARENZ. HABEN WIR ZU VIELE INTENSIVBETTEN IN DEUTSCHLAND?

Dr. Josef Düllings: Die wiederholt von den Kassen geforderte Transparenz zu den Unterschieden in der Meldung von Intensivbetten ist von den Krankenhäusern und ihren Verbänden bereits hinlänglich bedient worden. Die Gründe sind also bekannt – auch den Krankenkassen.

Dennoch macht es sich anscheinend immer wieder gut, noch mehr Transparenz zu fordern. Das Narrativ der verschwundenen Intensivbetten erzeugt den Eindruck von Betrug, von dem man sich anscheinend Vorteile in der politischen Meinungsbildung erhofft.

Was die Intensivversorgung in den deutschen Krankenhäusern geleistet hat und welcher großer Segen die im internationalen Vergleich einmalige Spitzenstellung war, zeigt sich, wenn man die Corona-Toten je einer Million Einwohner einiger Nachbarländer vergleicht. Mit einer deutlich vielfach um mehr als die Hälfte niedrigeren Ausstattung an Intensivbetten weisen Länder wie Großbritannien, Belgien, Frankreich, Italien, Spanien, Portugal, Polen oder Tschechien teilweise mehr als die doppelte Zahl an Corona-Toten je einer Million Einwohner im Vergleich zu Deutschland auf. Gestorben wurde auf den Intensivstationen.

Nicht zu vergessen: Seit Jahren wurde von Kassen und auch politischer Seite darauf gedrängt, die Zahl der Betten in den deutschen Krankenhäusern massiv abzubauen. Gut, dass dies – angesichts vielfach unzureichender Strukturen in der Vor- und Nachversorgung von Patienten zur Krankenhausbehandlung – verhindert werden konnte. Der GKV-Spitzenverband sollte aus Sicht des VKD zur Kenntnis nehmen, dass es Wille des Gesetzgebers war, hier kein Risiko einzugehen und für die Bevölkerung von Beginn an maximale Versorgungssicherheit und Daseinsvorsorge in der Pandemie zu gewährleisten. Das hat funktioniert. Und die Beschäftigten in den Kliniken haben dies durch ihren maximalen persönlichen Einsatz unterstützt. Dafür gebührt ihnen Dank und kein unwürdiges Nachtreten.

Die Pandemie hat uns aber außerdem gezeigt, dass es Möglichkeiten geben muss, für Patienten, die wegen einer Pandemie oder einer Katastrophe zusätzlich zum normalen Versorgungsgeschehen aufgenommen und gegebenenfalls intensivmedizinisch behandelt werden müssen, spezielle, schnell aktivierbare Kapazitäten vorzuhalten, nicht nur Intensivbetten. Diese gibt es derzeit nicht, auch, weil in den vergangenen Jahren erhebliche Kapazitäten abgebaut wurden.

ZUM AKTUELLEN VORGEHEN DER KRANKENKASSEN: WIE VERLAUFEN DERZEIT DIE BUDGETVERHANDLUNGEN FÜR 2020?

Dr. Josef Düllings: Aus den aktuellen Verhandlungen für 2020 auf Ortsebene ist erkennbar, wie man von Seiten der Krankenkassen wieder versucht, den Mittelabfluss in Richtung der Krankenhäuser zu verhindern, dieses Mal über die Pflegeentgeltwerte. Man möchte das gefühlte zu viel gezahlte Geld wieder zurückholen. Zum einen werden in nahezu allen Bundesländern die eigentlich prospektiv zu führenden Budgetverhandlungen vielfach blockiert. In den Regionen, in denen sie stattfinden, erfolgt ein Hinauszögern von Abschlüssen.

Der Wille des Gesetzgebers, die Kosten des Pflegebudgets zu finanzieren, wird bürokratietaktisch durch kleinstteilige Exegese einer immer wieder neu geforderten Flut an Zahlen, Daten, Fakten unter der Überschrift „Bitte noch mehr Transparenz“ immer weiter mit teilweise absurden Konsequenzen abgeschichtet. Zum Beispiel wird die Finanzierung von Hebammen auf Wöchnerinnenstationen abgelehnt oder man glaubt, die fachliche Kompetenz zu besitzen, die Arbeitsinhalte von Kinderkrankenpflegekräften auf Station herauszurechnen.

Nach Einschätzung des VKD hatte Ende Juni nicht einmal ein Drittel der Kliniken einen Abschluss für 2020, obwohl sie bei der Besetzung von Pflegestellen mit den Kosten bereits massiv in Vorleistung gehen müssen – und dies auch schon für 2021. Die Erstattung der erheblichen Mehrkosten lässt hingegen auf sich warten. Das ist nicht nur inakzeptabel, sondern auch nicht gesetzeskonform.

Bei den Kliniken, die einen Budgetabschluss erreicht haben, zeigt sich darüber hinaus bei rund 75 Prozent ein zum Teil massiver Rückgang des vereinbarten Gesamtbudgets 2020 gegenüber 2019. Im statistischen Mittel – einschließlich der Kliniken mit positivem Abschluss – ist ein Rückgang um 2,5 Prozent zu verzeichnen, der über

“ Der auf Selbstverwaltungsebene vereinbarte Gesamtjahreserlösausgleich wird den Kliniken hier nicht helfen. Bis Jahresende kommen daher Milliardenverluste auf die Einrichtungen zu. Das ist jedenfalls das Gegenteil von einem „Goldenen Jahr 2021“. “

den Zahlungsmodus bei sehr vielen Kliniken 2021 zu teilweise massiven Verlusten führen wird. Nicht zu vergessen, bei insgesamt massiv gestiegenen Kosten. Der auf Selbstverwaltungsebene vereinbarte Gesamtjahreserlösausgleich wird den Kliniken hier nicht helfen. Bis Jahresende kommen daher Milliardenverluste auf die Einrichtungen zu. Das ist jedenfalls das Gegenteil von einem „Goldenen Jahr 2021“.

MIT BLICK AUF DIE ANSTEHENDEN STRUKTURVERÄNDERUNGEN – WAS SEHEN SIE ALS BASIS ALLEN HANDELNS AN?

Dr. Josef Düllings: Alle Beteiligten müssen bereit sein, sich den erheblichen – und notwendigen – Veränderungen der Versorgungsstrukturen zu stellen. Nur so werden wir auch in Zukunft eine gut funktionierende, qualitativ hochwertige, flächendeckend verfügbare Gesundheitsversorgung zur Verfügung haben. Dazu gehört, dass Egoismen beiseitegelassen werden. In erster Linie geht es um das Wohl der Patienten. Das muss die Leitschnur sein.

SEHR GEEHRTER HERR DR. DÜLLINGS, VIELEN DANK FÜR DAS GESPRÄCH.



Die Positionen des VKD zur Bundestagswahl 2021

DAS IST DIE SICHT DER PRAKTIKER

Unser Gesundheitswesen steht vor Herausforderungen, die sich schärfer darstellen als jemals zuvor. Im Superwahljahr 2021 positionieren sich die Parteien auch bezüglich neuer Weichenstellungen für die Gesundheitsversorgung. Mit dem Blick der Praxis und ohne Scheuklappen will der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) mit seinen Positionen einen Beitrag zu sinnvollen Lösungen leisten.

Der VKD hat mehrfach darauf hingewiesen, welche Veränderungen dringend notwendig sind, um die Gesundheitsversorgung zukunftssicher zu gestalten. Wie wichtig für die Bevölkerung eine flächendeckende Versorgung ist, hat sich gerade in den vergangenen Monaten wieder deutlich gezeigt.

KRANKENHÄUSER ALS ANKER DER VERSORGUNG STÄRKEN

Die Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen haben sich in der Pandemie in Deutschland als Anker einer stabilen Gesundheitsversorgung

für alle sichtbar erneut bewährt. Auch in einer Krisensituation, wie sie noch immer besteht, garantieren und verwirklichen diese Einrichtungen mit ihren Beschäftigten das Versprechen der Politik an die Bürgerinnen und Bürger für eine leistungsfähige und wohnortnahe Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Gleichzeitig sind sie in einer Zeit, in der die Wirtschaft vielfach angeschlagen ist, stabiler Garant für die Beschäftigung, wichtige Steuerzahler, Auftraggeber für Handwerk, Landwirtschaft und Industrie und somit maßgebliche Träger der Infrastruktur in vielen Regionen. Auch das muss anerkannt werden!

FLÄCHENDECKENDE VERSORGUNG SICHERN

Wir fordern eine flächendeckende Gesundheitsversorgung, in der Krankenhäuser aller Versorgungsstufen ihre Berechtigung haben und in einem vernetzten – vor allem digitalen – System von High-Tech-Medizin und Grundversorgung

zusammenarbeiten. Zu den stabilen, miteinander verbundenen, durchgehenden Versorgungsketten gehören unabdingbar auch die Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheime.

VERSORGUNGSPLANUNG STATIONÄR UND AMBULANT DURCH DIE BUNDESLÄNDER

Flächendeckende Gesundheitsversorgung erfordert von den Bundesländern als Verantwortliche, zu einer ganzheitlichen Gesundheitsplanung sowohl der stationären als auch der ambulanten Versorgung überzugehen und dabei die jeweiligen regionalen Unterschiede und Entwicklungen zu berücksichtigen. Hier brauchen wir mehr Engagement der Bundesländer. Ohne dieses wird es auf eine Bundeszentralisierung hinauslaufen, die den Erfordernissen der Patientenversorgung in vielen Regionen nicht gerecht wird.

STRUKTURVERÄNDERUNGEN SINNVOLL GESTALTEN UND FINANZIEREN

Auch wir befürworten notwendige Strukturveränderungen. Sie müssen jedoch an den regionalen Notwendigkeiten der Gesundheitsversorgung gemessen, entsprechend geplant, gestaltet und finanziert werden. Die Krankenhäuser sind dabei als Zentren der Leistungserbringung zu verstehen und anzuerkennen, wie es von den Patienten bereits heute vielfach eingefordert wird. Eine Reduzierung der Kapazitäten auf die kalte Art – durch Insolvenzen und nicht durch bewusste Planung – lehnt unser Verband entschieden ab.

AMBULANTE NOTFALLVERSORGUNG IN DIE VERANTWORTUNG DER KRANKENHÄUSER

Krankenhäuser sind bereits heute erste Anlaufstelle für Patienten in der ambulanten Notfallversorgung. Die unbefriedigende Situation, die durch bestehende Versorgungsdefizite im hausärztlichen Bereich eskaliert, muss endlich aufgelöst werden. Die Zahlen sprechen dafür, die Verantwortung für die ambulante Notfallversorgung den Krankenhäusern zu übertragen. Ein System, das den Kliniken die Versorgungsleistungen zuschiebt, sie aber mit den Kosten allein lässt, ist nicht zukunftsfähig. Hier muss es endlich eine Lösung geben, die den Realitäten Rechnung trägt. Dazu bedarf es neuer gesetzli-



cher Zuständigkeiten auf Bundes- und Landesebene. Integrierte Versorgungszentren, in denen die KVen das Sagen haben, werden nicht funktionieren und vom VKD daher abgelehnt.

DIGITALISIERUNG NACHHALTIG GESTALTEN

Nach zwei Jahrzehnten der Zurückhaltung hat der Gesetzgeber mit dem Krankenhauszukunftsgesetz einen wichtigen Schritt in die Zukunft getan, erwartet jetzt jedoch von den Krankenhäusern den Superboost der Digitalisierung in zwei Jahren. So richtig der Schritt ist, die Digitalisierung der Krankenhäuser als staatliche Infrastrukturaufgabe zu sehen und entsprechend zu finanzieren, so wichtig ist es jetzt, diesen Prozess nachhaltig zu gestalten. Dies ist für die Zukunft einer vernetzten Gesundheitswelt sowie für funktionierende Versorgungsketten alternativlos. Wir wollen eine Digitalisierungsstrategie mit definierten Schritten und mit den dafür notwendigen Mitteln – die sich auch aus dem ermittelten Status quo der Digitalisierung für jedes Haus ergeben.

NEUSTART DES FINANZIERUNGSSYSTEMS

Seit längerer Zeit wird das Finanzierungssystem den Leistungen vieler Krankenhäuser nicht mehr gerecht. Deshalb fordern wir hier einen Neustart, der auch eine Strukturkomponente und damit eine Absicherung der Vorhaltekosten aller bedarfsnotwendigen Häuser beinhaltet. Dabei gilt es, gleichzeitig die notwendige Am-

bulantisierung zu berücksichtigen, die von den Kliniken zu leisten sein wird, weil das Potenzial und das ernsthafte Bemühen dafür im Bereich der KVen nicht mehr vorhanden sind. Essenziell ist dabei die Sicherstellung einer ausreichenden Investitionsfinanzierung. Ohne diese wird der andauernde Mittelentzug aus dem Vergütungssystem zur Aufrechterhaltung der Betriebsfähigkeit der Krankenhäuser durch Eigeninvestitionen zu einer fortgesetzten Unterfinanzierung der Kliniken führen.

DEUTLICHER ABBAU VON BÜROKRATIE

Nicht zuletzt fordern wir einen deutlichen Abbau von Bürokratie, der nicht nur unsere Mitarbeiter entlastet, sondern auch Flexibilität in der Führung von Krankenhäusern ermöglicht, die der Situation in den Regionen entspricht. Die letzten Maßnahmen des Gesetzgebers, wie die Pflegepersonaluntergrenzen und das Pflegebudget, auch wenn sie gut gemeint waren, taugen nicht als Vorbild hinsichtlich einer Entlastung von Bürokratie.

Unsere Vorschläge und Positionen beruhen auf unseren praktischen Erfahrungen in den Krankenhäusern, den Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheimen. Krankenhäuser sind die funktionierende medizinische Infrastruktur. Sie sorgen flächendeckend für die sichere, Tag und Nacht verfügbare Gesundheitsversorgung der Bürger, wo immer sie leben. Diese Sicherheit muss bei allen notwendigen Veränderungen erhalten bleiben. Dafür brauchen wir einen Masterplan „Deutsches Krankenhaus“!

CORONA-UPDATE 2021: DIE ZWEITE UND DRITTE WELLE

**Langfriststrategie
Kommunikation
Intensivmedizin
Transparenz
Digitalisierung
Kooperationen**

Wir brauchen eine Langfriststrategie nicht nur für Krisensituationen wie Corona



GEFAHR VON „SEHR HOCH“ AUF „HOCH“ HERABGESTUFT – DIE NEUE NORMALITÄT DER KRANKENHÄUSER?

Nach der ersten Corona-Welle im Sommer vorigen Jahres bestand die Hoffnung, das Schlimmste geschafft zu haben. Es war ein kurzes Aufatmen in den Krankenhäusern, wenn auch eine wirkliche Entspannung vielfach wegen zahlreicher nachzuholender Behandlungen nicht eintrat. Hygienevorschriften, Testregime – all das musste natürlich auch weiterhin eingehalten werden. Der Blick auf die Ende September auslaufenden Unterstützungen und das eventuell wieder in Kraft treten entlastender Regelungen war skeptisch. Was würde danach kommen? Die Skepsis war durchaus berechtigt, denn die zweite Welle setzte ein, ohne dass zunächst weitere Hilfen in Sicht waren.

Erst die steigenden Inzidenzzahlen und massive Interventionen vor Ort aus den Verbänden überzeugten dann die Politik, den Krankenhäusern – wenn auch deutlich reduzierter und mit viel Bürokratie belastet – wieder Unterstützung zu gewähren. Hier hat auch der VKD immer wieder betont, dass nicht nur die Hochleistungskliniken gestützt werden müssten, sondern dass viele Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungstufen Corona-Patienten behandeln und damit auch die großen Kliniken entlasten.

Zuvorderst muss festgestellt werden, dass es den Krankenhäusern über die ganze Pandemiezeit hinweg gelungen ist, trotz zum Teil großer Belastungen, ihre Patienten mit hoher Expertise zu behandeln. Ärzte und Pflegenden haben viele Erfahrungen mit der Behandlung der Corona-Patienten gesammelt und wissen inzwischen

sehr viel besser, als am Anfang, wie sie vorgehen müssen. Die in Corona-Stationen und auf Intensivstationen arbeitenden Teams waren dabei besonders belastet und angespannt.

Zum zweiten Mal flaute im Mai dieses Jahres nach für die ganze Gesellschaft anstrengenden, monatelangen, zunächst leichten, dann stärkeren Lockdowns die Corona-Pandemie erwartbar wieder ab. Das RKI stufte Anfang Juni die Gefahr von „sehr hoch“ auf „hoch“ herab. Das Impfen lief inzwischen auf Hochtouren, die Nation freute sich über Lockerungen. Die Intensivmediziner gaben Entwarnung, Krankenhäuser, die Covid-Patienten behandelten, gingen im Großen und Ganzen in eine Art Normalbetrieb über. Natürlich galten und gelten nach wie vor Hygieneregeln. Die Covid-Stationen konnten reduziert werden. Inzwischen ist aber anzunehmen, dass dies noch immer nicht das Ende der Pandemie ist.

VORBEREITET AUF EINE NÄCHSTE WELLE?

Inzwischen ist es August – wie sind wir auf eine vierte Welle vorbereitet? Dass sie im Herbst nochmals aufflammen wird, steht für die meisten Experten außer Zweifel, wenn sie auch annehmen, dass sie wegen der vielen Impfungen flacher ausfallen könnte als die vorhergehenden.

Es stimmt sicher, dass wir mit dem Virus leben lernen müssen. Daher ist es unabdingbar, dass wir pragmatisch agieren, auf Basis der vielen Erkenntnisse und Erfahrungen, die wir gewonnen haben, und dass wir uns zudem Wissen darüber

beschaffen, was tatsächlich funktioniert hat und was nicht. Darauf aufbauend ist eine langfristige Strategie des Umgangs mit solchen und ähnlichen Krisensituationen notwendig.

Die Hoffnung ist, dass unsere Gesellschaft deutlich besser vorbereitet in eine mögliche nächste Pandemiewelle geht und auch künftige Krisen ähnlicher Art besser meistert. Das trifft und betrifft in höchstem Maße natürlich die Gesundheitsversorgung. Dazu einige, sicher nicht vollständige Überlegungen:

ES FEHLEN NOCH IMMER VIELE WICHTIGE DATEN

So differenziert das Robert-Koch-Institut nicht, ob jemand wegen oder mit Corona verstorben ist. Ungenau ist auch die Zahl der Neuinfektionen. Hier sollten repräsentative Stichproben in der Bevölkerung mehr Erkenntnisse über die Verbreitung des Virus, über Infektionsherde und -wege und auch den Nutzen von Maßnahmen ermöglichen. Es gibt sie aber bisher nicht. Wir wissen bisher nicht, ob der Berufsverkehr, der Präsenzunterricht in Schulen, ob Kultur- oder Sportveranstaltungen ursächlich für die Verbreitung sind, oder ob es sich in bestimmten Berufsgruppen stärker verbreitet. Für solche Panels braucht man eine bestimmte Infrastruktur, aber diese muss jetzt endlich geschaffen werden – auch für die Zukunft.

Der Epidemiologe Klaus Stöhr sagte im Oktober vorigen Jahres in einem Beitrag für DIE WELT, Deutschland habe keine Langzeitstrategie und auch keine richtige Kommunikation. Zu einer guten Bekämpfungsstrategie gehörten Analysen dazu, wie viele Menschen sich infiziert haben, wie viele von ihnen Antikörper haben und wie lange diese wirksam sind, wie immun jemand ist, der die Infektion durchgemacht hat und keine Antikörper mehr nachweist. Man solle sich auf die Hochrisikopersonen konzentrieren und die Anzahl der Neuerkrankungen zum Maßstab dafür nehmen, wie sich die Bettenkapazität in den nächsten zehn bis fünfzehn Tagen entwickeln wird.

TRANSPARENT KOMMUNIZIEREN

Wie wir mit einer nächsten Pandemiewelle fertig werden, liegt auch an der Kommunikation nicht nur der Experten aus den verschiedensten Bereichen miteinander, sondern auch daran,

wie die damit zusammenhängenden Fragen und Herausforderungen gegenüber der Öffentlichkeit erklärt werden. Gut erklärend, transparent, pragmatisch, unaufgeregt, auch dort, wo noch Erkenntnisse fehlen.

Transparenz, sachliche Aufklärung der Bevölkerung, begründete Antworten auf die Fragen der Menschen sollten die Art der Kommunikation prägen.

EXPERTENTEAMS BILDEN UND GEMEINSAM NACH LÖSUNGEN SUCHEN

Der Virologe Hendrik Streek verwies darauf, dass es um pragmatische Lösungen gehen müsse. Pragmatismus habe er im letzten Jahr leider eher als Ausnahme denn als Regel wahrgenommen sagte er im Nationaltheater Weimar in seiner Weimarer Rede am 23. Mai dieses Jahres.

„Wie wir mit einer nächsten Pandemiewelle fertig werden, liegt auch an der Kommunikation nicht nur der Experten aus den verschiedensten Bereichen miteinander, sondern auch daran, wie die damit zusammenhängenden Fragen und Herausforderungen gegenüber der Öffentlichkeit erklärt werden.“

Das führte dann auch zu Entscheidungen, die selbst die Empfehlungen anerkannter wissenschaftlicher Gremien beiseite wischten, wie der Ständigen Impfkommission zur Impfung von Kindern und Jugendlichen über 12 Jahre. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWFM mit 28 unterzeichnenden Fachgesellschaften hat in einer Stellungnahme im Mai zur zentralen Bedeutung der STIKO für wissenschaftlich fundierte und Evidenz-verpflichtete Impfeempfehlungen ihre Sorge über die Diskussion um Impfziele, Priorisierung und die Verknüpfung von Impfung und Öffnungsstrategien ausgedrückt.

ALTERNATIVEN ZU LOCKDOWNS FINDEN

Ruhig, pragmatisch vorzugehen ist die beste Lösung. Es war richtig, das Virus durch die verschiedensten Maßnahmen einzudämmen, denn

es ist definitiv gefährlich. Die Frage ist, ob immer Maß und Mitte dabei galten. Es waren zu viele Lockdowns über anderthalb Jahre, mal light, mal hart, mal als „Brücke“. Aber immer bedeutete es eine erhebliche Stilllegung der Gesellschaft mit allen Belastungen für sehr viele Menschen, für Kinder und ihre Eltern, für viele alte Menschen, für Unternehmen, Handel, Kultur und Sport.

Leider gab es bisher keine wirklich substanzielle Diskussion darüber, welche Möglichkeiten der Reaktion darauf denn außer neuerlichen Lockdowns sinnvoll wären. Dabei werden Lockdowns auch von der WHO nur als allerletzte Möglichkeit beschrieben. Lockdowns sind nicht alternativlos, zumal sie die Wirkung, die ihnen zugeschrieben wird, ganz offensichtlich nicht haben. Wie hier künftig agiert wird, hat auch Auswirkungen auf die Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken und Pflegeheime.

Der Virologe Hendrik Streek schrieb in einem Beitrag für DIE WELT am 26. Mai 2021, dass der Lockdown nicht der einzig mögliche Weg gewesen sei. Das zeigte auch das alternative Vorgehen in Tübingen. Oberbürgermeister Boris Palmer fand hier einen anderen Weg, ohne Lockdown und Schließung der ganzen Stadt. Ein Projekt, das leider mit der Bundesnotbremse beendet werden musste, aus dem aber gelernt werden kann.



Stilllegung der Gesellschaft ist nicht immer die beste Lösung.

ENTLASTUNG VON BÜROKRATIE – MEHR ZEIT FÜR DIE PFLEGE

Eine Schwachstelle ist bekanntlich der Mangel an Pflegepersonal insgesamt, vor allem aber, wie die Pandemie ebenfalls gezeigt hat, auf den Intensivstationen. Es nützt nichts, ihn immer wieder anzuprangern, wenn der Arbeitsmarkt leer ist. Wobei die Krankenhäuser im vergangenen Jahr immerhin binnen zwölf Monaten von Oktober 2019 bis Oktober 2020 laut einer Sonderauswertung der Agentur für Arbeit die Zahl der Pflegekräfte um 18.500 aufgestockt haben.

„Leider gab es bisher keine wirklich substanzielle Diskussion darüber, welche Möglichkeiten der Reaktion denn außer neuerlichen Lockdowns sinnvoll wären. Dabei werden Lockdowns auch von der WHO nur als allerletzte Möglichkeit beschrieben.“

Seit etlichen Jahren wird auch deutlich mehr ausgebildet. Doch die Lage kann sich nur nach und nach verbessern. Es geht hier nicht nur ums Geld. Deshalb ist es so wichtig, den Pflegenden und Ärzten mehr Zeit für Versorgung der Patienten zu geben. Das ist kurzfristig möglich: Sie müssen von den überbordenden bürokratischen Pflichten zügig entlastet werden. Hier ist nicht nur der Gesetzgeber, hier sind auch die Krankenkassen und der Medizinische Dienst in der Pflicht. Gerade letzterer hat noch im Mai die Bürokratieschraube weiter angezogen.

Hier schließt sich das nächste verschleppte Problem an – die Digitalisierung der Krankenhäuser. Die Pandemie hat nochmals gezeigt, wie zügig es gelöst werden muss. Die Bundespolitik hat immerhin mit dem Krankenhauszukunftsgesetz einen Aufschlag gemacht, der eine Investitionsunterstützung von zwei Milliarden Euro für die Digitalisierung bedeutet.

NETZWERKE VERSTETIGEN

Verstetigt werden sollten Netzwerke von Krankenhäusern aller Versorgungsstufen, die in der



Krankenhäuser sollten die Möglichkeit haben, ihre Mitarbeiter selbst zu impfen.

Pandemie fast von Beginn an und in der zweiten Welle erneut eng zusammengearbeitet haben. Im vergangenen Herbst wurde zudem das sogenannte Kleeblatt-Verfahren entwickelt, das zwar in den vergangenen Monaten nicht sehr häufig genutzt werden musste, das aber auch für künftige Situationen, in denen es um die Belastung der Intensivstationen gehen könnte, wichtig wäre. Hier geht es um die Verlegung von Covid-Intensivpatienten aus überlasteten Bundesländern in andere, die nicht so stark belastet sind. Das Konzept war von Bund, Ländern und RKI entwickelt worden. Vier Länder werden dabei immer zu einem Kleeblatt zusammengeschlossen, die untereinander Patienten verlegen oder gegebenenfalls dann auch Unterstützung aus einem weiteren Kleeblatt erhalten. Das Ziel ist, eine Vollbelegung von Intensivstationen zu verhindern.

INTENSIVREGISTER WEITERENTWICKELN

Das in der Pandemie sehr schnell eingerichtete DIVI-Intensivregister hat sich bewährt und wird sicher weiterentwickelt. Die öffentlich gemachten Irritationen zu den Intensivbetten hatten eine Reihe von Ursachen, die aber zügig aufgeklärt werden konnten. Dass der Bundesgesundheitsminister den Personalmangel gerade auch in den Intensivstationen durch die Wiederinkraftsetzung der Pflegepersonalregelungen noch weiter verschärft hat, kann man nur als Schildbürgerstreich bewerten. Hier müssen grundsätzlich flexible Lösungen ermöglicht werden, wie sie bereits als Übergangslösung entwickelt wurden. Dem hat Bundesgesund-

heitsminister Jens Spahn in unserer Jahrestagung im April allerdings eine Absage erteilt. Damit dürfen sich die Krankenhäuser aber nicht zufriedengeben.

„Wie hier künftig agiert wird, hat auch Auswirkungen auf die Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken und Pflegeheime.“

IMPfstoffVERSORGUNG UND PRIORISIERUNG

Ohne hier ausführlich darauf einzugehen – das Thema ist allseits bekannt – ist auch die Frage der Impfstoffbeschaffung und -verteilung von großer Bedeutung und anfangs leider nicht glücklich gelaufen. Eine Priorisierung war aber sicherlich richtig, denn gerade alte Menschen und vor allem Bewohner von Pflegeheimen waren besonders gefährdet. Der größte Teil der beatmeten Corona-Patienten war hochbetagt und bildete für lange Zeit die Mehrheit der Intensivpatienten. Hier lag ein Grund dafür, dass es Überlastungen gab. Dass es für die Mitarbeiter der Pflegeheime nicht einfach war, die Impfungen zu organisieren, beschreibt Franz Hartinger, Vorsitzender der Fachgruppe Pflegeeinrichtungen in diesem Heft. Dennoch ist wichtig, dass auch künftig genau ermittelt wird, woher die Intensivpatienten mit Corona kommen, wie alt sie sind, wo sie sich infiziert haben, um gezielt reagieren zu können.

Dass auch Personal in medizinischen Einrichtungen mit besonders hohem Expositionsrisiko und Personal in medizinischen Einrichtungen mit besonders engem Kontakt zu vulnerablen Gruppen zur ersten Priorisierungsstufe gehörten, schien anfangs gar nicht so klar und wurde vom VKD angemahnt. Das Ansteckungsrisiko gerade bei diesen Mitarbeitern zu reduzieren war angesichts des ohnehin herrschenden Personalmangels besonders wichtig. Es wäre in diesem Zusammenhang aber eine wichtige Überlegung, den Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben, ihre Mitarbeiter selbst zu impfen – wie es auch die Betriebsärzte der Unternehmen inzwischen dürfen.

Positiv ist, dass auch die EU-Kommission aus den anfänglichen Fehlern offenbar gelernt und für eine nächste Pandemiewelle Impfstoffe gesichert hat.

MEHR AUTOPSIEN ERMÖGLICHEN

Ein Fehler war ganz sicher von Anfang an, dass viel zu wenige Leichenschauen vorgenommen wurden. So hat man auf wichtige Erkenntnisse über das Krankheitsbild sowie die daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen zur Wirkung möglicher Therapien weitgehend verzichtet. Es gibt daher auch bis heute keinen guten Überblick darüber, ob Covid-19 nur eine Begleiterkrankung oder ob es ursächlich für den Tod eines Patienten war. An einigen Kliniken, etwa an der Uniklinik Rostock oder im UKE in Hamburg, wurden Corona-Verstorbene obduziert, doch es waren



Autor

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

eben insgesamt verschwindend wenige.

Das hat sicher nicht nur damit zu tun, dass das RKI noch Ende März vorigen Jahres empfohlen hat, Autopsien bei Covid-Verstorbenen zu vermeiden, sondern auch daran, dass die Obduktionsquote in deutschen Krankenhäusern auch in normalen Zeiten bei unter fünf Prozent liegt. Seit Jahren wird auf dieses wichtige Instrument der Qualitätssicherung weitgehend verzichtet. Der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Gerald Gaß, wird in der WELT am 11. Mai dieses Jahres, zitiert:

„Wir sind überzeugt, dass jeder Tote der Wissenschaft Hinweise auf die Behandlung der Lebenden gibt. Es ist nur zu hoffen, dass dieses Thema deutlich mehr Aufmerksamkeit erhält.“

VORBEREITET SEIN

Gute Vorbereitung ist teuer, Nichtstun wird aber deutlich teurer – wie wir in den vergangenen Monaten alle erlebt haben. Das Gesundheitswesen braucht redundante Strukturen, um schnell auf Krisensituationen reagieren zu können. Dafür müssen vor allem die Krankenhäuser gestärkt werden. Sie brauchen eine sichere, ausreichende Finanzierung, sinnvolle flächendeckende, vernetzte Strukturen, gute Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter, moderne Ausstattungen, Handlungsspielräume und Flexibilität statt ständig weiter wuchernder Bürokratie. Die Krankenhäuser sind die Anker der Versorgung – und Anker sollten stabil sein.

NRW in der zweiten und dritten Pandemiewelle – ein Corona-Update

ERFAHRUNGEN DER KRANKENHÄUSER – GROSSES ENGAGEMENT, FALSCHES BESCHULDIGUNGEN, POLITISCHE UNGEREIMTHEITEN UND EIN TREFFEN IN PRÄSENZ

Am 16. und 17. Juni 2021 fand bereits zum vierten Mal in Folge die VKD-Managementtagung der Landesgruppe NRW im Hotel Vier Jahreszeiten in Iserlohn statt. Eigentlich Routine und kein Grund für eine Erwähnung in den Praxisberichten des VKD. In diesem Jahr ist es aber nach überraschend schnellem Abklingen der Inzidenzwerte in der dritten Welle der Pandemie bundesweit die erste VKD-Veranstaltung, die komplett in Präsenz durchgeführt werden konnte!

Der NRW-Landesvorstand hatte drei Monate vorher eine mutige Prognose zur Entwicklung der Inzidenzen angestellt. Neben einem Abklingen der Pandemie haben wir weiterhin unterstellt, dass bis Mitte Juni 2021 wohl die meisten Kolleginnen und Kollegen in den NRW-Einrichtungen geimpft und damit weitestgehend geschützt sein werden. Der Plan ging auf. Es war knapp, aber erfolgreich. So konnten wir uns auf der Tagung eingehend mit den aktuellen Themen der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen beschäftigen. Natürlich ging es auch um die Erfahrungen aus der Pandemie in der zweiten und dritten Welle. Insbesondere mussten wir uns aber mit der kompletten Neuausrichtung der NRW-Krankenhausplanung auseinandersetzen. So haben wir die Tagung unter das Zentral-Thema: Wieviel Krankenhaus braucht das Land? gestellt. Dazu aber später mehr.

RÜCKBLICK AUF DAS ZWEITE QUARTAL 2020

Spätestens Ende April 2020 gingen die Zahlen der Covid-Infektionen landauf landab deutlich zurück. Auch die Belastung der Krankenhäuser auf Infektions- und Intensivstationen bewegte sich mit zeitlicher Verzögerung nach unten. Eine halbwegs „normale“ Patientenversorgung wäre möglich gewesen, wenn nicht bei den Pa-

tienten eine gewisse Grundskepsis und Sorge vor eigener Infektion bei einem Krankenhausaufenthalt geblieben wäre. So erreichte die Anzahl der behandelten Patienten im weiteren Verlauf des Jahres nicht das Niveau des Jahres 2019. Erkennbar war aber spätestens im dritten Quartal ein Anstieg der durchschnittlichen Behandlungsfallschwere, was unter anderem durch die vorherige Zurückhaltung der Patienten bezüglich notwendiger stationärer Versorgung zu erklären ist.

WARNUNGEN DER PRAKTIKER IN DEN WIND GESCHLAGEN

Ein relativ ruhiger Sommer hat offensichtlich auch die politischen Verantwortlichen in Berlin von einem schnellen Pandemieende träumen lassen, den Warnungen der Virologen und Praktiker zum Trotz.

Mit Wirkung zum 1. August 2020 wurden kurzfristig und überraschend die Pflegepersonaluntergrenzen für die Bereiche Geriatrie und Intensivmedizin wieder in Kraft gesetzt. Ein falsches Signal zum falschen Zeitpunkt. Wie sollten die auf Bitten von Minister Spahn zusätzlich temporär geschaffenen Intensiv- und Beatmungskapazitäten unter Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen weiter betrieben werden? Entweder unmöglich oder unter Inkaufnahme von empfindlichen Strafzahlungen gemäß der PPUGV.

Aber es ging noch weiter. Die Ausgleichszahlungen für pandemiebedingt freigehaltene Bettenkapazitäten waren unbestritten mit einer vollpauschalierten Höhe von 560 Euro pro Bettenplatz und Tag im Zeitraum vom März bis Juni 2020 zu hoch. Das Gesundheitsministerium hatte hier schnell und unbürokratisch eine Lösung gefunden, die die differenzierten Kosten- und Erlösstrukturen in Krankenhäusern



unterschiedlicher Größenordnung und Versorgungsstufen nicht sachgerecht abbilden konnte. Diese Problematik wurde ab Juli 2020 mit der Anpassung auf eine zwischen 360 und 760 Euro gestufte Höhe der Ausgleichszahlungen pro Bett und Tag jedoch schnell korrigiert. Lediglich die immer sehr kurzfristige Verlängerung auslaufender Bestimmungen für zwei bis vier Wochen behinderte doch die Liquiditätsplanungen eines Wirtschaftsunternehmens Krankenhaus. Umso entsetzter waren wir sicher alle, als die Ausgleichszahlungen zum 30. September 2020 trotz wieder steigender Infektionszahlen endeten. Was war das für ein Signal?

„Ein relativ ruhiger Sommer hat offensichtlich auch die politischen Verantwortlichen in Berlin von einem schnellen Pandemieende träumen lassen, den Warnungen der Virologen und Praktiker zum Trotz.“

ZWEITE WELLE FÜHRTE KLINIKEN HART AN DIE BELASTUNGSGRENZE

Die zweite Welle der Pandemie traf NRW von Mitte Oktober 2020 bis Februar 2021 deutlich härter als die erste. Auf dem Höhepunkt der ersten Welle waren Mitte April 2.117 Patienten an einem Tag stationär zu versorgen, davon 724 Patienten intensivmedizinisch. In der zweiten Welle lagen die Zahlen um den Jahreswechsel herum bei gut 6.000 stationären Patienten an einem Tag, davon 1.165 Patienten auf den Intensivstationen. Ein sehr deutlicher Anstieg hart an der Belastungsgrenze.

Die Krankenhäuser der Vestischen Caritas-Kliniken GmbH liegen im Kreis Recklinghausen. Der Kreis ist mit ca. 614.000 Einwohnern der bevölkerungsreichste Kreis der Bundesrepublik. Das St. Vincenz-Krankenhaus Datteln ist ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit einigen überregionalen Schwerpunkten und ca. 350 Betten. Das Krankenhaus St.-Laurentius-Stift hält Kliniken für Geriatrie und Psychiatrie und angeschlossene Tageskliniken mit insgesamt 172 Betten vor. Die Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln ist mit 244 Betten die drittgrößte Kinderklinik Deutschlands. Unter den Erwachsenenkliniken war schnell abgestimmt, dass an Covid-19 erkrankte Patienten



Vestische Caritas-Kliniken GmbH, Datteln

Die **Vestische Caritas-Kliniken GmbH** ist ein Zusammenschluss von vier Häusern im Ostvest im Kreis Recklinghausen und im Kreis Coesfeld. Dazu gehören das St. Vincenz-Krankenhaus in Datteln, das St.-Laurentius-Stift in Waltrop, die Kinderheilstätte Nordkirchen und die Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln. Sie versorgen und betreuen Patienten in den Bereichen Gesundheitsfürsorge, Psychiatrie, Altenhilfe, Kinder- und Jugendmedizin sowie Behindertenhilfe. Beteiligt ist das Unternehmen außerdem am St.-Marien-Hospital in Lüdinghausen und an der Vestischen Caritas-Altenhilfe, die in Datteln und Waltrop Wohnraum und Pflege für alte Menschen anbietet.

Die Vestischen Caritas-Kliniken wollen mehr sein als ein breit aufgestellter Klinikverbund im Ostvest. Der Dienst am Nächsten, an kranken und behinderten Menschen werde mit Überzeugung wahrgenommen, heißt es aus dem Unternehmen. Dies gelte auch für die rund 3.300 Mitarbeiter, die auf einen verantwortungsbewussten und fairen Arbeitgeber vertrauen könnten.

Gesellschafter der Vestischen Caritas-Kliniken sind zu gleichen Anteilen der Caritasverband für die Diözese Münster e.V., die katholische Kirchengemeinde St. Amandus Datteln und die katholische Kirchengemeinde St. Peter Waltrop.

ausschließlich im St. Vincenz-Krankenhaus in Datteln behandelt werden sollen. Diese medizinisch sinnvolle Aufteilung konnte sehr erfolgreich vom Mitte März bis Oktober 2020 durchgehalten werden.

„ Mit Wirkung zum 1. August 2020 wurden kurzfristig und überraschend die Pflegepersonaluntergrenzen für die Bereiche Geriatrie und Intensivmedizin wieder in Kraft gesetzt. Ein falsches Signal zum falschen Zeitpunkt. „

Im November erwischte es dann aber mehr oder weniger zeitgleich beide Einrichtungen. Auf Grund rasant steigender Inzidenzwerte im Kreis konnten trotz aller Vorsichtsmaßnahmen und Testkonzepte Infektionsausbrüche nicht verhindert werden. Für beide Einrichtungen musste zumindest temporär ein Aufnahmestopp für verschiedene Stationen ausgesprochen werden. In enger Abstimmung mit dem Kreisgesundheitsamt wurden Maßnahmen abgestimmt und konsequent umgesetzt. Die pflegerische Personalausstattung der Infektionsstation in Datteln rückte mit einer Besetzung von 1 zu 4 sehr nahe an eine intensivmedizinische Versorgung heran. So konnte die Versorgung der Patienten sichergestellt und das Ausbruchsgeschehen beherrscht werden. Im vierten Quartal gingen die Infektionswellen nach und nach durch die Kliniken im Kreisgebiet. Am 1. November überschritt die 7-Tage-Inzidenz im Kreis zum ersten Mal die 200er Marke.

Auch das Bundesgesundheitsministerium erkannte die wachsenden Probleme der Krankenhäuser und führte zumindest ab dem 18. November 2020 wieder eine Regelung zu Ausgleichszahlungen ein. Diese war angelehnt an die bisherigen Regelungen des dritten Quartals, knüpfte aber an Inzidenzwerte an – Voraussetzung war mindestens die Anerkennung der erweiterten Notfallversorgung sowie freie Intensivkapazitäten unter 25 Prozent. Waren alle Kriterien erfüllt, wurden 90 Prozent der bisherigen gestaffelten Ausgleichs gezahlt. Allein am Kriterium „erweiterte Notfallversorgung“ scheiterten viele Krankenhäuser zwangsläufig, wie z. B. psychiatrische Fachkliniken. Auch der Standort St-Laurentius-Stift Waltrop erfüllte auf Grund der fachlichen Ausrichtung Geriatrie und Psychiatrie nicht diese Voraussetzungen. Für Waltrop und vergleichbare Kliniken hat es oftmals für den 30. September 2020 letztmalig eine Ausgleichszahlung gegeben, obwohl natürlich auch diese Häuser massiv unter der pandemiebedingten Minderbelegung leiden.



Versicherung der in all den Pandemiemonaten einsatzbereiten und engagierten Klinikmitarbeiter an die Menschen in der Region: Wir bleiben für Euch da!

PROJEKTBERICHT IGNORIERT DIE LEISTUNGEN KLEINER UND MITTLERER KLINIKEN IN DER PANDEMIE

In der Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums vom 30. April 2021 zur Veröffentlichung des Projektberichts RWI/TU Berlin steht u. a.:

„Gute Patientenversorgung auch in der Corona-Pandemie stets gewährleistet, Instrument der Freihaltepauschale zur Sicherung der Krankenhäuser wirksam.“

„Im Jahresdurchschnitt waren vier Prozent aller Intensivbetten mit Corona-Patientinnen und -Patienten belegt.“



„Wir behandeln Sie mit Vorsicht!“

Viele Patienten fürchten sich vor einer Corona-Infektion im Krankenhaus und sagen deshalb notwendige Untersuchungen oder Operationen ab. Wir garantieren, alles zu tun um Ihr Ansteckungsrisiko bei uns so gering wie möglich zu halten!

Unsere Mitarbeiter mit Patientenkontakt sind fast vollständig geimpft. Alle Patienten werden mittels PCR- und Antigen-Test mehrfach überprüft. Besucher erhalten nur Zugang zum Haus mit tagesaktuellem, negativem Abstrich. Darüber hinaus sind wir als Mediziner mit allen Hygienemaßnahmen bestens vertraut.

„Wir behandeln Sie mit Vorsicht!“
Ihre Chefärzte

www.vincenz-datteln.de




Die Chefärzte versichern den Patienten: Haben Sie keine Furcht vor einer Corona-Infektion bei uns

Allerdings wird im Projektbericht dann folgende Aussage getroffen:

„Der Rückgang der Fallzahlen (–14 Prozent) und insbesondere der Verweildauertage (–15 Prozent) war besonders ausgeprägt in den über 900 Krankenhäusern mit weniger als 300 Betten, ... Auch die intensivmedizinische Behandlung ging in diesen Krankenhäusern zurück; zugleich spielten sie bei der COVID-19-Versorgung mit 27 Prozent der stationären Fälle und 24 Prozent der intensivmedizinisch behandelten Fälle nur eine kleine Rolle ...“ (Quelle: RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Technische Universität Berlin; Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise, S. 4/5)

Aus der dieser Feststellung zu Grunde liegenden Tabelle des Projektberichts kann aber ebenso die positive Aussage gezogen werden, dass in den Krankenhäusern mit einer Größenordnung zwischen 150 und 599 Betten ca. 60 Prozent der Covid-Patienten und ca. 58 Prozent der intensivpflichtigen Covid-Patienten stationär behandelt worden sind. Diese Krankenhäuser haben also den Großteil der Versorgungslast in der Pandemie getragen und spielen sicher nicht „nur eine

kleine Rolle“. Insofern müssen derartig pauschale und negative Behauptungen doch sehr genau überprüft werden. Hier wird die Zukunft der stationären Versorgung aufs Spiel gesetzt.

DER GROSSTEIL DER COVID-PATIENTEN WURDE AUF DEN INFektionsSTATIONEN VERSORGT

Im Jahr 2020 wurden in Deutschland ca. 272.000 Corona-Patienten stationär versorgt. Etwa 36.000 Patienten mussten intensivmedizinisch behandelt werden. Das waren ca. 21 Prozent. Im Umkehrschluss wurden also 79 Prozent auf Infektionsstationen behandelt. Dieses Verhältnis können wir auch für Datteln und den Kreis Recklinghausen bestätigen. In der öffentlichen Diskussion und medialen Darstellung wurde nach Meinung des Verfassers zu einseitig auf die intensivmedizinische Versorgung fokussiert. Ohne auch nur ansatzweise die Bedeutung der aufwendigen und verantwortungsvollen Arbeit auf den Intensivstationen schmälern zu wollen, so muss hier doch eine Lanze für die ebenso aufwendige und wichtige Arbeit auf den Infektionsstationen gebrochen werden. Hier wurde der Großteil der an Covid erkrankten Patienten

versorgt. In den Task-Force-Sitzungen unseres Hauses wurde jeweils ausführlich über die Arbeit auf der Infektionsstation und die hohe Belastung der Mitarbeiter gesprochen. So lange möglich und medizinisch vertretbar, wurde die Versorgung gewährleistet, um einen Intensiv-aufenthalt zu vermeiden und hiermit sowohl die Patienten als auch die Kapazitäten der Intensivstation zu schonen.

Maskenbeatmung auf der Infektionsstation hatte immer Vorrang vor maschineller Beatmung auf der Intensivstation. Eine wichtige Erkenntnis für den Behandlungs- und Genesungsverlauf der Patienten.

INTENSIVBETTEN-DISKUSSION: DIESE UNTERSTELLUNGEN WEISEN WIR SCHARF ZURÜCK!

Neben der Förderung von 50.000 Euro pro zusätzlich bis zum 30. September 2020 eingerichteter Intensiv- und Beatmungskapazität durch das Bundesgesundheitsministerium bewilligte das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes NRW auf Antrag weitere jeweils 50.000 Euro als Einzelförderung, wenn der Kauf von Beatmungsgeräten nachgewiesen wurde. Damit konnten die Intensiv- und Beatmungskapazitäten im St. Vincenz-Krankenhaus Datteln von ursprünglich 14 auf 26 gesteigert werden. Wir konnten neben der regulären, 14 Betten umfassenden Intensivstation im Rahmen der eigenen Pandemieplanung eine weitere Station zur temporären Intensiveinheit umbauen und aufrüsten. Mitarbeiter aus den Bereichen OP und Anästhesie wurden an entsprechender Medizintechnik geschult und auf Einsätze vorbereitet, die letztlich in diesem Umfang glücklicherweise nicht notwendig geworden sind. Unter Einhaltung der ab dem 1. August geltenden Pflegepersonaluntergrenzen für Intensivbereiche wären diese Betten nicht zu betreiben gewesen.

Die öffentliche Diskussion um Bereicherung der Krankenhäuser, betrügerische Absichten und das

„Die öffentliche Diskussion um Bereicherung der Krankenhäuser, betrügerische Absichten und das mysteriöse Verschwinden geförderter Intensivbetten muss auf das Schärfste zurückgewiesen werden.“

mysteriöse Verschwinden geförderter Intensivbetten muss auf das Schärfste zurückgewiesen werden. Auch die Krankenhäuser in NRW haben sich immer wieder neu und höchst flexibel auf schwankende Behandlungszahlen im Covid und Non-Covid-Bereich eingestellt. Personelle Kapazitäten wurden dort eingesetzt, wo sie am dringendsten benötigt wurden. Umplanungen mehrmals wöchentlich sind für alle Beteiligten zur Routine geworden.

AUF ALLE KÜNFTIG MÖGLICHEN SZENARIEN GUT VORBEREITET

Im St. Vincenz-Krankenhaus haben wir im Frühjahr 2021 die Intensivkapazitäten von 26 auf 18 Betten reduziert. Die hohe Anzahl an Intensivkapazitäten war in diesem Umfang nicht notwendig, vermutlich auch auf Grund der hervorragenden Arbeit auf der Infektionsstation. Zum anderen wurden wir aber in unseren jeweiligen regionalen Versorgungsaufträgen gefordert und benötigten diese Bettenkapazitäten dringend für die reguläre Patientenversorgung. Innerhalb von 24 Stunden könnten wir allerdings wieder auf die vorherige Intensivkapazität hochfahren, sodass wir davon überzeugt sind, auf alle möglichen Szenarien gut vorbereitet zu sein. Das NRW-Gesundheitsministerium hat nach eigenen Angaben insgesamt 70 Krankenhäuser geprüft, Unregelmäßigkeiten sind keine festgestellt worden. Auch das St. Vincenz-Krankenhaus wurde angeschrieben und musste die Veränderung der Intensivkapazitäten begründen sowie die Zeitdauer bis zur Wiederhochrüstung angeben.

Nach einer leider nur sehr kurzen Beruhigung der Infektionszahlen im März entwickelte sich



Autor

Wolfgang Mueller

Vorsitzender der VKD-Landesgruppe Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer
Vestische Caritas-Kliniken
GmbH, Datteln

die dritte Welle, die Ende April ihren vorläufigen Höhepunkt erreichte. Am 27. April wurden an einem Tag gut 4.000 Patienten stationär versorgt, davon gut 1.000 Patienten intensivmedizinisch. Bis zum 1. Juni wurden insgesamt rund 89.000 an Covid-19 erkrankte Patienten in den NRW-Krankenhäusern stationär versorgt.

IMPFPRIORITÄT – UNSERE MITARBEITER BLIEBEN ZUNÄCHST UNGESCHÜTZT

Dass die dritte Welle der Pandemie etwas schwächer verlaufen ist als die zweite, mag zu einem Teil der Impfstrategie in NRW zu verdanken sein. Allerdings war die Vorgehensweise des NRW-Gesundheitsministeriums durchaus kritikwürdig. Nachdem insbesondere in der zweiten Welle der Pandemie sehr viele Einrichtungen der stationären Altenpflege von heftigen Infektionsausbrüchen mit vielen verstorbenen Bewohnern betroffen waren, hat das MAGS, vertreten durch Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann, die Impfung von Bewohnern und Mitarbeitern in den Altenheimen zur obersten Priorität erklärt. Anders als in anderen Bundesländern wurden die Mitarbeiter in NRW-Krankenhäusern aber zunächst nicht geimpft. Obwohl hier täglich der Kontakt in der Versorgung infektiöser Patienten zwingend gegeben war, blieben Krankenhausmitarbeiter ungeschützt. Diese persönlichen Risiken, auf die sich unsere Mitarbeiter einlassen

mussten, wurden durch Lieferengpässe bei Masken, Visieren, Handschuhen und Desinfektionsmitteln noch deutlich verschärft.

MEDIENWIRKSAMER IMPFSTART MIT ANSCHLIESSENDEM CHAOS

Für die dritte Kalenderwoche des Jahres 2021 wurde dann der Beginn einer fünftägigen Impfkaktion in den Krankenhäusern für die Priorisierungsgruppe 1, also die Mitarbeiter auf Intensiv- und Infektionsstationen sowie Notaufnahmen, angekündigt. Nachdem das MAGS am Montag, dem 18. Januar, den Start der Impfkaktion mit großer medialer Wirkung verkündet hatte, wurde die Aktion schon am Nachmittag des nächsten Tages wieder gestoppt! Die offizielle Begründung: Lieferengpässe bei Impfstoffen. Diese Engpässe waren bereits in der Vorwoche bekannt geworden. Dennoch wurde am Montag der Impfstart zelebriert.

NRW hatte die Strategie, lediglich 50 Prozent der gelieferten Impfdosen zu verwenden. Mit der eingelagerten zweiten Hälfte sollte die Folgeimpfung sichergestellt werden. Es wurde also eine 100-Prozent-Reserve angelegt. Um die dringend notwendige Impfkaktion für die Priorisierungsgruppe 1 in den NRW-Krankenhäusern durchzuführen, hätten ca. 20 Prozent der eingelagerten Impfstoffreserve eingesetzt werden müssen. 80 Prozent Reserve bei zugesicherter fortlaufen-



Hochmodern: die Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin im St. Vincenz-Krankenhaus

Foto: Vestische Caritas-Kliniken

der Belieferung wären nach Einschätzung des Verfassers absolut vertretbar gewesen. Später in diesem Jahr sind die Reserven weit darüber hinaus reduziert worden, weil es nun galt, möglichst schnell möglichst viele Bürger zumindest mit der Erstimpfung zu versorgen.

Die Enttäuschung der Mitarbeiter in den Krankenhäusern war riesengroß. Soviel geballte Frustration bis hin zu Wut unter den Mitarbeitern hatten wir bis dahin noch nicht erlebt. In dem Moment wurde schlagartig klar, wieviel Hoffnung die Mitarbeiter, die täglich den größten Risiken ausgesetzt waren, auf diese Impfung gesetzt hatten. In vielen Einzel- und Gruppengesprächen mussten wir versuchen, sie zu beruhigen und die Hoffnung auf baldige Impfung wieder neu zu beleben.

Umso überraschter waren wir, als am Donnerstag, dem 21. Januar, trotz Impfstopp für die Krankenhäuser, unerwartet Impfstoff für 120 Mitarbeiter des zweiten Standorts, St.-Laurentius-Stift Waltrop, geliefert wurde. Was war passiert? Angeblich war doch kein Impfstoff vorhanden. Die Lösung war ebenso einfach wie unglaublich: Auf Grund des Namens mit der Bezeichnung „Stift“ und einer relativ kleinen Liefermenge wurde unser Krankenhaus mit einem Altenheim verwechselt. Und Altenheime sind weiter beliefert worden.

Schnell mussten wir die Entscheidung treffen, den für die Mitarbeiter des St.-Laurentius-Stifts Waltrop gelieferten Impfstoff für die am meisten gefährdeten Mitarbeiter des St. Vincenz-Krankenhauses Datteln zu verwenden. Trotz schneller und offener Kommunikation über diese Entscheidung waren insbesondere die Waltruper Mitarbeiter nicht komplett begeistert. Nachvollziehbar.

HOHE IMPFBEREITSCHAFT DER BELEGSCHAFT

Mit drei Wochen Verzögerung konnte dann die erste Runde der Impfungen fortgesetzt werden. In mehreren Etappen wurden die Mitarbeiter der Priorisierungsgruppen 2 und 3 mit unterschiedlichen Impfstoffen geimpft. Stand Mai 2021 konnte allen Mitarbeitern ein Impfangebot gemacht werden.

Auch insgesamt rund 160 selbst an Covid erkrankte Mitarbeiter erhielten das Angebot der zunächst einmaligen Booster-Impfung sechs Monate nach Erkrankung. Mittlerweile hat sich dieses Thema also deutlich beruhigt. Die Impfbereitschaft war von Beginn an sehr hoch. Die beginnende Urlaubssaison hat am Ende noch einige Unentschlossene davon überzeugt, dass es sich mit komplettem Impfstatus leichter reisen lässt.

NRW VOR EINER KOMPLETT NEUEN KRANKENHAUSPLANUNG

Zurück zur VKD-Managementtagung der Landesgruppe NRW. Bis zum Jahresende sollen die Grundlagen für eine komplett neue Krankenhausplanung in unserem Bundesland geschaffen werden. Weg vom Bett, hin zu an ICD/OPS und an den ärztlichen Weiterbildungsordnungen orientierten Leistungsgruppen. An jede Leistungsgruppe werden hohe qualitative

“Die zweite Welle der Pandemie traf NRW von Mitte Oktober 2020 bis Februar 2021 deutlich härter als die erste Welle.“

Strukturanforderungen geknüpft werden. Wenn nach Einschätzung des Ministeriums zu viele Krankenhäuser diese Anforderungen erfüllen und ein Überangebot unterstellt werden kann, will das Ministerium Auswahlentscheidungen treffen. Darin steckt viel Sprengstoff. Der Appell von KGNW und VKD lautet einhellig, dass wir uns Veränderungen nicht verschließen werden, die regionale Versorgungsstruktur aber beachtet werden muss. Ebenso müssen Standorte weiterhin wirtschaftlich und gleichzeitig attraktiv für Patienten und Mitarbeiter bleiben. Eine Herkules-Aufgabe, in die nun Erkenntnisse aus der Pandemie noch einfließen müssen. Schließlich ist NRW auch durch die hervorragende Arbeit der Mitarbeiter in unseren Krankenhäusern bis jetzt vergleichsweise gut durch die Wellen der Pandemie gekommen. Hoffentlich bleibt es so.



Zwischen Urlauberaansturm und strengem Lockdown

MECKLENBURG-VORPOMMERN HAT NICHT ALLES, ABER VIELES RICHTIG GEMACHT

Mecklenburg-Vorpommern gehört zu den beliebtesten Urlaubsregionen in Deutschland. Die Tourismusbranche ist in unserem Bundesland einer der wichtigsten Wirtschaftszweige. Deshalb haben behördliche Regelungen, welche die Hotels, Restaurants und Freizeiteinrichtungen betreffen, gravierende Auswirkungen auf die Arbeitsplätze und die Steuereinnahmen. Während die Industrieproduktion trotz Pandemie in den Betrieben anderer Bundesländer nahezu unbeeinträchtigt weiterlief, hatte die hiesige Landesregierung die schwierige Entscheidung zu treffen, einen fast normalen Reisesommer zu ermöglichen oder rechtzeitig und vorausschauend die Tourismusangebote deutlich einzuschränken.

Vor dem Hintergrund des finanziellen Drucks bei den während der ersten Corona-Welle ge-

schlossenen Unternehmen und dem lautstarken Ruf aus der gesamten Republik, wenigstens eine Urlaubsreise in Deutschland zuzulassen, blieb der Landespolitik kaum eine Wahl. Auch fehlten bei überwiegend 0 bis 10 neuen Corona-Fällen täglich und einer niedrigen Intensivbettenbelegung innerhalb des ersten Halbjahres 2020 überzeugende Argumente, dem Verlangen nach Erholung nicht gerecht zu werden. Während also fast genauso viele Touristen wie im Vorjahr einen fast unbeschwerten Sommer 2020 als Verschnaufpause der vorangegangenen Monate genießen konnten, blickten gerade die Beschäftigten in den Kliniken ziemlich argwöhnisch auf gut besuchte Strände, Restaurants und Einkaufsstraßen. Sie beschäftigte nämlich die Frage: Kann das in dieser Form so gut gehen oder folgt dem Urlauberaansturm auch ein Ansturm auf die Intensivstationen?

Die Antwort lautet: Die zweite Corona-Welle erreichte später auch Mecklenburg-Vorpommern, aber nicht so heftig, wie bei fast 3 Mio. Sommerurlaubern – also etwa doppelt so viele wie Einwohner – zu erwarten gewesen wäre. Da die 7-Tages-Inzidenz bis Mitte Oktober nur moderat auf etwa 15 anstieg, kann davon ausgegangen werden, dass es kein massives „Einschleppen“ durch den Tourismus gegeben hat. Insofern war die Entscheidung, die Urlaubssaison nicht „abzusagen“, rückblickend richtig.

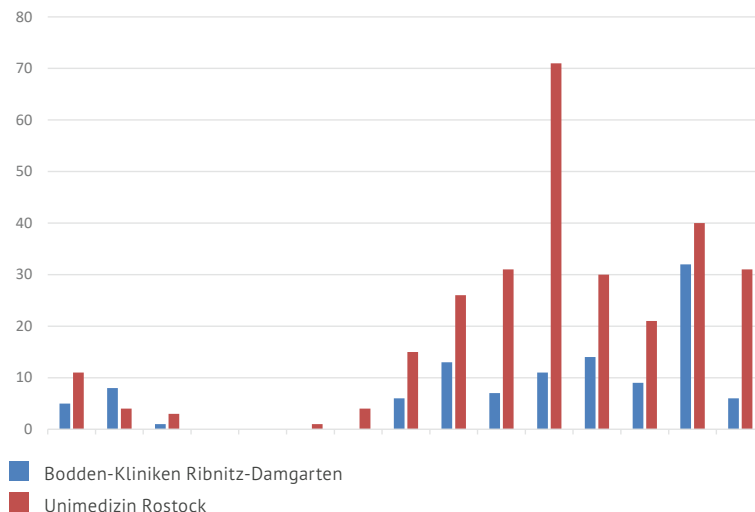
AUSWIRKUNGEN DER ZWEITEN UND DRITTEN PANDEMIEWELLE IN DEN KRANKENHÄUSERN

Die erste Corona-Welle war in den Krankenhäusern Mecklenburg-Vorpommerns im Vergleich zu den Hotspots anderer Bundesländer kaum zu spüren.

„Gerade die Beschäftigten in den Kliniken blickten ziemlich argwöhnisch auf gut besuchte Strände, Restaurants und Einkaufsstrassen. Sie beschäftigte die Frage: Kann das in dieser Form so gut gehen oder folgt dem Urlauberansturm auch ein Ansturm auf die Intensivstationen?“

Wie in ganz Deutschland änderte sich dies im November schlagartig, als der Inzidenzwert zunächst auf über 50 und bis Mitte Januar 2021 dramatisch auf 136 anstieg. Sowohl in „meinem“ Krankenhaus, den Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten, also auch in unserem clusterführenden Maximalversorger, der Universitätsmedizin Rostock, nahm die Anzahl der stationär behandelten Covid-Fälle rasant zu (siehe Grafik 1). Gleichmaßen stieg die Auslastung der Intensivstationen.

Gut die Hälfte der Notfälle wurde dabei übrigens in unserem Flächenland durch die kleineren Häuser der Grund- und Regelversorgung versorgt. Einerseits waren die Patienten in einem so lebensbedrohlichen Zustand, dass sie nicht transportfähig waren, andererseits mussten Erkrankte aus den Zentren (zurück)verlegt werden, um dort komplexere Fälle zu behandeln. Hinzu kam, dass die Ansteckungen bzw. die Quarantänemaßnahmen beim Personal zunahmen. Auch



Grafik 1: Anzahl von stationären Covid-Fällen von März 2020 bis Mai 2021

deshalb wurden – anders als in der ersten Welle – überall die planbaren Behandlungen, soweit medizinisch vertretbar, verschoben.

Eine Ursache für die zweite Corona-Welle dürfte mit großer Wahrscheinlichkeit die Lockerung zu den Weihnachtsfeiertagen gewesen sein, als viele Familien aus unterschiedlichen Haushalten und Gegenden zusammentrafen. Dieses politische Zugeständnis war – so sehr es aus privater Sicht nachvollziehbar ist – in Bezug auf die Ansteckungen äußerst kontraproduktiv. Infolge dieser dramatischen Entwicklung verschärfte dann die Landesregierung die Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung deutlich und blieb langfristig bis Anfang Juni 2021, d. h. nach Ende der dritten Welle, bei diesem stringenten Kurs. Auch wenn Mecklenburg-Vorpommern trotz eines Spitzenwertes von 164 im April 2021 (siehe Grafik 2) immer zu den Bundesländern mit der niedrigsten Inzidenz gehörte, gab es auch hier einzelne Landkreise, die zeitweise deutlich über 200 lagen.

IMPFSTART OHNE „HOTLINE-CHAOS“

Kurz vor dem Höhepunkt der zweiten Welle begann zum Jahresende 2020 die Impfkaktion. Diese war – wie viele der Corona-Eindämmungsmaßnahmen – Ländersache. Anders als in anderen Bundesländern ging die Landesregierung von Mecklenburg-Vorpommern hier ebenfalls einen richtigen Weg. Zunächst stand der Schutz der Risikogruppen, also der über 80-Jährigen, im Vordergrund. Mobile Impfteams versorgten ins-

„Hinzu kam, dass die Ansteckungen bzw. die Quarantänemaßnahmen beim Personal zunahmen. Auch deshalb wurden – anders als in der ersten Welle – überall die planbaren Behandlungen, soweit medizinisch vertretbar, verschoben.“

besondere die Senioreneinrichtungen. Die häusliche Bevölkerung wurde schriftlich nach alphabetischer Reihenfolge zu ihren Impfterminen eingeladen. Dadurch wurde ein „Hotline-Chaos“, über das aus anderen Regionen berichtet wurde, weitestgehend vermieden.

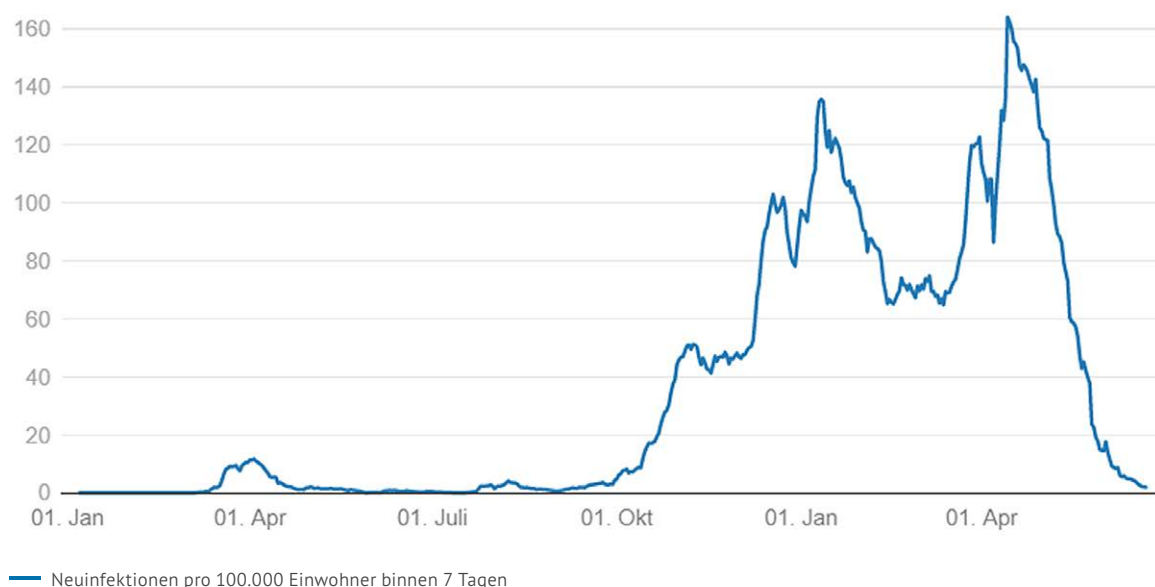
PARALLEL AUCH DIE KLINIKMITARBEITER GEIMPFT

Aus Sicht der Krankenhäuser und Pflegeheime war es aber für die Pandemiebekämpfung genauso entscheidend, dass deren Beschäftigte ebenfalls sofort geimpft werden, um Ansteckungen und Personalausfälle zu vermeiden. Also wurde die Impfaktion gleichermaßen parallel durchgeführt, so dass bereits im Dezember die Erstdosis gegeben werden konnte. Dies war – wie die Onlineberatungen der VKD-Ländergruppenchefs gezeigt haben – in anderen Bundesländern nicht der Fall. Dort begann man erst mehrere Wochen später, was für großen Unmut des schon überlasteten Klinikpersonals gesorgt hat.

Obwohl die Impfbereitschaft bei den Beschäftigten bereits zu Beginn der Aktion über 50 Prozent lag, hätte man sich im Sinne der uns anvertrauten Patienten eine noch höhere Quote gewünscht. Im Nachhinein waren wir jedoch dankbar, weil keiner vorher wissen konnte, dass die Nebenwirkungen nach der Zweitimpfung Ende Januar 2021 so groß waren, dass viele kurzzeitig nicht zum Dienst erschienen. Bei einer vollständigen Durchimpfung wären die Kliniken für ein bis zwei Tage nicht arbeitsfähig gewesen. Nach Abschluss der ersten vollständigen Impfaktion stieg glücklicherweise trotzdem die Impfbereitschaft an, so dass jetzt der überwiegende Teil der Krankenhaus-Belegschaften immunisiert ist. In Bezug auf die Impfquote je 100.000 Einwohner lag Mecklenburg-Vorpommern zunächst im Vergleich zu anderen Ländern zunächst vorn. Dies änderte sich jedoch, weil man aufgrund der unsicheren Liefermengen von jeder Impfstoffzuteilung gleich die Hälfte für die Zweitimpfung zurückbehielt.

IMMENSE ZUNAHME VON FÄLLEN, DENNOCH OHNE SO DRAMATISCHE AUSWIRKUNGEN WIE ANDERSWO

Insgesamt kann eingeschätzt werden, dass es zwar im Gegensatz zur ersten Corona-Welle eine immense Zunahme der Covid-Fälle gab, aber diese hatte keine derartig dramatischen Auswirkungen auf die Versorgung wie in anderen Kliniken Deutschlands. Die zu Beginn der



Grafik 2: Covid-19 7-Tage Inzidenz für Mecklenburg-Vorpommern, Zeitverlauf inkl. Nachmeldungen von März 2020 bis Mai 2021

Pandemie gebildete Struktur von vier Clustern, koordiniert von den Maximalversorgern und die Beratung der Landesregierung durch das klinische Beraterteam der beiden Universitäten haben sich dabei sehr bewährt. Hinzu kommt, dass Mecklenburg-Vorpommern in den mehr als 60 Rehabilitationseinrichtungen die höchste Bettenkapazität in Bezug auf die Bevölkerungszahl hat (etwa dreimal so viel, wie im Durchschnitt Deutschlands). So war es möglich, eine „Notreserve“ für die Akutversorgung zu schaffen.

VIELE REHA-KLINIKEN SPEZIALISIERTEN SICH AUF LONG-COVID-FÄLLE

Darüber hinaus gibt es inzwischen viele Rehakliniken, die sich auf die Behandlung der Covid-Langzeiterkrankten (sog. Long-Covid-Fälle) spezialisiert haben. Als eine der ersten Einrichtungen hat sich die MEDIAN-Klinik Heiligendamm diesem Krankheitsbild gewidmet. Bereits seit dem 14. April 2020 werden dort Post- und Long-Covid-Fälle versorgt. Aufgrund der nunmehr umfangreichen Expertise hat sich die Klinik bundesweit einen sehr guten Ruf erworben. Die Cheförztn, Dr. med. Jödis Frommhold, war als Einzelsachverständige Anfang Juni 2021 im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages, um über die Erfahrungen aus der Behandlung von inzwischen mehr als 800 Fällen zu berichten.

URSACHENFORSCHUNG NICHT AUS DEM BLICK VERLIEREN

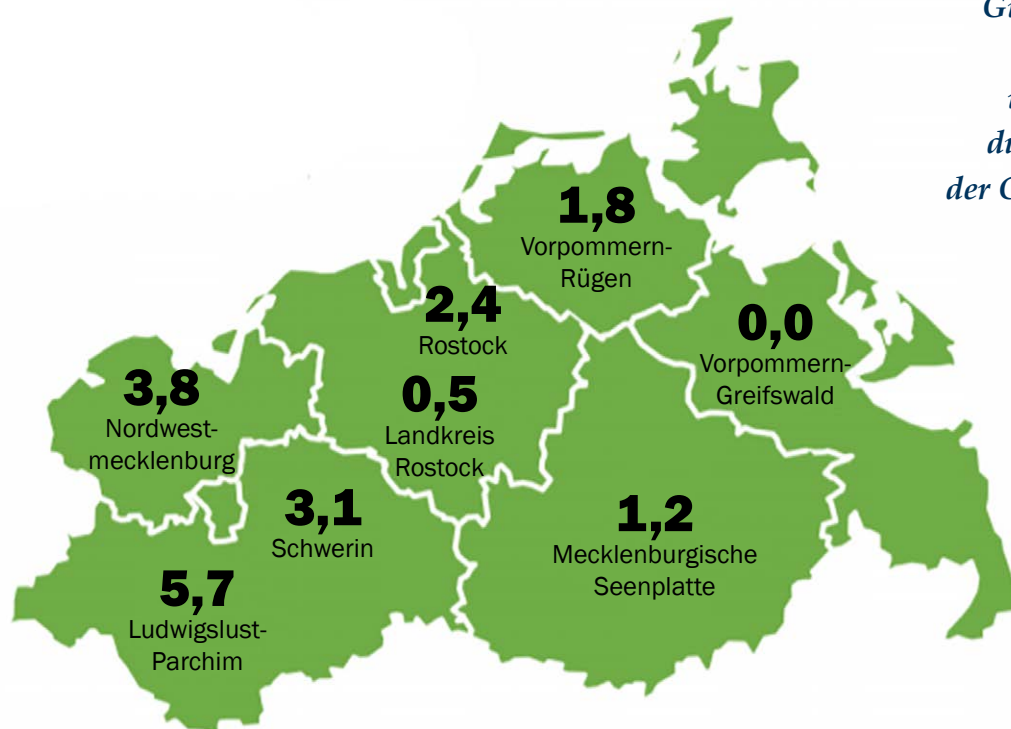
Neben der immer noch andauernden Versorgung der Akut- und Langzeiterkrankten ist es

„Inzwischen gibt es viele Rehakliniken, die sich auf die Behandlung der Covid-Langzeiterkrankungen spezialisiert haben.“

von immenser Bedeutung, die Ursachenforschung nicht aus dem Blick zu verlieren. Nur dadurch ist es möglich, die richtige Behandlungsstrategie zu entwickeln und Todesfälle zu vermeiden. In diesem Zusammenhang wird aus der medizinischen Praxis und Wissenschaft gefordert, die Anzahl der Obduktionen von an oder durch Covid Verstorbene zu erhöhen. Dazu hat beispielsweise die Universitätsmedizin Rostock einen sehr guten Beitrag geleistet. Dort wurden einschließlich der Außenstelle in Schwerin bis zum 18. Juni 2021 bislang 44 Obduktionen im Auftrag von diversen Kliniken, Gesundheitsämtern und Staatsanwaltschaften durchgeführt. Ein überdurchschnittlicher Wert im Vergleich zu vielen anderen Regionen Deutschlands. Hinzu kommen fünf Fälle von Verstorbenen nach einer Impfung. Sämtliche Fälle werden an das Covid-19-Obduktionsregister gemeldet, welches am Institut für Pathologie der Universitätsklinikums Aachen geführt wird.

SCHIEFLAGE DURCH „RETTUNGSSCHIRM“ FÜR 2020 VERMIEDEN

Noch ein Wort zur wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern seit Beginn der Pandemie. Der im März 2020 durch die Bundesregierung beschlossene „Ret-



Grafik 3: 7-Tage Inzidenz für Mecklenburg-Vorpommern, Fälle je 100.000 Einwohner in den letzten 7 Tagen.
(Stand 26.06.2021)

tungsschirm“, insbesondere die sogenannten Freihaltepauschalen, haben verhindert, dass die Kliniken im vergangenen Jahr in eine finanzielle Schieflage gekommen sind. Die Fördermittel zur Erweiterung der Intensivkapazitäten und deren technischer Ausstattung haben dazu geführt, dass die dafür notwendigen Gelder nicht zu Lasten des laufenden Klinikbudgets gegangen sind. Damit dürften die Jahresabschlüsse des vergangenen Jahres überwiegend positiv sein. Inwieweit sich das auch in diesem Jahr fortsetzt, kann noch nicht abschließend beurteilt werden, da inzwischen einige Stützungsmaßnahmen zurückgefahren wurden.

Es bleibt zu hoffen, dass die Pandemie schnell zu Ende geht oder mindestens so weit beherrschbar ist, dass wir wieder zu einem normalen Klinikalltag zurückkehren können. In den nächsten Monaten wird es in unseren Einrichtungen vordergründig darum gehen, die verschobenen stationären und ambulanten Behandlungen schnellstmöglich nachzuholen. Dabei hoffen wir alle, dass die Landkarte von Mecklenburg-Vorpommern trotz des wie im Vorjahr einsetzenden Urlauberssturms auch nach dem Sommer grün bleibt (siehe Grafik 3).

„Gut die Hälfte der Notfälle wurde dabei übrigens in unserem Flächenland durch die kleineren Häuser der Grund- und Regelversorgung versorgt.“



Autor

Dr. Falko Milski

Pressesprecher des VKD

Vorsitzender
der VKD-Landesgruppe
Mecklenburg-Vorpommern

Geschäftsführer
Bodden-Kliniken MVZ GmbH,
Ribnitz-Damgarten

Wie sich die Pandemie letztlich wirtschaftlich auswirkt, zeigen erst die Wirtschaftsprüfungen

AUSFALLENDE ERLÖSE WURDEN ANFANGS AUSGEGLICHEN – DAS WIRD DEN KLINIKEN NUN VORGEWORFEN

Wie ist die Situation in den psychiatrischen Kliniken? Unterstützungsleistungen gibt es für sie seit Oktober vorigen Jahres nicht mehr. Gutachten warten sogar mit Vorwürfen auf, die Kliniken hätten zu viel Geld erhalten. Dagegen wehrt sich die VKD-Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen vehement und verweist auf zahlreiche Fehleinschätzungen, beruhend auf einer falschen Methodik und dem unzulässigen Vergleich mit den somatischen Krankenhäusern.

SEHR GEEHRTER HERR HÖHMANN, VOR EINEM KNAPPEN JAHR HABEN SIE MIT BLICK AUF EINE MÖGLICHE ZWEITE PANDEMIEWELLE GESAGT, DIE PSYCHIATRISCHEN KLINIKEN UND ABTEILUNGEN SEIEN DARAUF GUT VORBEREITET. SORGEN MACHE IHNEN ABER, OB DANN ERNEUT DIE ENTSPRECHENDEN REGELUNGEN DER ERSTEN WELLE GREIFEN UND OB INSBESONDERE DIE DAMIT VERBUNDENEN FINANZIELLEN MEHRAUFWENDUNGEN IN AUSREICHENDEM MASSE ERSTATTET WÜRDEN. WIR HABEN JETZT DIE DRITTE WELLE HINTER UNS. WIE SCHÄTZEN SIE DIE SITUATION EIN?

Holger Höhmann: Nicht unbedingt positiv. Die anfänglichen Freihaltepauschalen von 560 Euro je Bett und Tag waren in der Tat deutlich überhöht und bestenfalls in der Kinder- und Jugendpsychiatrie an einigen Stellen angemessen. Später wurde diese Summe auf 280 Euro heruntergesetzt. Das reichte dann allerdings sowohl für einige Psychiatrien und auch psychosomatischen Kliniken und Abteilungen nicht mehr aus. Deutlich zu wenig war es für die Kinder- und Jugendpsychiatrien.

Ausgleichszahlungen für die Psych-Fächer gibt es seit Oktober 2020 nicht mehr. Die Psychiatrie

kam auch bei der Verlängerung für einen Teil der somatischen Krankenhäuser bis zum 15. Juni 2021 erneut nicht vor. Wir werden auf den Ganzjahresausgleich verwiesen, der auf der Ortsebene zu verhandeln wäre. Ich halte es nicht für sehr wahrscheinlich, dass hier erfolgreich verhandelt werden kann.

Wie sich das Ganze am Ende wirtschaftlich ausgewirkt hat, werden wir letztlich erst genau sehen, wenn die Wirtschaftsprüfer ihre Arbeit getan und das Ergebnis testiert haben.

„Wie immer, wird mit dem Wissen von heute über die Situation im letzten Jahr geurteilt und so getan, als ob das, was heute bekannt ist, schon im Frühjahr 2020 bekannt war.“

Ich kenne derzeit aber keine Klinik, die eine Art Reibach gemacht hat. Ganz im Gegenteil. Da viele Patient*innen zu spät oder gar nicht in die Kliniken kamen, gab es einen erheblichen Leerstand, der natürlich auszugleichen war. Das Personal musste dennoch vorgehalten werden. Was in geringem Maße an Sachkosten eingespart werden konnte, spielte im Grunde keine Rolle, zumal in den Anfangszeiten alles knapp war, wie Hygieneartikel, Masken, Desinfektionsmittel und anderes.

Wir haben, übrigens ebenso wie das Land Nordrhein-Westfalen laut einer Aussage von Gesundheitsminister Laumann, in den ersten Wochen der Pandemie für FFP2-Masken manchmal neun Euro pro Stück gezahlt. All das schlägt zu Buche, ist in die Berechnungen eines Gutachtens der TU Berlin und des Essener Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung mit dem Gesundheitsökonom Boris Augurzky aber nicht mit eingeflossen.

EIN GUTACHTEN, DAS KRANKENKASSEN ZU DEM VORWURF NUTZTEN, DASS SICH DIE PSYCHIATRISCHEN KLINIKEN VOR ALLEM IN DEN ERSTEN MONATEN QUASI „GESUNDGESTOSSEN“ HÄTTE. DANACH HÄTTE DIE RUND 500 PSYCHIATRISCHEN KLINIKEN GANZ BESONDERS VON DEN FREIHALTPAUSCHALEN PROFITIERT. WAS IST – AUCH AUS DEN ERFAHRUNGEN BIS HEUTE – AN DIESER EINSCHÄTZUNG FALSCH ODER EINSEITIG INTERPRETIERT?

Holger Höhmann: Wir haben uns sehr eingehend mit diesem Gutachten befasst, in mehreren Sitzungen mit Experten aus NRW und Bayern die Methodik überprüft und sind dann zu anderen Schlüssen gekommen. Wir werden dazu auch entsprechende Stellungnahmen abgeben.

Das Gutachten gibt einen ganz besonderen Blick auf das Geschehen wieder und wie immer wird mit dem Wissen von heute über die Situation im letzten Jahr geurteilt und so getan, als ob das, was heute bekannt ist, schon im Frühjahr 2020 bekannt war.

Tatsächlich sind viele wichtige Aspekte von den Gutachtern nicht berücksichtigt worden. Grundsätzlich muss gesagt werden, dass die somatischen Fächer sehr eingehend untersucht und prozedurenweise gegeneinandergestellt wurden. Die Psychiatrie dagegen wurde offenbar gemeinsam mit der Psychosomatik pauschal abgehandelt. Man hat keinerlei Aufmerksamkeit auf die Situation der psychiatrischen Kliniken seit der Pandemie verwandt.

KÖNNEN SIE DAZU EINIGE BEISPIELE NENNEN?

Holger Höhmann: Gute psychiatrische Behandlung spielt sich zunehmend nicht unbedingt auf der Station ab, sondern alternativ in Tageskliniken und Ambulanzen. Die Regelungen, wie hier in der Pandemie zu verfahren ist, waren allerdings – wen wundert es – von Bundesland zu

Bundesland sehr unterschiedlich. So gab es südliche Bundesländer, in denen die zuständigen Behörden den Kliniken vorschrieben, die Tageskliniken sofort zu schließen. Diese Anweisung war nachvollziehbar, weil in den Tageskliniken die Patient*innen jeden Tag mit öffentlichen Verkehrsmitteln in die Klinik kommen und damit die Infektionsgefahr groß erschien. Die betroffenen Patient*innen begaben sich dann aber nicht in stationäre Behandlung, sondern blieben zunächst unbehandelt.

Andere Bundesländer, wie z. B. Nordrhein-Westfalen, haben dagegen ausdrücklich darauf gedrungen, die Tageskliniken offen zu halten, zumindest aber 50 Prozent der Patient*innen weiter zu behandeln, was natürlich schon einen strukturellen Unterschied macht.

An der Stelle zeigt sich bereits, dass im tagesklinischen Geschehen ein Vergleich zwischen Somatik und Psychiatrie nicht möglich und daher unzulässig ist.

In den Institutsambulanzen haben die Kliniken dann sehr rasch moderne Technik eingesetzt, um die Patient*innen, nachdem es dann Zug um Zug erlaubt wurde, auch mit digitaler Unterstützung zu Hause zu behandeln. Auch das Angebot der Vor-Ort-Ambulanzen wurde aufrechterhalten.

EIN VORWURF IN DEM GUTACHTEN IST, DASS PSYCHISCH KRAKE BEI COVID-ERKRANKUNG VERLEGT WURDEN.

Holger Höhmann: Das ist, ehrlich gesagt, Unsinn. Das könnte allenfalls passieren, wenn es die psychische Erkrankung zuließe. Bei den meisten stationären Patient*innen sind Verlegungen aber zumindest in den ersten Tagen und Wochen ihrer Behandlung überhaupt nicht möglich.

Es gab daher in vielen psychiatrischen Kliniken COVID-Patient*innen. Ganze Stationen wurden für sie vorgehalten, unabhängig davon, ob sie nun mit einem Patienten oder mit zwölf Patient*innen belegt waren. Sie wurden vorge-



— Im Gespräch —

Holger Höhmann

Vorsitzender der Fachgruppe
psychiatrische Einrichtungen
des VKD

Stabsstelle Dezernatsleitung
Landschaftsverband Rheinland,
Dezernat Klinikverbund
und Verbund
Heilpädagogischer Hilfen

halten für den Fall der Fälle. Der Vorwurf trifft also nicht zu. In vielen psychiatrischen Einrichtungen ist das Drei-Bett-Zimmer noch das Regelangebot. Stellen Sie sich folgenden Fall vor, den ich anonymisiert berichte: Ein Krankenhaus verfügt über 100 Betten für die Gerontopsychiatrie. Die Patient*innen sind auf Stationen in Drei-Bett-Zimmern untergebracht. Es wird sicher auch Zwei- und Ein-Bett-Zimmer geben, doch Drei-Bett-Zimmer überwiegen. Nun bricht dort die Pandemie aus. Die Quarantänestation ist bereits voll. Sie können nun jedes Zimmer nur noch einfach belegen. Die anderen Betten bleiben leer. Ausfallende Erlöse wurden daher ausgeglichen – zumindest anfangs. Das wird den Kliniken nun hinterher vorgeworfen.

PSYCHIATRISCHE KLINIKEN SOLLTEN AUCH ERSATZKRANKENHÄUSER EINRICHTEN

Holger Höhmann: Sehr viele der psychiatrischen Einrichtungen wurden von den Behörden dazu aufgefordert. Das haben sie getan. Sie sollten hier Patient*innen aus somatischen Krankenhäusern, deren Behandlung kurz vor dem Abschluss stand, aufnehmen und damit diese Häuser entlasten. In sehr vielen Fällen blieben diese Betten dann aber leer. Betten, die mit finanziellem Aufwand eingerichtet wurden ...

ES GAB EIN ZWEITES GUTACHTEN IM APRIL DIESES JAHRES, DAS BELEUCHTET, OB DIE UNTERSTÜTZUNGEN FÜR DIE KRANKENHÄUSER AUSREICHEND WAREN.

Holger Höhmann: Es untersucht die Folgen der Covid-19-Pandemie auf das Leistungsgeschehen der Krankenhäuser für das Jahr 2020. Es untersucht außerdem, ob die seit dem 16. März 2020 geltenden Ausgleichszahlungen die Erlösminderungen der Krankenhäuser aufgrund des Rückgangs der Leistungsmenge ausgleichen konnten.

Es geht also um die Frage, ob die Maßnahmen des Bundes ausreichend waren, Erlösminderungen auszugleichen. Und es geht nicht um die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser!

DAS KRITISIERT IHRE FACHGRUPPE?

Holger Höhmann: Allerdings. Wie sehen hier eine ganze Reihe von Kritikpunkten. Grundsätzlich muss konstatiert werden, dass Politik und

“

Im tagesklinischen Geschehen ist ein Vergleich zwischen der Somatik und der Psychiatrie nicht möglich und daher unzulässig.

“

Selbstverwaltung rechtzeitig auf die Entwicklungen in der Pandemie reagiert haben. Verteilgerechtigkeit von Leistungen des Steuerzahlers sind ja danach zu bewerten, ob das Geld dort angekommen ist, wo es benötigt wurde und ob die Allokationsmechanismen fair waren. Dem kann man zustimmen.

Über- und Unterzahlungen in einem Sektor sind im Kontext des folgenden Leistungsgeschehens zu beachten, insbesondere in der Psychiatrie im Bereich der ambulanten Versorgung. Ob die Zahlungen hier ihre Wirkungen entfaltet haben, können wir erst nach der Analyse der Jahresabschlüsse der Häuser beantworten und das muss wieder im Kontext des Jahres 2021 gesehen werden.

Die Frage der Verteilgerechtigkeit, oder ökonomisch gesprochen, die nach einer effizienten Ressourcenallokation, kann nur dann beantwortet werden, wenn man den Betrachtungsgegenstand sauber beschreibt und abgrenzt. Versorgungspsychiatrie hat wenig mit psychosomatischer Spezialversorgung oder somatischer Notfallbehandlung zu tun. Im Gutachten werden aber 407 psychiatrische Krankenhäuser mit 56.223 Betten mit 262 psychosomatischen Häusern mit 11.420 Betten zusammengefasst und dann eine Aussage für den gesamten Bereich getroffen. Das führt zu Ungenauigkeiten und Verzerrungen. Warum die Autoren unterschiedliche Disziplinen und Fachbereiche großzügig zusammenlegen, sich aber in der Somatik mit einzelnen Fächern sehr elaboriert beschäftigen, erschließt sich uns nicht.

Und dann gibt es Annahmen zur ambulanten Versorgung, in denen die Psychiatrie einfach mit den somatischen Häusern verglichen wird, ohne zu beachten, dass die ambulante Versorgung, für die es keine Ausgleichs gab, einen anderen Stellenwert hat. Die Erlös- und Leistungsanteile des ambulanten Sektors liegen weit über denen in der Somatik.

Unklar ist uns auch, warum Erlössteigerungen von 2019 auf 2020, die grob gesprochen mit Mehr- und Mindererlösen der Vorjahre zu tun haben, einfach in die Erlösbetrachtung für 2020 einbezogen wurden.

Kurzum, die Passagen im Gutachten zur psychiatrischen Versorgung sind irreführend. Sie verkennen die im Frühjahr 2020 gesehenen Notwendigkeiten und können gar keine Aussagen zur „Überzahlung“ machen.

Wir können nur die Frage beantworten, ob die Unterstützungsleistungen fair verteilt worden sind. Mit Blick auf die weiteren Wellen in 2020 und 2021 und die nun geltenden Regelungen kann ich nur sagen: Die psychiatrischen Krankenhäuser haben sich an der Versorgung in Pandemie-Zeiten mit ihrem Know-how und ihren Kompetenzen beteiligt und die Weichen zur Sicherstellung der Versorgung im Bereich der seelischen Gesundheit für die Post-Corona-Zeit gestellt.

Für die somatischen Fächer geht es, zumindest teilweise, weiter. Der propagierte „Überzahlungseffekt“ wird sich somit über den Gesamtzeitraum weiter nivellieren und das angeblich massive Übergewicht der Psych-Fächer abschmelzen.

WIE SIEHT ES AKTUELL MIT DER BELEGUNG AUS? KONNTEN DIE KLINIKEN IHREN BETRIEB INZWISCHEN WIEDER AUF VOLLBETRIEB FAHREN? SCHON MITTE VORIGEN JAHRES MEINTEN SIE, DASS EINE GANZE REIHE VON EINRICHTUNGEN DAS BEREITS GESCHAFFT HABE.

Holger Höhmann: Inzwischen sind viele Kliniken zur Vollbelegung zurückgekehrt. Um das aber genauer zu beziffern, wäre eine eigene Umfrage notwendig, weil diese Daten unterjährig nicht vorliegen. Das kann man nur retrospektiv sehen.

Deutschlandweit ergibt sich kein einheitliches Bild. Ich kenne durchaus Kliniken, die inzwischen wieder zu 95 bis 96 Prozent belegt sind. Andere wiederum sind noch nicht dort angelangt. Wir müssen abwarten, wie sich das entwickelt.

ALLGEMEIN WIRD EINGESCHÄTZT, DASS IN DER PANDEMIE NEUE ANGEBOTE FÜR EINEN TEIL DER PATIENTEN ENTWICKELT WURDEN, DIE VOR-ORT-THERAPIE ZUMINDEST ERGÄNZEN KONNTEN, WIE ETWA VIDEOGESPRÄCHE ODER STATIONSÄQUIVALENTE BEHANDLUNG BEI DEN PATIENTEN ZUHAUSE. WERDEN DIESE BEIBEHALTEN BLEIBEN?

Holger Höhmann: Wo diese Angebote auf Dauer erfolgreich genutzt werden könnten, wird sich erst noch herausstellen. Das muss aus ärztlicher Sicht bewertet und entschieden werden. Allerdings sehe ich nicht, dass sich daraus eine große Entlastung ergeben kann. Noch immer warten in den meisten Bundesländern Patient*innen, drei bis vier Monate auf einen Termin bei einem Facharzt für Psychiatrie oder Neurologie, auch wenn es dringend ist. Sie gehen dann dorthin, wo sie 24 Stunden am Tag an 365 Tagen im Jahr Hilfe erwarten können – in die psychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen.

VEREINHEITLICHUNG VON VERFAHREN, BUNDESWEIT EINHEITLICHE VORGABEN, AN DIE SICH ALLE HALTEN MÜSSTEN, WÄREN SINNVOLL, MEINTEN SIE IN IHREM ERSTEN INTERVIEW FÜR DIE PRAXISBERICHTE 2020. AUSSERDEM HÄTTEN SICH DIE PROZESSE ZWISCHEN DEN KLINIKEN UND DEN ÖRTLICHEN BEHÖRDEN, VOR ALLEM DEN GESUNDHEITSÄMTERN, NUN AUSGEBILDET UND KÖNNTEN AUCH FÜR WEITERE VERBESSERUNGEN GENUTZT WERDEN. HABEN ALLE GELERNT?

Holger Höhmann: Ich könnte hier eigentlich nur mit „Ja“ antworten. Die Vereinheitlichung von Verfahren und bundesweit einheitliche Vorgaben haben wir uns alle gewünscht. Stattdessen blieb der Flickenteppich bestehen. Die Länderregelungen für psychiatrische Einrichtungen waren durchaus unterschiedlich.

Der öffentliche Gesundheitsdienst hat sich dagegen zwar als belastbar aber dennoch fragil erwiesen. Hier wird sicher politisch Einiges zu tun sein, damit die Ämter auch in Zukunft für sich wiederholende Pandemien gerüstet sind.

Was die Kliniken selbst betrifft, denke ich, dass sie aus der ersten Pandemie-Welle viel gelernt haben und in der Regel nicht schlecht vorbereitet waren.

Ob und wie die Politik in Bund und Ländern und einige sehr kluge, theoretisch brillante Professorennen gelernt haben, vermag ich nicht zu sagen.

SEHR GEEHRTER HERR HÖHMANN, VIELEN DANK FÜR DAS GESPRÄCH.

Rettungsschirme müssen sich an den tatsächlichen Belastungen orientieren

WICHTIGER ALS POLITIKERBESUCHE SIND PRAKTISCHE HILFEN FÜR DIE REHABILITATIONSKLINIKEN

Die Pandemie hat gezeigt, dass die Rehabilitation ein unverzichtbarer Teil der Behandlungskette für die Patienten ist. Aktuell aber machen vielen Kliniken Mindererlöse und schwierige Verhandlungen mit den Krankenkassen die Situation nicht einfach – und dies, obwohl die Kassen in den veröffentlichten Finanzergebnissen nach im Jahr 2020 für Reha- und Vorsorgemaßnahmen deutlich weniger ausgegeben haben als in den Jahren zuvor. Der Mindererlös-Ausgleich im Rettungsschirm des Bundes deckt zudem die Kosten der Einrichtungen bei Weitem nicht.

SEHR GEEHRTER HERR SCHÄFER, SIE HATTEN IN IHREM ZENTRUM IN BAD LIPPSPRINGE VOR EINIGER ZEIT BESUCH VON BUNDESGESUNDHEITSMINISTER JENS SPAHN. WAR DAS FÜR SIE AUCH EIN ZEICHEN VON GRÖßERER WERTSCHÄTZUNG FÜR DIE REHABILITATION, WIE SIE ES IM INTERVIEW FÜR DIE VKD-PRAXISBERICHTE 2020 GEFORDERT HATTEN?

Achim Schäfer: Das haben wir durchaus so empfunden. Die Pandemie hat ja der Politik sehr deutlich den Wert der Rehabilitation als unverzichtbaren Teil der Behandlungskette vor Augen geführt. Was aber noch wichtiger ist als Politikerbesuche, sind die praktischen Hilfen für die Rehabilitationskliniken. Und hier muss ich sagen: Das ist zumindest bei der Politik verstanden worden; sie hat eine entsprechende Regelung in das GPVG aufgenommen.

ZUNÄCHST SAH ES IM SEPTEMBER VORIGEN JAHRES JA NICHT SO GUT AUS...

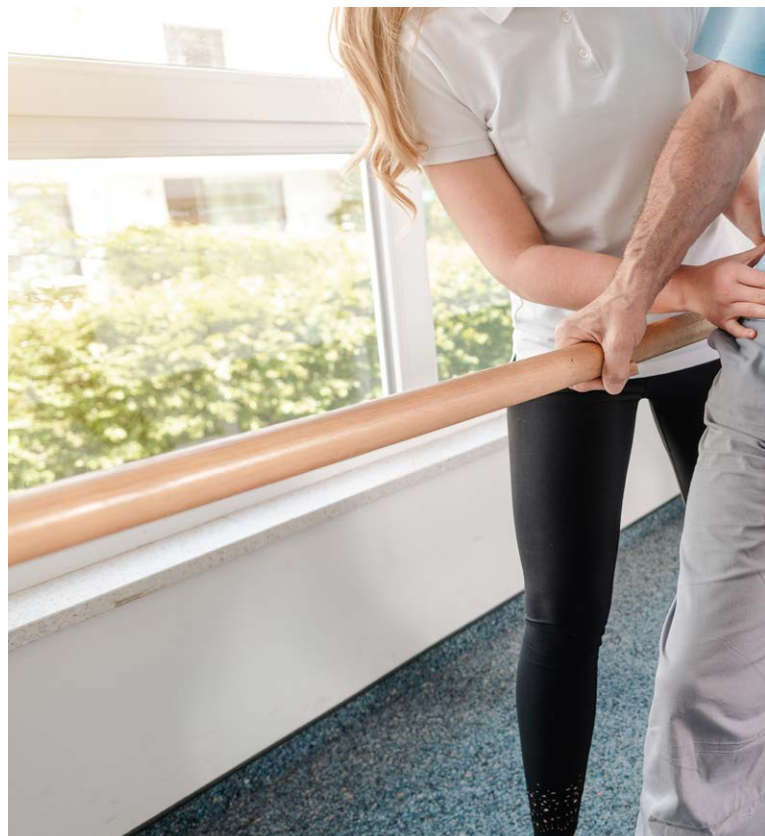
Achim Schäfer: Nachdem im September das Rettungspaket auch für die Rehakliniken ausgelaufen war, gab es ab Oktober keine Ausgleichszahlungen mehr, auch wenn viele Kliniken wegen der Corona-Regelungen noch immer nicht voll belegt werden konnten. Mit dem Mitte Novem-



ber dann in Kraft getretenen Dritten Bevölkerungsschutzgesetz wurde die Regelung des § 111d SGB V zu Ausgleichszahlungen an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aufgrund von Minderbelegungen durch das Virus dann doch bis zum 31. Januar 2021 verlängert. Dass wir dieses Mal immerhin nicht darum kämpfen mussten, unter den Rettungsschirm zu kommen, zeigte, dass unsere Arbeit für die Patienten nach den Erfahrungen der ersten Monate als essenziell wichtig erkannt worden war.

Anfang Januar kam dann im Gesundheits- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) eine Regelung zur Anpassung der Vereinbarung zwischen der Krankenversicherung und den Rehabilitationskliniken – eine Art neuer Schutzschirm für uns. Er sollte zunächst bis zum 31. März gelten und konnte per Rechtsverordnung gegebenenfalls bis Ende des Jahres verlängert werden. Eine erste Verlängerung kam dann auch anschließend zunächst bis zum 31. Mai. Die Verantwortung für die Sicherung der Strukturen der Rehakliniken in der Pandemie wurde damit den Krankenkassen übertragen. Leider als Verhandlungslösung.

„ Grundsätzlich fordern wir eine leistungsgerechte Vergütung und einen einfachen und barrierefreien Zugang für Betroffene zur Rehabilitation. “



WAS AUS ERFAHRUNG NICHT IMMER GUT FUNKTIONIERT. KONNTEN DIE KLINIKEN DENN INZWISCHEN DEN CORONA-ZUSCHLAG AUSVERHANDELN, SO DASS ER AUSGEZAHLT WERDEN KONNTE?

Achim Schäfer: Der Gesetzgeber wollte unsere Existenz sicherstellen, aber das wurde tatsächlich schwierig. Obwohl die Krankenkassen erhebliche Einsparungen für nicht erbrachte Leistungen verbuchten und sicher noch immer verbuchen, versuchen Sie, die Auszahlungen zu verhindern, indem sie schlichtweg nicht verhandeln. Immerhin hat die GKV, wie die für 2020 veröffentlichten vorläufigen Finanzergebnisse zeigen, für Reha- und Vorsorgemaßnahmen rund 580 Millionen Euro weniger ausgegeben als 2019 – ein Minus von 15,2 Prozent!

Und natürlich deckte auch der Mindererlös-Ausgleich von 50 Prozent aus dem Rettungsschirm des Bundes unsere Kosten bei Weitem nicht, zumal wir auch weiter unter zum Teil erheblichen Belegungsrückgängen leiden.

WIE STEHEN DIE REHAKLINIKEN HEUTE, NACH DER DRITTEN PANDEMIEWELLE, WIRTSCHAFTLICH DA?

Achim Schäfer: Aus den ersten Monaten vorigen Jahres schleppen viele Einrichtungen sicher rote Zahlen mit. Nach wie vor richten sich zudem Personaleinsatz, Belegung der Zimmer, auch die Größe der Therapiegruppen nach den Corona-Regelungen. Das bedeutet auch, dass eine volle Auslastung nur schwer zu erreichen ist.

Um die Kosten zu decken, müssten 95 Prozent der Kapazitäten belegt werden. Viele Kliniken nehmen erheblich weniger ein als vor der Pandemie, während die Kosten nicht nur gleich hoch bleiben, sondern durch die notwendigen Hygienemaßnahmen höher sind. Wie ein Gutachten der aktiva Beratung im Auftrag der AG Reha gezeigt hat, haben die Rehakliniken durch die Corona-Pandemie eine Kostensteigerung von mehr als 20 Prozent zu verkraften. Es wäre fatal, wenn nach den Erfahrungen der Pandemie Einrichtungen schließen müssten.



— Im Gespräch —

Achim Schäfer

Vorsitzender der Fachgruppe
Rehabilitationseinrichtungen
des VKD

Geschäftsführung
Medizinisches Zentrum für
Gesundheit, Bad Lippspringe
GmbH – MZG Westfalen

DIE REHAKLINIKEN HABEN IM VERLAUF DER PANDEMIE NEUE ERKENNTNISSE FÜR DIE BEHANDLUNG VON POST-COVID-PATIENTEN GESAMMELT – MIT BESCHWERDEN, DIE ES VOR DER PANDEMIE IN DEM MASSE NICHT GAB. EINIGE KLINIKEN KONNTEN SOGAR DIE ZAHL DER BETTEN AUFSTOCKEN. DAS HAT IHNEN AUCH MEHR ÖFFENTLICHE AUFMERKSAMKEIT GEBRACHT. KÖNNTE DAS HELFEN, FORDERUNGEN KÜNFTIG NOCH BESSER DURCHZUSETZEN?

Achim Schäfer: Das hoffe ich, denn es wird auch hier wieder klar, wie wichtig eine medizinische Rehabilitation in hoher Qualität für schwer kranke Menschen ist, denen wir oft zurück ins Leben helfen können.

Im MZG Bad Lippspringe haben wir Einrichtungen für die Behandlung von Post-Covid-Patienten aufgebaut und werden sie noch weiter ausbauen. Der Bedarf ist inzwischen groß und die Rehabilitation dieser Menschen ist langwierig.

WENN DERZEIT DIE PANDEMIE WIEDER ETWAS ABGEFLAUT IST – VON EXPERTEN WIRD ALLERDINGS VOR EINER VIERTEN WELLE IM HERBST GEWARNT – WAS ERWARTEN SIE ZUR UNTERSTÜTZUNG DER REHAKLINIKEN VOM BUND, DER GKV UND DER RENTENVERSICHERUNG?

Achim Schäfer: Rettungsschirme für die Rehakliniken müssen sich an den tatsächlichen Belastungen orientieren, sonst blicken wir am Ende der Pandemie auf eine ausgedünnte Reha-Landschaft. Grundsätzlich fordern wir eine leistungsgerechte Vergütung, einen einfachen und barrierefreien Zugang für Betroffene zur Rehabilitation. Das bedeutet den Entfall des Bewilligungsvorbehaltes der Kassen zu Gunsten einer direkten Einweisung auf Basis eines Reha-Assessments, wie er zum Beispiel in der Geriatrischen Rehabilitation bereits umgesetzt wurde. Eine weitere Forderung ist die Gleichbehandlung von Rehakliniken und Krankenhäusern, wenn es um Unterstützungsleistungen, z. B. für Instandhaltungen und staatliche Förderprogramme, geht.

SEHR GEEHRTER HERR SCHÄFER,
VIELEN DANK FÜR DAS GESPRÄCH.

Es ist weiterhin Vorsicht geboten

HYGIENEREGLN SIND ZU BEACHTEN, DIE WIRKUNG VON LOCKERUNGEN IST ZU BEOBACHTEN

Nachdem in der ersten Pandemiewelle den Pflegeheimen zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet wurde, änderte sich das zum Herbst vorigen Jahres, wenn auch längst noch nicht alles gut war. Obwohl die Heimbewohner zu den ersten gehörten, die geimpft werden sollten, klappte es mit den Impfungen nicht immer gut. Inzwischen hat sich die Lage entspannt, doch zu schnelle Lockerungen, vor allem in besonders gefährdeten Bereichen, werden vielfach noch immer kritisch gesehen.

SEHR GEEHRTER HERR HARTINGER, IM VORIGEN SOMMER FREUTEN SIE SICH – WIE WIR ALLE – DASS DIE STRINGENTEN MASSNAHMEN FÜR DIE BEWOHNER DER PFLEGEHEIME GELOCKERT WERDEN KONNTEN. DAS WAR ZU FRÜH GEFREUT. ES WURDE WIEDER SCHWIERIGER UND ZUM BEISPIEL TESTS WAREN ZUM TEIL NOCH IM OKTOBER 2020 FÜR ETLICHE HEIME NICHT AUSREICHEND VERFÜGBAR. WIE IST DIE LAGE AUS IHRER SICHT HEUTE?

Franz Hartinger: Es wäre tatsächlich schlimm, wenn sie nicht besser wäre. Nach Zulassung der Impfstoffe und dem Anlaufen der Impfungen hat sich die Lage wieder entspannt. Auch wenn es mit der Bereitstellung zunächst erneut gehakt hat. Richtig war auf jeden Fall, die Impfpriorisierung und die Festlegung, die Pflegeheimbewohner und die Mitarbeiter der Heime mit in die Gruppe derjenigen zu nehmen, die als erste eine Impfung erhalten sollten.

Viele Heime versuchen, vor allem für geimpfte Bewohner weitere Lockerungen zu ermöglichen – Besuche, wenn auch nach wie vor in der Regel nur für einen Besucher jeweils – Spaziergänge, mehr Kontakte untereinander. Besuche bei Angehörigen sehen wir noch immer etwas skeptisch, auch wenn die Heimbewohner geimpft sind oder eine Infektion überstanden haben. Leider ist es so, dass Angehörige sich nicht immer testen lassen möchten. Das stellt dann natürlich

ein Risiko für das Heim insgesamt dar. Wir wissen inzwischen, dass teilweise auch geimpfte Heimbewohner positiv getestet wurden.

DAS THEMA IMPFEN IST NACH WIE VOR ALSO NICHT GANZ EINFACH?

Franz Hartinger: Wir sind froh, dass so viele Bewohner geimpft werden konnten. Allerdings stellen wir immer wieder fest, dass der Informationsbedarf gerade bei den Angehörigen, was dieses Thema betrifft, sehr hoch ist. Manche stehen der Impfung selbst skeptisch gegenüber. Andere möchten nicht, dass die sechs Monate, die einmal Erkrankte bis zu einer Impfung warten müssen, eingehalten werden. Andere wieder versuchen, über ihren Hausarzt Termine zu bekommen. Inzwischen gibt es ja mehrere Möglichkeiten. Hinzu kommt, dass die Regelungen für Anamnesebögen und Einwilligungserklärungen inzwischen im Verlauf der Pandemie mehr-

„Die Pflegeeinrichtungen haben zudem selbst die Möglichkeit, eigene Regelungen zu treffen und mit dem zuständigen Gesundheitsamt abzustimmen.“

fach angepasst, also geändert wurden. Wenn wir im Mai die Bögen an die Betreuungspersonen verschicken, sehen sie vielleicht im Juni anders aus und müssen nochmals verschickt werden. Ja, es ist schon auch viel Bürokratie, aber ich verstehe, dass man auf neue Erkenntnisse auch hier reagieren muss. Die Regeln müssen eingehalten werden.

Und die Pflegeeinrichtungen haben zudem selbst die Möglichkeit, eigene Regelungen zu treffen und mit dem zuständigen Gesundheitsamt abzustimmen. Dort hat man den Überblick darüber, wie die Situation in anderen Pflegeheimen ist.



Insgesamt ist es für die Heimbewohner aber doch ein großer Fortschritt, dass Lockerungen möglich sind.

TROTZ DER HOHEN IMPFQUOTEN GIBT ES IMMER NOCH PFLEGEHEIME, IN DENEN ERHEBLICHE KONTAKTBESCHRÄNKUNGEN HERRSCHEN. DER BIVA-PFLEGESCHUTZBUND FORDERT HIER EINHEITLICHE VORGABEN FÜR LOCKERUNGSKONZEPTE. KONTAKTBESCHRÄNKUNGEN MÜSSTEN BEENDET WERDEN.

Franz Hartinger: Dafür habe zwar ich Verständnis, der Schutz nicht geimpfter und vulnerabler Bewohner muss aber dennoch immer gewährleistet sein. Das bedeutet, dass nicht alles gelockert werden kann. Das Testregime sollte ebenfalls beibehalten werden. Wir versuchen auch, alle Mitarbeiter davon zu überzeugen, sich impfen zu lassen, was nicht immer ganz einfach ist.

IM JANUAR TRAT DAS GESUNDHEITSVERSORGUNGS- UND PFLEGEVERBESSERUNGSGESETZ IN KRAFT. FÜR DIE VOLLSTATIONÄRE ALTENPFLEGE SOLLEN DANACH 20.000 ZUSÄTZLICHE STELLEN FÜR PFLEGEHILFSKRÄFTE FINANZIERT WERDEN. FINANZIERT WERDEN SOLLEN DIESE STELLEN DURCH DIE PFLEGEVERSICHERUNG. IST ES NOCH ZU FRÜH, HIER VERBESSERUNGEN IN DER PRAXIS ZU KONSTATIEREN?

Franz Hartinger: Konkrete Zahlen liegen uns hier noch nicht vor. Es gibt das Projekt zur wissenschaftlichen Bemessung des Personalbedarfs in den Pflegeheimen. Es zeigte, dass vor allem mehr Pflegehilfskräfte notwendig sind. Diese 20.000 neuen Stellen sollen hier ein erster Schritt sein. Die Einführung eines Personalbemessungsverfahrens erfordert, so das Bundesgesundheitsministerium, eine neue Aufgabenverteilung zwischen Pflegefach- und Pflegehilfskräften. So die Theorie, möchte ich ergänzen. Denn nach wie vor ist es nicht ganz einfach, Personal für die Altenpflege zu gewinnen. Aktuell haben wir auch eher einen Mangel an Pflegefachkräften. Hilfskräfte sind deutlich leichter zu finden.

Es ist zudem schwer, zu differenzieren. Eine Pflegehilfskraft, die 35 Jahre kontinuierlich im Beruf arbeitete, hat sehr viel Erfahrung. Der Unterschied zu einer Fachkraft, die vielleicht aus einer längeren Familienpause kommt, ist da nicht so groß. Wir versuchen eher, Pflegehilfskräfte fortzubilden und sie zu einer Fachausbildung zu motivieren. Das ist allerdings dann auch eine Frage des Geldes, weil für drei Jahre Einkommen fehlt.

Wenn wir in die Zukunft schauen, ist unser Problem eher, dass mehr Pflegefälle zu versorgen sein werden und dafür die Fachkräfte fehlen. Das war aber schon vor der Pandemie der Fall. Es ist eben kein einfacher Beruf.

BIS ZUM 30. JUNI 2021 BEFRISTETE REGELUNGEN ZUR FINANZIELLEN ENTLASTUNG DER PFLEGEEINRICHTUNGEN SOLLEN VERLÄNGERT WERDEN, ETWA DIE KOSTENERSTATTUNG FÜR PANDEMIEBEDINGTE MEHRAUSGABEN UND MINDEREINNAHMEN. HAT DEN HEIMEN DIESE REGELUNG BISHER GEHOLFEN – SIND DIE MITTEL ANGEKOMMEN?

Franz Hartinger: Zunächst war es wohl für die meisten Heimbetreiber schwierig, über die erste Zeit zu kommen, denn Anträge mussten erst einmal gestellt werden. Und die Antragstellung war nicht ganz einfach, denn es musste natürlich akribisch belegt werden, welche zusätzlichen Aufwendungen zu finanzieren waren und sind – selbst bei guter Belegung. Es sollen nur diejenigen Unterstützung erhalten, die sie wirklich benötigen. Die Verlängerung ist nun aber auch notwendig, so lange diese Aufwendungen notwendig sind.

„Wir sind froh, dass so viele Bewohner geimpft werden konnten. Allerdings stellen wir immer wieder fest, dass der Informationsbedarf gerade bei den Angehörigen, was dieses Thema betrifft, sehr hoch ist. Manche stehen der Impfung selbst skeptisch gegenüber.“

EINE KURZE NACHFRAGE NOCH UNABHÄNGIG VON DER PANDEMIE ZUR PFLEGEREFORM 2021. WAS HALTEN SIE UND IHRE FACHGRUPPENKOLLEGEN VOM VORGESEHENEN TARIFZWANG ALS ZULASSUNGSVORAUSSETZUNG?

Franz Hartinger: Tatsächlich ist die Reform noch vor der Bundestagswahl durchs Parlament gekommen. Ein Schnellverfahren, das ich in Teilen für inkonsequent halte und an den tatsächlichen Herausforderungen vorbeigedacht. Es käme am Ende ja auch auf die noch nicht bekannten Ver-



— Im Gespräch —

Franz Hartinger

Vorsitzender der Fachgruppe
Pflegeeinrichtungen des VKD

Leiter der Einrichtung
Alten- und Pflegeheim,
Klinikum Ingolstadt GmbH

fahrens- und Prüfgrundsätze an, die wir erst 2022 sehen werden. Obwohl wir eine Reform brauchen, wäre eine etwas längere Denkpause bis nach der Wahl sicher nicht schlecht gewesen – zusammen mit einem ein Blick in die Praxis. Die geplante Finanzierung wird von vielen Seiten kritisch gesehen.

DIE PANDEMIE EBBT AB – SO SIEHT ES JEDENFALLS ERST EINMAL AUS. FÜR DEN HERBST ALLERDINGS SIND WIR NACH DEN ERFAHRUNGEN DES VERGAN- GENEN JAHS NICHT SO SICHER. WO SEHEN SIE HIER DIE GRÖSSTEN HERAUSFORDERUNGEN?

Franz Hartinger: Zu schnelle Lockerungen, vor allem in besonders gefährdeten Bereichen, sind aus meiner Sicht kritisch zu sehen, auch wenn wir alle schnell wieder in eine gewissen Normalität zurückwollen. Unsere Bewohner und Mitarbeiter sind fast alle geimpft. Die Impfung schützt vor schwerem Krankheitsverlauf – das haben wir in diesem Zusammenhang gesehen. Sie schützt aber offenbar nicht alle vor erneuter Infektion, auch wenn diese dann nicht mehr zu einem schweren Verlauf führt. Also ist Vorsicht geboten. Das bedeutet, weiterhin regelmäßig Bewohner, Mitarbeiter und Besucher zu testen, Masken zu tragen, die Hygieneregeln insgesamt zu beachten und genau zu beobachten, wie Lockerungen wirken.

SEHR GEEHRTER HERR HARTINGER,
VIELEN DANK FÜR DAS GESPRÄCH.

ENGAGIERT: ZIELSTREBIG INS MANAGEMENT

**Junge Führungskräfte
Ausbildung
Berufsstart
Karriereschritte
Netzwerke
Führungseigenschaften**

Die jungen Führungskräfte – ihre Ziele, Vorstellungen, Wünsche und ihr Blick auf den Beruf

IM INTERVIEW FÜR DIE VKD-PRAXISBERICHTE:
JAN FRICKE, CHRISTIAN PELLEHN UND STEFAN GÜNTHER

Wie denken und arbeiten junge Führungskräfte und solche, die auf dem Weg in Führungspositionen sind? Sie gehören vom Alter her vermutlich zur sogenannten Generation Y, den Millennials, den Dreißig- bis Vierzigjährigen. Generationen werden gern ganz bestimmte Eigenschaften, Ziele, Verhaltensweisen zugeschrieben. Millennials sind, so heißt es, leistungsorientiert, identifizieren sich mit ihrem Unternehmen, sind loyal gegenüber dem Arbeitgeber, haben nichts gegen flexible Arbeitszeiten und -orte und vermischen oft berufliche und private Belange. Doch eine Generation ist ja keine wirklich homogene Gruppe von Menschen.

Der Verband der Krankenhausdirektoren wollte wissen, wie sich junge Mitglieder ihre Karriere vorstellen, welchen Weg sie ins Berufsleben genommen haben, welche Unterstützung sie von ihrem Arbeitgeber, Vorgesetzten, aber auch vom Verband wünschen und bekommen haben, wie sie sich engagieren und welche Ziele sie sich setzen.

Drei Mitglieder der Arbeitsgruppe Junger VKD – Jan Fricke, Christian Pellehn und Stefan Günther – haben dazu bereitwillig viele Fragen beantwortet. Ihr Start ins Berufsleben war durchaus unterschiedlich, aber ihre Antworten auf viele der Fragen zeigen zahlreiche Gemeinsamkeiten und dabei immer einen offenen, realistischen Blick auf die Möglichkeiten beruflicher Vervollkommen. Kann man das verallgemeinern? Der Eindruck aus diesen Interviews ist jedenfalls: Hier kommt eine Gruppe in Führungspositionen der Krankenhäuser, die mit Kompetenz, klaren Zielen, Offenheit für Neues und Teamgeist Verantwortung übernehmen will. Sie sind auch für den VKD eine Bereicherung.

DER START INS BERUFSLEBEN
WAR FÜR JEDEN DER DREI EIN ANDERER

Jan Fricke ist sehr planvoll in seine Berufslaufbahn gestartet. „Mein Ziel war es, im kaufmännischen Bereich zu arbeiten.“



nischen Bereich, insbesondere im Finanzbereich eines Krankenhauses, in leitender Funktion tätig zu sein. Entsprechend habe ich im Studium die Schwerpunkte gesetzt und dabei auch gezielt Praktika im Krankenhaus absolviert“, schreibt er. Gerade diese Praktika empfindet er im Rückblick als enorm wichtig. Hier konnte er Praxiserfahrungen sammeln und schon erste Kontakte knüpfen. Ganz klassisch habe er nach dem Studium zunächst Erfahrungen in der Wirtschaftsprüfung gesammelt, weitere Kontakte geknüpft, um dann – und hier seien Glück und Zufall zu Hilfe gekommen – in seine erste leitende Position im Bereich Finanzen eines größeren Klinikunternehmens zu wechseln. Es folgten ähnliche Positionen in verschiedenen Klinikunternehmen, wobei sich der Fokus dann über den Finanzbereich hinaus auf den kaufmännischen Bereich und das gesamte Krankenhaus weitete. Karriereplanung, unterstützt durch Zufälle und Glück, resümiert er.

Stefan Günther wiederum hatte das Gesundheitswesen nach seinem Bachelorstudium ursprünglich gar nicht im Blick und bewarb sich erst einmal bei anderen Unternehmen. Er hatte eine Ausbildung zum Industriekaufmann gemacht und konnte sich deshalb auch eher eine Anstellung in der Industrie vorstellen. Letztlich

sei es Zufall gewesen, dass schließlich die Medizinischen Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz seine berufliche Heimat wurden – seine erste und bisher auch einzige, denn „ich habe das bislang keinen Tag bereut“, bekräftigt er. Schon der erste Eindruck von den Menschen, auf die er traf, und vom Unternehmen sei positiv gewesen.

Christian Pellehn findet einen Karriereplan durchaus wichtig für eine erfolgreiche berufliche Laufbahn, vor allem, wenn die passende Bewerbung auf eine attraktive Stelle tatsächlich greifbar ist. „Soweit die Theorie“, meint er. Praktisch gesehen geht es aus seiner Sicht doch eher um ein Zusammenspiel von Ehrgeiz, Qualität der geleisteten Arbeit und zeitlich passenden sowie attraktiven Jobangeboten. Die er dann auch gefunden hat.

SIND PRAKTIKA GRUNDSÄTZLICH SINNVOLL?

Dass „Hineinschnuppern“ in die Praxis wichtig sei, bestätigten alle drei. Sie würden einen ersten Einblick in den Betrieb vermitteln und man habe die Möglichkeit, praktische Kenntnisse und Erfahrungen zu sammeln.

Christian Pellehn schreibt, für ihn sei das sein Praktikum bei einem Medizintechnikhersteller gewesen „und ja, das war motivierend“. Während der Semesterferien war ich im Finanz- und Rechnungswesen sowie im Controlling tätig, um das Gelernte aus dem Studium zielgerichtet umsetzen zu können.

„Ich war während meines Studiums in den Semesterferien immer als Praktikant im kaufmännischen Bereich von Krankenhäusern tätig... Es ist mir dabei nicht nur darum gegangen, etwas Geld zu verdienen, sondern wichtig waren auch die Praxiserfahrungen und die Kontakte, die ich knüpfen konnte. Von diesen Kontakten profitiere ich teilweise noch heute.“

Jan Fricke

Stefan Günther findet, Praktika seien eine sehr sinnvolle Ergänzung zur theoretischen Ausbildung. „Die Theorie vermittelt einem nicht, wie es ist, den ganzen Tag zu arbeiten, sich mit konkreten Problemen zu beschäftigen und sich mit Kollegen und Führungskräften auszutauschen.“ Ein Praktikum motiviere immer – entweder, weil sich die theoretische Erwartung bestätige oder weil man feststelle, dass der Job oder das Unternehmen nicht zu einem passe und man einen Kurswechsel vollziehen müsse.

Jan Fricke empfand seine Praktika ebenfalls als wichtigen Baustein für seinen beruflichen Werdegang. „Ich war während meines Studiums in den Semesterferien immer als Praktikant im kaufmännischen Bereich von Krankenhäusern tätig, entweder direkt im Controlling oder in der Wirtschaftsprüfung mit Schwerpunkt Krankenhausprüfung bzw. -beratung. Es ist mir dabei nicht nur darum gegangen, etwas Geld zu verdienen, sondern wichtig waren auch die Praxiserfahrungen und die Kontakte, die ich knüpfen konnte. Von diesen Kontakten profitiere ich teilweise noch heute.“

UND WIE SIEHT ES MIT TRAINEEPROGRAMMEN AUS?

Daran habe er, so **Jan Fricke**, selbst nicht teilnehmen können, sehe sie aber ebenfalls als wertvoll, um systematisch Nachwuchskräfte auf-

zubauen, Potenziale zu erkennen und zu fördern und über den „berühmten Tellerrand schauen zu können.“

Grundsätzlich sinnvoll findet auch **Stefan Günther** Traineeprogramme. Es komme allerdings auf den persönlichen Background an. Mit einer schon absolvierten einschlägigen Ausbildung, die einem Traineeprogramm nahekomme, sei das vielleicht weniger sinnvoll. Aber, meint er, man lerne in solchen Programmen viele verschiedene Fachbereiche im Unternehmen kennen. Das sei in dieser Geschwindigkeit und Tiefe sonst nicht möglich. Er selbst hat kein Traineeprogramm durchlaufen, vermisst diese Erfahrung aber nicht und glaubt, dass sein Weg für ihn persönlich der richtige war. Letztlich muss das auch jeder für sich individuell entscheiden.

Für eine Karrieregruppe, die bis dahin nur wenige bis keine praktischen Erfahrungen sammeln konnte oder die einen schnellen Aufstieg als Geschäftsführer schon mit 30 Jahren anstrebe, seien Traineeprogramme sicher am sinnvollsten, findet **Christian Pellehn**. Auch er war nie Trainee, weil er schon sehr frühzeitig im Krankenhaus an verschiedenen Stellen tätig war.

VIEL UNTERSTÜTZUNG, ABER AUCH IMMER WIEDER EIN SPRUNG INS KALTE WASSER?

Christian Pellehn startete seine berufliche Laufbahn in der Berliner Charité – dem größten Universitätsklinikum Europas. Er bekam gleich die Chance, einen Fachbereich weiterzuentwickeln – Pionierarbeit, wie er meint, aber auch ein Sprung ins kalte Wasser. Es sei aber mit der Zeit auch die Erkenntnis gewachsen, den richtigen Weg eingeschlagen zu haben. Unterstützer habe es aber für ihn auch auf jeder beruflichen Etappe gegeben – in der Berufsausbildung Anni Simon, während seiner Zeit in der Landeskrankengesellschaft Brandenburg Dr. Jens-Uwe Schreck, und auch im Klinikum Brandenburg. Geschäftsführerin Gabriele Wolter habe ihn sehr unterstützt. Sie alle hätten ihn geprägt.

Stefan Günther macht es kurz und knapp, aber sehr deutlich: „Nach meiner kaufmännischen Ausbildung und dem Studium habe ich direkt in dem Unternehmen begonnen, bei dem ich heute noch beschäftigt bin. Ich denke, das spricht für das Unternehmen und meine Integration.“



Seine vielen Praktika während des Studiums hätten ihn, so **Jan Fricke**, zwar sehr gut auf das Berufsleben vorbereitet, das er sich größtenteils auch so vorgestellt habe. Eine Art „Praxisschock“ will er dennoch nicht leugnen. Zwar habe er bei allen beruflichen Stationen immer auch eine gewisse Unterstützung zur Einarbeitung erhalten, Schulungen und Mentorenprogramme, aber letztlich sei es dann doch darauf hinausgelaufen, sich vor Ort selbst „durchzuboxen“. „Da trifft dann ein theoretisches Hochschulstudium auf die betriebliche Praxis.“

SICH DURCHBOXEN ZU MÜSSEN – DAS IST ZWAR ANSTRENGEND, ABER AM ENDE VIELLEICHT DENNOCH GAR NICHT SO SCHLECHT?

Es sei schon durchaus eine schwierige Zeit, wenn man neue, unvertraute Aufgaben bewältigen müsse, meint **Jan Fricke**, andererseits aber auch wieder spannend. „Ich finde es wichtig, breit aufgestellt zu sein und das bedeutet dann eben auch, dass es viele unterschiedliche Themen gibt, die verstanden und umgesetzt werden müssen.“ Er habe auch nie erwartet, in erheblichem Maße „an die Hand genommen zu werden“. Aber natürlich sei es schön, für neue Aufgaben erst einmal die Grundlagen vermittelt zu bekommen. Alle seine Fragen beantwortet zu bekommen, sei aber nie seine betriebliche Realität gewesen. Einerseits – andererseits also. „Ich habe daher von Anfang an gelernt, eigenständig Aufgaben und Themen zu erkennen, sich zu erschließen und schließlich auch umzusetzen.“ Hier betont er: Im Team. Diese Eigenschaft – den Sprung ins kalte Wasser zu wagen – erkennt er als durchaus wichtig an.

Wenn man sich in herausfordernder Lage bewähren, also eben auch durchboxen muss, ist das immer arbeitsintensiv, oft schwierig, im Rückblick war es dann aber oft auch eine wichtige Zeit. **Stefan Günther** hat das erlebt, als ziemlich bald nach seinem Berufsstart sein Vorgesetzter das Unternehmen verlassen hat und eine Lücke hinterließ, die kurzfristig zu füllen war. „Im Nachhinein betrachtet war es das Beste, was mir passieren konnte, weil ich vieles sehen und lernen konnte, was ich ansonsten erst viel später geschafft hätte. Ich bin an dieser Aufgabe gewachsen. Das war auch für meine Entwicklung im Unternehmen sehr hilfreich.“

Auch für **Christian Pellehn** fühlte sich der Start in den Beruf wie ein Sprung ins kalte Wasser an.



Jan Fricke

Jan Fricke, 38 Jahre alt, gebürtiger Hildesheimer, ist Verwaltungsleiter der Burghof-Klinik GmbH. Sein Studium der Wirtschaftswissenschaften absolvierte er an der Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover mit Studienschwerpunkten Rechnungslegung und Wirtschaftsprüfung, Controlling sowie Unternehmensführung und Organisation, das er als Diplom-Ökonom abschloss. Seine berufliche Laufbahn startete er als Consultant bei der PricewaterhouseCoopers AG WPG. Es folgten nahtlos die Positionen als Leiter Finanz- und Rechnungswesen an der Klinikum Wahrendorff GmbH, als Ressortleiter Finanzen der Arbeiterwohlfahrt Gesundheitsdienste gGmbH und gleichzeitig als Interims-Geschäftsführer der Krankenhaus Hann. Münden gGmbH. Er wechselte dann als Ressortleiter Finanzen zur Agaplesion Ev. Klinikum Schaumburg gGmbH bis er 2017 die Verwaltungsleitung der Burghof-Klinik übernahm. Seit 2018 ist Jan Fricke außerdem Mitglied der Schiedsstelle für die Festsetzung der Krankenhauspflegesätze in Niedersachsen, Beisitzer im Vorstand der VKD-Landesgruppe Niedersachsen/Bremen und seit dem vorigen Jahr Mitglied des Beirats der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft.

Seine Aufgabe, an der Charité einen Fachbereich weiterzuentwickeln, empfindet er auch heute noch als herausfordernd. Er meint ebenfalls, die Herausforderungen hätten seinen Charakter geprägt und für künftige Aufgaben vorbereitet.

WIE WICHTIG SIND BERUFLICHE NETZWERKE?

Sie sind sehr wichtig, ja geradezu essenziell dafür, um im Berufsleben auf oberster Ebene weitreichend agieren zu können, erklärt **Christian Pellehn**. „Der Austausch mit Fachkollegen aus anderen Kliniken, sowohl vor Ort als auch auf Landes- und Bundesebene, ist ein Erfolgsfaktor, den man nicht vernachlässigen sollte.“ Nicht verwerflich sei dabei, dass bei solchen Gesprächen andere Unternehmen auch auf jemanden aufmerksam würden, der sich informiert, offen und qualifiziert zeige. Das könne natürlich positiv für die eigene Karriere sein.

Netzwerke haben enorme Bedeutung und sind unerlässlich für jeden, der im Beruf Erfolg haben will – für den gezielten Informationsaustausch. Nicht jeder müsse ja das Rad neu erfinden. „Die Kliniken stehen alle vor ähnlichen Herausforderungen“, meint **Jan Fricke**. Solche Kontakte seien auch hilfreich für das Verständnis komplexer Themen, wobei bei einem Netzwerk immer gelte: Qualität vor Quantität. Hinsichtlich der Besetzung von Positionen könnten Netzwerke natürlich auch durchaus hilfreich sein, wenn es sich dabei nicht um eine Konkurrenzsituation handele. „Neben dem Austausch von Erfahrungen und Wissen zu aktuellen Themen geht es daher auch um die Erarbeitung gemeinsamer Positionen.“

„Sich ein berufliches Netzwerk aufzubauen ist ungemein hilfreich“, findet auch **Stefan Günther**. Er verweist darauf, dass sich gerade im Gesundheitswesen Rahmenbedingungen sehr schnell ändern. Es gebe ständig neue Entwicklungen – leider oft nicht zum Vorteil der Krankenhäuser.



Christian Pellehn

Christian Pellehn, 33 Jahre alt, gebürtiger Brandenburger, ist Projektleiter Unternehmensentwicklung der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH in Eberswalde. Seine Ausbildung zum Kaufmann im Gesundheitswesen hat er in der Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH absolviert. Hier startete er auch sein Berufsleben als Krankenhauscontroller. Es folgte ein Studium an der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Studiengang Controlling in der Gesundheitswirtschaft mit Abschluss Bachelor of Arts, an das er gleich noch ein Studium Health Care Management mit Abschluss Master of Science an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald anschloss. Er kehrte zunächst nach Brandenburg zurück, wurde Patientenmanager und wechselte dann an die Berliner Charité als Manager für die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung. Es folgten zwei Jahre als Referent für Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg, bis es ihn wieder nach Brandenburg zurückzog. Einen besonderen Auftrag nahm er hier dann nach Ausbruch der Corona-Pandemie an. Er leitete das Versorgungscluster Corona Westbrandenburg mit Standort im Städtischen Klinikum, bis der Standort, wie ursprünglich vorgesehen, nach Potsdam verlegt wurde.

Foto: Privat

Da sei der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen sehr wichtig, um von den Erfahrungen der anderen zu profitieren und die eigenen Erkenntnisse ebenfalls zu teilen. „Das ist unverzichtbar für mich und für den Erfolg des Unternehmens“, betont er. Die Krankenhäuser müssten sich viel besser vernetzen, austauschen und abstimmen, um den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst gestärkt entgegenzutreten zu können. Nein, nach „Klassenkampf“ solle das nicht klingen, aber es falle ihm schon auf, dass die Krankenkassen sich hier untereinander viel besser abstimmen würden. „Wir lassen uns oft zu einfach auseinanderdividieren und gegeneinander ausspielen. Da sollten wir wirklich durch gezielten Austausch gegensteuern.“

UND WIE SOLLTEN NETZWERKE BESCHAFFEN SEIN?

Christian Pellehn findet ein Netzwerk aus jungen und älteren Kollegen deutlich interessanter als eher altershomogene Netze. „Von älteren Kollegen lernt man, Fehler zu vermeiden. Junge Kollegen wiederum sind gegebenenfalls Innovationen gegenüber offener.“ Ihre Sicht zum Beispiel auf die Optimierung von Prozessen könne andere motivieren. Wobei – zu verallgemeinern sei das natürlich nicht. Je nach Informations- und Wissensbedarf kontaktiere er seine Netzwerkpartner. „Vor der Pandemie konnte man sich natürlich sehr gut in den diversen Veranstaltungen austauschen. Nun müssten alle eben in Videokonferenzen das Beste daraus machen.“

Es gibt ja sehr unterschiedliche Situationen und Fragestellungen, für die ein gutes Netzwerk von Vorteil sein kann. Deshalb findet **Jan Fricke**, dass alle Netzwerke wichtig sind. „Ich selbst nutze am aktivsten den Austausch mit Menschen in ähnlicher Position und Situation. Alter spielt da keine Rolle. Kontakte in andere Branchen hinein sind aber auch sehr wertvoll.“ Auf jeden Fall kontaktiere er Netzwerkpartner regelmäßig. „Die Netzwerkpflege ist entscheidend.“ Zwar gebe es wegen der Corona-Pandemie derzeit keine Präsenzveranstaltungen mehr. Per Telefon oder Videokonferenz funktioniere das zwar auch, aber in Präsenz gehe es doch am besten.

Der Austausch mit Menschen in ähnlichen Situationen und Positionen sei vor allem für fachliche Diskussionen wertvoll und praxisnäher, meint **Stefan Günther**. Aber von den erfahrenen Kolleginnen und Kollegen zu profitieren – unabhängig von der konkreten, arbeitsbezogenen

Situation – findet er ebenfalls sehr wichtig. Sein Fazit: Man sollte sich ein Netzwerk schaffen, in dem beides möglich ist – und von dem auch alle gleichermaßen etwas haben. Dabei versuche er, sich regelmäßig auszutauschen. Oftmals sei es aber ein sehr situativer Austausch.

KANN DER VKD IM NETWORKING GERADE AUCH DIE JÜNGEREN MITGLIEDER UNTERSTÜTZEN? WAS ERWARTEN SIE VON IHREM VERBAND?

Christian Pellehn würde sich zunächst über Kontakte freuen, die seiner Alters- bzw. Berufsposition gleichen, zu Kollegen aus einer ähnlichen Klinikstruktur. Gut fände er aber auch die Idee, dass ein Mitglied, das eine Kollegin oder einen Kollegen für den Verband interessiert, dieses neue Mitglied in der ersten Zeit begleitet und mit den Strukturen des VKD vertraut macht. Das ist Mitgliedern der AG Junger VKD auch ein Anliegen.

Stefan Günther meint: Der VKD bietet genau das, was es braucht: Junge und erfahrene Kolleginnen und Kollegen aus unterschiedlichen Hierarchieebenen, mit unterschiedlichem Background, aus unterschiedlichen Regionen und Krankenhäusern. „In den seltensten Fällen sind wir direkte Konkurrenten und können uns ge-

„Netzwerke sind sehr wichtig, ja geradezu essenziell dafür, um im Berufsleben auf oberster Ebene weitreichend agieren zu können. Der Austausch mit Fachkollegen aus anderen Kliniken, sowohl vor Ort als auch auf Landes- und Bundesebene, ist ein Erfolgsfaktor.“

Christian Pellehn

genseitig unterstützen.“ Sein Vorschlag: Der VKD kann dafür ein gutes Forum bieten, indem er kleinere, themenspezifische Veranstaltungen ermöglicht, in denen es leichter ist, in einen direkten Austausch zu kommen. Interessant fände er auch Arbeitsgruppen, die sich um ganz spezielle Themen kümmern.

Der VKD ermögliche es, über das eigene Bundesland hinaus Netzwerkpartner aus der eigenen Branche in verschiedenen Positionen zu finden.



Es gebe Fach- und Arbeitsgruppen, Gremien, in die man sich einbringen könne. „Allerdings fällt es neuen Mitgliedern vermutlich etwas schwer, sich hier erst einmal einen Überblick zu verschaffen. Eine unterstützende ‚Navigation‘ wäre hilfreich“, empfiehlt **Jan Fricke**.

UNVERZICHTBAR FÜR ALLE: FORTBILDUNG

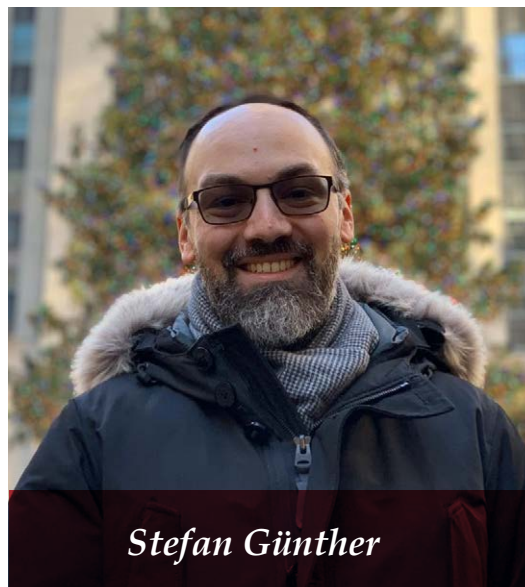
Fortbildungsangebote und Kurse sehen alle drei als wichtig an. Jeder müsse sein Wissen auf dem aktuellen Stand halten. Gerade im Gesundheitswesen passiere so viel, dass Weiterbildung unverzichtbar sei. Angeregt wird die Fokussierung vorrangig auf kaufmännische Themen, differenziert u. a. zwischen den unterschiedlichen Bereichen, etwa den psychiatrischen Kliniken oder somatischen Häusern.

Sinnvoll seien aber auch Angebote zum Training von Softskills, etwa die Simulation zu praktischen Themen aus der Klinik, u. a. der Umgang mit den Medien, das Führen von Personal- sowie Krisengesprächen oder auch Redetrainings, denn Vorträge, Laudationen und Ehrungen gehörten für Führungskräfte mit dazu.

Wobei – auch das wird durchaus gesehen – der VKD nicht unbedingt alles als Verband selbst anbieten könne. Aber eine Art Lotsenfunktion und die Empfehlung bestimmter Angebote wären sicher hilfreich.

WÄRE ES AUFGABE DES VKD, WICHTIGE INFORMATIONEN UND HINTERGRÜNDE FÜR SEINE MITGLIEDER ZU ERSCHLIESSEN UND ZUR VERFÜGUNG ZU STELLEN ODER GIBT ES GENÜGENDE ANDERE INFORMATIONENQUELLEN?

Einen „Informationsoverkill“ möchte niemand. Auch die Landeskrankenhausgesellschaften informierten ja ihre Mitglieder, größere Klinikunternehmen täten das aus ihrer Sicht ebenfalls, vor allem, wenn es um Fachfragen gehe. Der VKD sei aktuell schon eine gute Informationsquelle, aber es gehe eben doch auch noch mehr. Wichtig seien konzentrierte und regelmäßige Informationen, auf Führungskräfte zugeschnittene Reporte, kurze Diskussionspapiere, Aufarbeitung gesundheitspolitischer Themen für Politiker und Vorlagen, um diese Themen auch selbst vor Ort umsetzen zu können.



Stefan Günther

Stefan Günther, 33 Jahre alt, gebürtiger Straubinger, ist Referent des Direktors des Geschäftsbereichs Wirtschaft und Finanzen und Leiter Controlling bei den Medizinischen Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz (medbo) in Regensburg. Er studierte an der Hochschule Regensburg Betriebswirtschaftslehre mit Schwerpunkt Controlling und begann anschließend ein berufs begleitendes Masterstudium im Bereich der Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius. Derzeit beschäftigt er sich berufsbegleitend mit seiner Promotion an der Universität Bayreuth. Neben der Beschäftigung in der medbo ist er zudem als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg tätig und beschäftigt sich dort mit Projekten der Versorgungsforschung. Er ist im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands Mitglied im Fachausschuss für Betriebswirtschaft.

In letzter Zeit arbeitete Stefan Günther vorwiegend an Projekten und in Gremien mit, in denen es um die Einführung der Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) geht. Er hat gemeinsam mit anderen Autoren zahlreiche Artikel publiziert. Zudem ist gerade Deutschlands erstes Praxishandbuch zur PPP-RL im medhochzwei-Verlag erschienen, worin Ramon Krüger und er als Herausgeber zusammen mit 40 weiteren Autoren Rahmenbedingungen, Erfahrungen und Umsetzungshilfen zur Richtlinie schildern.

WAS BEDEUTET KARRIERE? UND IST SIE IN UNTERNEHMEN MIT MEHREREN VERSCHIEDENEN STANDORTEN UND BEREICHEN EINFACHER, WEIL MAN DAS UNTERNEHMEN, DESSEN KULTUR UND VIELE MITARBEITER UND FÜHRUNGSKRÄFTE BEREITS KENNT?

Egal, wie groß und vielfältig es aufgestellt ist – Karriere ist in jedem Unternehmen möglich, meint **Stefan Günther**. Man müsse immer durch sein eigenes Können und den Willen, zu gestalten und sich einzubringen, überzeugen. Das sei die Grundvoraussetzung. Als nicht unwesentlich sieht er aber auch, dass in einem Unternehmen Positionen zum Wachsen vorhanden sind. Wenn alle Positionen besetzt sind, wird es eben schwierig mit der Karriere.

Diese aber ausschließlich als das Streben nach Führungspositionen zu sehen, hält er für zu einseitig betrachtet. „Karriere kann für mich auch bedeuten, dass ich mich als Spezialist etabliere, ohne dabei eine Führungsposition zu übernehmen. Welchen Weg man wählt, hängt von einem selbst ab. Bin ich jemand, der gerne Führungsverantwortung übernimmt? Das ist keine einfache Aufgabe und nicht jeder eignet sich dafür. Das sollte gut überlegt sein.“

Ähnlich denkt auch **Jan Fricke**. Für ihn endet eine erfolgreiche Karriere ebenfalls nicht unbedingt in einer Führungsposition. Vielmehr stehe das Erreichen der eigenen beruflichen Vor-

spielraum sowie die direkte Kommunikation über alle Ebenen.

„Karriere bedeutet, seinen eigenen Weg zu gehen. Das bietet viel mehr Möglichkeiten, Abzweigungen und ja, manchmal auch Umwege zu nehmen, um an das Ziel zu gelangen“, schreibt **Christian Pellehn**. Dabei könne ein Unternehmen mit verschiedenen Standorten und Strukturen sowie Leistungsangeboten dazu beitragen, den Horizont zu erweitern. In einem Unternehmen für längere Zeit zu bleiben, helfe sicherlich, bereits erworbenes Wissen in (Krisen-)situationen besser umzusetzen. „Doch ein Blick nach Links und Rechts der Laufbahn hat auch noch niemandem geschadet.“

GERADE IN GESUNDHEITSUNTERNEHMEN SIND FÜHRUNGSKRÄFTE GESUCHT. PERSONALIA IN FACHZEITSCHRIFTEN UND ONLINE ZEIGEN ZUM TEIL RELATIV SCHNELLE UNTERNEHMENSWECHSEL. WIE WICHTIG IST HEUTE BESTÄNDIGKEIT?

„Heutzutage wird vom Personal generell viel Flexibilität verlangt. Das bezieht sich nicht nur auf Führungskräfte“, gibt **Christian Pellehn** zu bedenken. Wer Führungsverantwortung trage, wisse um den Stellenwert stabiler Teams. Die Voraussetzung dafür: „Die Mitarbeiter müssen sich im Unternehmen wohl- und in ihrer Arbeit wertgeschätzt fühlen. Hochwertige Arbeit ist

„Die besten Führungskräfte überzeugen mich durch ihre Art und ihr Auftreten, nicht durch bloße Worte. Sie müssen authentisch sein und sollten nicht künstlich wirken, sie sollten zuhören können und Ideen der Mitarbeiter einbeziehen. Wichtig ist, dass auch Führungskräfte Fehler eingestehen können.“

Stefan Günther

stellungen im Zentrum. „Es geht darum, seine Potenziale auszuschöpfen, nicht unter seinen Möglichkeiten zu bleiben, die eigenen Aufgaben als spannend zu empfinden und letztlich zufrieden zu sein. Auf die Größe des Unternehmens kann man das nicht beschränken. Große Konzerne haben ebenso wie kleinere oder mittelständische Kliniken Vor- und Nachteile.“ An mittelständischen Häusern gefalle ihm persönlich die Themenvielfalt und der Gestaltungs-

nur in festen, gut qualifizierten Teams möglich.“ Er persönlich würde nur wechseln, wenn ihm ein besonders interessanter Job mit gewissen Handlungsspielräumen angeboten würde und in dem eine gute Atmosphäre sowie ein fairer Umgang mit den Mitarbeitern bestehe.

Stefan Günther räumt ein, er gehöre vom Alter her sicher einer Generation an, die wohl zu häufigeren Unternehmenswechseln neige. Er

“ Der VKD bietet genau das, was es braucht: Junge und erfahrene Kolleginnen und Kollegen aus unterschiedlichen Hierarchieebenen, mit unterschiedlichem Background, aus unterschiedlichen Regionen und Krankenhäusern. In den seltensten Fällen sind wir direkte Konkurrenten und können uns gegenseitig unterstützen. “

Stefan Günther

persönlich sei diesbezüglich allerdings sehr beständig, was aber vor allem dem Arbeitsklima geschuldet sei. „Ich schätze die Möglichkeiten und Freiheiten, die mir mein Arbeitsgeber bietet und fühle mich hier sehr wertgeschätzt. Ich gehe gern zur Arbeit und mein Unternehmen verfolgt Ziele, mit denen ich mich identifizieren kann. Das ist für mich viel mehr wert, als eine schnelle Karriere in einem vielleicht unter Umständen weniger positiven Umfeld.“ Deshalb würde er nur dann einen Wechsel anstreben, wenn die Atmosphäre nicht mehr stimme, er sich nicht mehr wertgeschätzt fühle oder die Ziele des Unternehmens mit seinen Wertvorstellungen nicht mehr übereinstimmten. Private Gründe könnten natürlich auch eine Rolle spielen.

„Häufige Arbeitsplatzwechsel sind heute keine Seltenheit mehr, insbesondere bei hochqualifizierten Fachkräften“, schreibt **Jan Fricke**. „Das kann für das persönliche Fortkommen durchaus hilfreich sein. Insbesondere nach dem Studium sollte man sich ausprobieren dürfen. Allerdings sollte man es nicht übertreiben: Wer zu oft wechselt, nährt Zweifel an seiner Loyalität, Teamfähigkeit und Kompetenz.“ Persönlich würde er einen Unternehmenswechsel in Erwägung ziehen, wenn eine weitere Karrierestufe möglich wäre, aber auch, wenn die Atmosphäre schlecht sei oder wenn seine Vorstellungen mit denen des Unternehmens nicht übereinstimmten.

Allen dreien ist das menschliche Miteinander, sind der soziale Austausch, Kooperationen am Arbeitsplatz, eine gute Unternehmenskultur sehr wichtig. Damit seien alle glücklicher und produktiver. Wenn das fehle, wirke sich das auf das seelische Wohlbefinden aus.

„Sich hinter Aktenbergen zu verstecken ist nicht die Lösung. Ein freundliches Miteinander verbessert maßgeblich die Kommunikation und es gelingt besser, auch Distanzen zu überwinden“, schreibt auch **Christian Pellehn**. „Gute soziale Kontakte ermöglichen Synergien und bedeuten einen Kraftschub.“ Sie wirkten motivierend – ganz unabhängig davon, ob es um den Beruf oder das Privatleben gehe.

„Auch wenn wir alle zum Arbeiten da sind und nicht zum Vergnügen, sollte man doch versuchen, sich gut miteinander zu verstehen. Das soziale Miteinander ist ein wichtiger Punkt im Unternehmen“, resümiert **Stefan Günther**.

ALS MITGLIEDER DES VKD SIND CHRISTIAN PELLEHN, JAN FRICKE UND STEFAN GÜNTHER BEREITS IN FÜHRUNGSPPOSITIONEN ODER AUF DEM WEG DORTHIN. KANN MAN „FÜHRUNG LERNEN“, WELCHE FÜHRUNGSEIGENSCHAFTEN FINDEN SIE WICHTIG?

„Die Fähigkeit, zu führen, ist nicht angeboren“, meint **Jan Fricke**. Daher seien Mentoring, Coaching, Traineeprogramme, Persönlichkeitsentwicklung notwendig und wichtig. „Negative Führungseigenschaften führen zu Problemen und setzen Beziehungen unter Spannung.“ Für ihn sind wichtige Führungsqualitäten u. a. Aufmerksamkeit, Anerkennung und Anregung.

„Die besten Führungskräfte überzeugen mich durch ihre Art und ihr Auftreten, nicht durch bloße Worte“, schreibt **Stefan Günther**. Sie müssten authentisch sein und sollten nicht künstlich wirken, zuhören können und Ideen der Mitarbeiter einbeziehen. Denn idealerweise entwickle man Ideen ohnehin gemeinsam. Wichtig sei, dass sich

auch Führungskräfte Fehler eingestehen könnten. „Fehler zu machen ist menschlich, aber ich muss als Vorgesetzter dann im Team dazu stehen und mich vielleicht auch entschuldigen.“ Allerdings, fügt er mit Augenzwinkern hinzu, sollte sich die Anzahl der Fehler in Grenzen halten. „Ich selbst habe die Erfahrung gemacht, dass ich eine Arbeit lieber übernehme, wenn auch ein Teil meiner Ideen darin enthalten ist.“

Führungseigenschaften wie aktives Zuhören, die Fähigkeit zur Konfliktlösung und Entschlussfreudigkeit sind für **Christian Pellehn** besonders wichtig. Durch Seminare oder Coachings könnten Führungskräfte sich entwickeln und auch Defizite ausgleichen. „Aber die Grundvoraussetzung – führen zu wollen und Mitarbeiter zu motivieren – muss vorhanden sein.“ Für ihn waren Vorgesetzte immer auch Vorbilder. Das zu erreichen, was andere bereits geschafft haben, dabei aber nicht dieselben Fehler zu machen, von positiven Eigenschaften zu lernen, sei für ihn wichtig.

KARRIERE – VERSTANDEN ALS BERUFLICHE LAUFBAHN – IST SICHER NICHT DAS EINZIGE ZIEL IM LEBEN. WELCHE GANZ PERSÖNLICHEN ZIELE SIND WICHTIG?

„Ein Masterplan für das Leben ist bei mir nicht in Stein gemeißelt“, meint **Christian Pellehn**. Jedoch stehe ganz oben auf seiner Liste, den All-

tag etwas zu entschleunigen. Gerade macht er seinen Sportbootführerschein, um auf den Seen und Flüssen des Brandenburger Landes die Natur genießen zu können. Da er in naher Zukunft auch mit dem „Nestbau“ beginnen will, kann man annehmen, dass er das nicht ganz allein für sich plant. Er wolle Wurzeln schlagen.

„*Eine erfolgreiche Karriere mündet nicht unbedingt in eine Führungsposition. Vielmehr steht das Erreichen der eigenen beruflichen Vorstellungen im Zentrum. Es geht darum, seine Potenziale auszuschöpfen, nicht unter seinen Möglichkeiten zu bleiben, die eigenen Aufgaben als spannend zu empfinden und letztlich zufrieden zu sein.*“

Jan Fricke

Stefan Günther verfolgt neben seiner beruflichen Entwicklung privat gerade viele kleinere Ziele und Projekte, die ihm Spaß machen, aber auch herausfordernd sind. „Doch so lange sich Spaß und Herausforderung die Waage halten, ist alles gut“.

Und **Jan Fricke** meint schlicht, im beruflichen Bereich könne er sich vorstellen, mehr Führungsverantwortung zu übernehmen. Privat freue er sich, „wenn alles so bleibt, wie es gerade ist“.

Sie werden unseren Verband in der Zukunft prägen

Junge Führungskräfte und solche, die auf dem Weg in leitende Positionen sind, bringen Neugier, Lust auf Innovationen, frischen Wind in Teams und Kliniken, aber auch in unseren Verband. Sie sind diejenigen, die den VKD in den kommenden Jahrzehnten prägen werden. Sie haben konkrete Vorstellungen von einem guten Arbeitsumfeld und auch davon, was sie vom VKD, ihrem Verband erwarten – dabei realistisch, auf das Machbare fokussiert. Das zeigen die Interviews auf den vorhergehenden Seiten dieser Praxisberichte.

WIE KANN, WIE WILL DER VKD DARAUF REAGIEREN?

In einem ersten Schritt haben wir die Arbeitsgruppe Junger VKD gegründet. Schnell fand sich ein kleines Team von jungen Mitgliedern, das erste Ideen zusammengetragen hat und bereits an deren Umsetzung arbeitet. So ist die AG bereits im Fachausschuss für Betriebswirtschaft und im Fachausschuss für Grundsatzfragen als Gast vertreten.

Nun geht es darum, die Arbeit der AG bekannter zu machen und weitere Mitglieder zu werben, denn gute Ideen kann es nicht genug geben. Dazu fand bereits eine Informations- und Diskussionsveranstaltung der AG Junger VKD statt, in deren Folge sich weitere interessierte junge Mitglieder trafen.

Der Wunsch der Jungen, Arbeits- und Projektgruppen zu gründen, in denen Mitglieder – junge und gestandene – gemeinsam und temporär an ganz spezifischen Themen arbeiten, kann unseren Verband zu seinen Wurzeln, nämlich der verstärkten fachlichen Zusammenarbeit, zurückführen. Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen, hat das bereits aufgegriffen und eine Projektgruppe zum Thema PPP-RL unterstützt. Ramon Krüger, Mitglied der AG Junger VKD, hat zu den

Knackpunkten der Regelung in einem Vortrag im Rahmen unserer diesjährigen Jahrestagung mit großer fachlicher Expertise berichtet.

Die Ergebnisse der fachlichen Bewertungen von Gesetzen, Regelungen durch die Teams in diesen Gruppen und Arbeitsgemeinschaften werden nicht nur für alle Mitglieder des Verbandes nützlich und hilfreich sein. Sie werden auch die Stellungnahmen des VKD gegenüber Politik und Öffentlichkeit nochmals nachdrücklicher und überzeugender gestalten. Den Wunsch der jungen Mitglieder nach kompakten Informationen, die auch vor Ort für Argumentationen genutzt werden können, werden wir aufgreifen.



Autor

Dr. Jens-Uwe Schreck

Geschäftsführer des Verbandes
der Krankenhausdirektoren
Deutschlands (VKD)

GANZ WICHTIG: NETZ- WERKE UND AUSTAUSCH VON ERFAHRUNGEN

Wie überhaupt das Thema Netzwerken wesentlich ist für die Mitglieder des VKD – und ein wichtiger Grund für junge Führungskräfte, Mitglied zu werden. Dabei geht es ihnen auch darum, sich sowohl mit Kolleginnen und Kollegen ihres Alters und in ähnlichen Positionen auszutauschen als auch aus den Erfahrungen der Älteren für ihre eigene Arbeit zu lernen.

Wir alle hoffen natürlich, dass wir bald wieder zu den traditionellen Präsenzveranstaltungen zurückkehren können. Der Austausch untereinander, die Gespräche in den Pausen und an den Abenden fehlen vielen, nicht nur den Jungen.

Ich denke, dass die Arbeit der AG Junger VKD sicherlich auch auf das Interesse der älteren Mitglieder des Verbandes stoßen wird. Eine konstruktive, lebendige Zusammenarbeit mit den etablierten Landes- und Fachgruppen des VKD ist aus meiner Sicht unverzichtbar für die Zukunft des Verbandes. Denn gemeinsam sind wir ... kein bisschen leise!

Neue Arbeitsgruppe zur PPP-RL ist ein Volltreffer

„DIE RICHTLINIE STELLT UNS VOR VÖLLIG NEUE HERAUSFORDERUNGEN MIT HÖCHSTEN RISIKEN FÜR DIE KLINIKEN“

Für alle, die sich in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken mit der Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) beschäftigen und für deren Dokumentation und Abrechnung Verantwortung tragen, ist das ein hartes Brot. Es gibt viele Unsicherheiten und den Druck im Rücken, Fehler zu machen oder einfach eine Erfüllung nicht nachweisen zu können, die dann jeweils Sanktionen für das Haus oder die Abteilung nach sich ziehen. Ramon Krüger und Stefan Günther, beide Mitglieder der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD und der Arbeitsgruppe Junger VKD erkannten das Dilemma und initiierten eine neue Arbeitsgruppe speziell zum Thema PPP-RL – ein Volltreffer!



Ramon Krüger
Leiter Medizincontrolling,
LVR-Klinikum Düsseldorf

hat sich auch die Idee für die Arbeitsgruppe ergeben. „Es gab immer wieder regelrechte Hilferufe von Kolleginnen und Kollegen, Rückfragen zum Buch. Der Wunsch nach Information, Erfahrung und Austausch war enorm. Also warum nicht eine feste Arbeitsgruppe gründen, um die größten Probleme zu erkennen und abgestimmt eine gemeinsame Linie zu finden, wie sie gelöst werden können? Die Erkenntnisse aus der Praxis könnten dann auch der Politik gespiegelt werden, so das gemeinsame Ziel.“ Zustimmung und große Unterstützung für diese gute Idee kam von Holger Höhmann, dem Vorsitzenden der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen des VKD.

Es gibt jede Menge Fragen, ein großes Bedürfnis vieler dafür Verantwortlicher, vor allem in der zweiten Managementebene der Kliniken und Abteilungen, sich auszutauschen. Die Richtlinie enthält viele Regelungen, die sich substantiell von der auf den ersten Blick ähnlichen Logik der Psych-PV u. a. durch eine bisher nicht gekannte Nachweistiefe unterscheiden.

Ramon Krüger und Stefan Günther haben im April diesen Jahres das Praxishandbuch zur PPP-RL herausgegeben und haben sich darüber bereits zu einem frühen Zeitpunkt intensiv mit der Richtlinie und ihren Auswirkungen in der Praxis auseinander gesetzt. Aus dem gemeinsamen Projekt



Stefan Günther
Leiter Controlling,
medbo Regensburg

„Die Richtlinie stellt uns vor völlig neue Herausforderungen mit höchsten Risiken für die Kliniken“, sagt Ramon Krüger. „Sie wird uns noch für Jahre beschäftigen. Deshalb ist ein praxisorientierter Austausch in dieser neuen Arbeitsgruppe so wichtig. Einige Mitglieder unserer AG sind in ihren Häusern Einzelkämpfer bei diesem Thema.“

Die Resonanz auf die AG-Gründung sei überwältigend gewesen. Inzwischen habe sie rund 50 Mitglieder, meist junge Kollegen, aber auch einige erfahrenere Kollegen seien mit dabei. Viele davon sind dem VKD dafür sogar neu beigetreten.

Für die Treffen hat sich das Videoformat als praktisch herausgestellt. Für diese große Gruppe



PPP-RL

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die PPP-RL im September 2019 beschlossen. Sie trat zum 1. Januar vorigen Jahres in Kraft und ersetzte die bis dahin geltende Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Diese setzte wesentlich den Rahmen für die Finanzierung des zur Behandlung notwendigen Personals, während die PPP-RL eine verbindliche Mindestvorgabe für die Personalausstattung beinhaltet. Wegen der Corona-Pandemie hat der G-BA im Oktober 2020 die Richtlinie angepasst, so dass die vorgesehenen Sanktionen erst ab dem 1. Januar 2022 gelten.

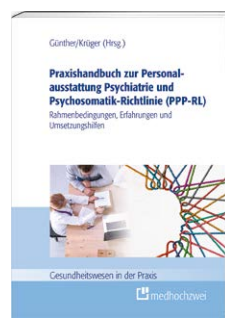
Die PPP-RL verlangt, dass das Personalcontrolling die Ausfallzeiten und den Personaleinsatz sehr genau planen und überwachen muss. Der Dokumentationsaufwand wird damit deutlich höher. Die Nachweise an das IQTIG müssen dabei stations- und monatsbezogen erfolgen – sanktionsbewehrt bei Verspätung oder Nichtlieferung.

Laut Psychiatrie-Barometer 2019/2020 des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) hat etwas weniger als ein Viertel der Kliniken konkrete Pläne, zur Umsetzung der PPP-RL Stellen für die Dokumentation und Administration zu schaffen. Weitere 17 Prozent hielten das zum Zeitpunkt der Umfrage künftig für notwendig, ohne das bereits zu planen. Die Befragung wurde von Januar bis März 2020 durchgeführt. Es beteiligten sich 95 Einrichtungen.

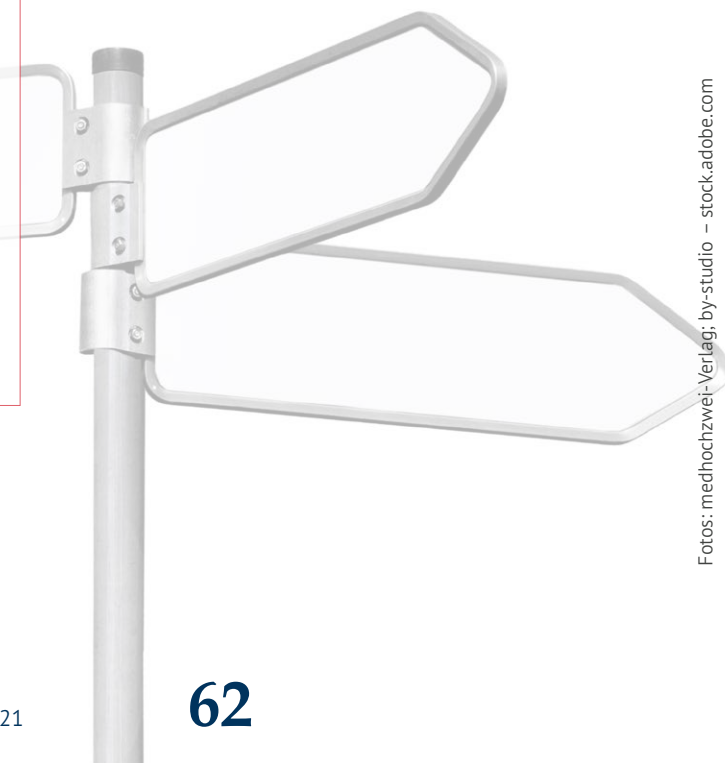
Insgesamt zeigte die Befragung, dass die PPP-RL mehrheitlich von den psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen als Rückschritt in der Versorgung psychisch Kranker und daher kritisch bewertet wurde. Eine Folge der Richtlinie werde sein, dass Personal künftig nicht mehr dort eingesetzt werde, wo es fachlich sinnvoll sei, sondern wo es nachgewiesen werden müsse. Die PPP-RL war im G-BA gegen die Stimmen der Krankenhausbank beschlossen worden.

bietet es sich an, bestimmte Themen anzusprechen, Erfahrungen zu sammeln, Fragen zu stellen, bei denen man allein nicht weiterkommt. Kleinere bilaterale Treffen sind darüber hinaus aber themenbezogen auch möglich.

Die AG PPP-RL hat bereits einen ersten Auftrag aus der AG Entgelt der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen angenommen und soll die größte Herausforderung in der Nachweisführung sowie konkrete Konfliktpunkte und Risiken der Richtlinie benennen und mit Beispielen belegen. Neben der therapeutischen Sicht sind hier maßgeblich die Kaufleute gefragt. Es gehe dabei um völlig neue Verantwortungsbereiche, um Dokumentationspflichten und akribische Nachweise zur Absicherung vor Prüfungen durch den Medizinischen Dienst, um künftig schwerste finanzielle Sanktionen für die Kliniken zu verhindern, aber auch, um die Versorgung psychisch kranker Menschen in einer hohen Qualität zu sichern und weiterzuentwickeln, begründet Ramon Krüger.



Stefan Günther, Ramon Krüger: Praxishandbuch zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL): Rahmenbedingungen, Erfahrungen und Umsetzungshilfen (medhochzwei-Verlag) Taschenbuch



Erfolgsrezepte für künftige Führungskräfte

WICHTIGER BAUSTEIN FÜR KARRIEREN IST EINE ENGE VERNETZUNG VON THEORIE UND PRAXIS IM STUDIUM

Die Gründung des Studiengangs Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen BIG an der damaligen Fachhochschule Osnabrück im Jahr 1980 zeugte von Weitsicht, Engagement und tiefer Kenntnis der Entwicklungen im Gesundheitswesen, speziell bei den Krankenhäusern. Die Überzeugung dahinter: Kliniken benötigen künftig deutlich mehr betriebswirtschaftlichen Sachverstand, als damals vielfach vorhanden war. Inzwischen tragen zahlreiche BIG-Absolventen in den verschiedenen Managementebenen der Krankenhäuser Verantwortung. Eine Erfolgsgeschichte, die inzwischen von einer neuen Generation fortgeschrieben wird. Das Interview mit Prof. Dr. Julia Oswald, Studiengangbeauftragte des Bachelorstudiengangs BIG, über Erfolgskriterien, Praxisnähe, die wichtige Bindung zu den Alumni und die Basis für Karrieren.



— Im Gespräch —

Professor Dr. Julia Oswald
Studiengangbeauftragte des
Bachelorstudiengangs BIG,
Hochschule Osnabrück

SEHR GEEHRTE FRAU PROFESSOR OSWALD, LASSEN SIE UNS BITTE ZUNÄCHST AUF DIE AKTUELLE SITUATION FÜR LEHRKRÄFTE UND STUDIERENDE DES STUDIENGANGS SCHAUEN: WIE IST ES IHNEN ALLEN IN DEN VERGANGENEN PANDEMIE-MONATEN ERGANGEN? WAR EIN GEORDNETER LERBETRIEB ÜBERHAUPT MÖGLICH?

Professor Julia Oswald: Ja, wir haben das alle gemeinsam möglich gemacht – auch wenn es anfangs etwas ruckelte. Die Lehre findet seit März 2020 weitestgehend digital über Zoom statt. Von einem normalen Studienbetrieb kann daher bis heute nicht die Rede sein: Lehrinhalte müssen anders vermittelt werden, Studierende sind mehr auf sich gestellt, was insbesondere für die Erstsemester eine große Herausforderung darstellt. Das Campus-Leben, was ein Studium ja auch

auszeichnet und das Miteinander der Studierenden fördert, findet quasi seit drei Semestern nicht mehr statt. Trotz dieser erschwerten Bedingungen sind die Umfrageergebnisse zum Studium an unserer Hochschule in der Corona-Pandemie positiv, z. B. gab es seitens der Studierenden viel Lob für die gute Krisenkommunikation und Organisation des Lehrbetriebs. Besonders herausfordernd ist hierbei auch die Planung und Durchführung der Prüfungen. Das betrifft die Frage, welche Prüfungen sich im Online-Format anbieten und welche in Präsenz stattfinden müssen. Für die digitale Durchführung bedarf es dann z. B. einer entsprechenden technischen Unterstützung incl. Schulungen. Für Präsenzprüfungen sind zur Einhaltung der Hygienevorschriften ausreichend große Räumlichkeiten mit Möglichkeiten der Ein- und Ausschleusung erforderlich. Die Hochschule hat hier z. B. zur Erweiterung der Raumkapazitäten eine Großdiskothek in Osnabrück angemietet, damit die Klausuren mit dem notwendigen Abstand voneinander geschrieben werden konnten. Es ist schon ein sehr großer Aufwand, der über Wochen geplant werden muss und in den eine Vielzahl von Kollegen der Hochschule involviert sind.

„BIG hat sich in den letzten vier Jahrzehnten zu einer Marke in der Krankenhausbranche entwickelt und das erleichtert den Studierenden den Berufseinstieg und die Karriere.“

Die Praktika in den Krankenhäusern konnten zu Beginn der Pandemie auch nicht stattfinden. Unser Praxissemester im März 2020 mussten wir erstmals aufgrund der besonderen Situation in den Krankenhäusern absagen.

Das ehemalige, 100 Jahre alte Kasernengebäude gehört zum Caprivi-Campus. Hier ist auch der Lernort für Studierende des Studiengangs Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen.



Alles in allem aber waren und sind wir sehr gut aufgestellt. Aktuell geht die Hochschulleitung davon aus, dass der Lehrbetrieb ab dem Wintersemester 2021 wieder in Präsenz stattfinden kann. Und darüber sind alle sehr froh.

DIE BEWÄLTIGUNG DIESER AUSNAHME-SITUATION SPRICHT FÜR DIE HOCHSCHULE UND FÜR DEN STUDIENGANG BIG, DER JA VON BEGINN AN EIN GUTES RENOMMEE HATTE. WAS SIND DIE GRÜNDE DAFÜR? DIE LANGJÄHRIGE ERFAHRUNG? IMMERHIN INZWISCHEN 41 JAHRE.

Professor Julia Oswald: Sicher spielt das eine wichtige Rolle. Vor allem aber sehe ich als Erfolgskriterien unser Konzept mit dem aufbauenden Wechsel von Theorie – Praxis – Theorie – Praxis, die fachliche Expertise der Professoren mit ihrem Praxishintergrund, die dieses Konzept ausfüllen, sowie die Referenten und Dozenten, die uns direkt aus der Praxis heraus unterstützen. Nicht zu vergessen die BIG-Arbeitsgruppe, die von Beginn an mit Herzblut den Studiengang gestaltet und weiterentwickelt, die BIG-Kooperationspartner, die den Praxiseinsatz der Studierenden ermöglichen oder sich auf eine andere Art und Weise für BIG engagieren und

natürlich unsere BIG-Alumni, die den Studiengang weiterempfehlen und unsere Studierenden fördern und beraten – etwa zur Karriereplanung bei BIGger treffen BIGger im Rahmen der Jahresfachtagung. Zu nennen sind schließlich unsere Studierenden selbst, die sich mit ihrem ganz unterschiedlichen schulischen und beruflichen Hintergrund – von der Pflege über Krankenkassen bis hin zu Bank- und Industriekaufleuten – in das Studium einbringen.

BIG IST ALS BWL-STUDIENGANG EINGEBUNDEN IN DAS PROFIL GESUNDHEIT UND SOZIALES DER FAKULTÄT WISO DER HOCHSCHULE. WÜRDEN SIE SAGEN, DASS DIES EIN ALLEINSTELLUNGSMERKMAL IST?

Professor Julia Oswald: Ich denke, das ist es. Mit Ausnahme der Medizin deckt das Profil die gesamte Bandbreite an Studiengängen im Gesundheitswesen ab. Das ermöglicht ein übergreifendes Arbeiten und damit viele Synergieeffekte, von denen alle Studiengänge profitieren. Diese differenzierten Strukturen, in die BIG als BWL-Studiengang eingebettet ist und deren Entwicklung letztlich von BIG vor rund vierzig Jahren ausging und bei den anderen gesund-



Die Hochschule Osnabrück verfügt über vier Campusse. Sie alle vermitteln den Studierenden die Atmosphäre eines angenehm vertrauten und einladenden Lehr- und Lernortes.

heitsbezogenen Studiengängen der Hochschule fortgeführt wurde (z. B. Pflegemanagement und -wissenschaft, Informatik, Ergotherapie, Midwifery u. a.), gibt es bisher nirgends in Deutschland.

„Mit Ausnahme der Medizin deckt das Profil die gesamte Bandbreite an Studiengängen im Gesundheitswesen ab. Das ermöglicht ein übergreifendes Arbeiten und damit viele Synergieeffekte, von denen alle Studiengänge profitieren.“

Aufgrund dieser Entwicklung können wir bei BIG auf Professoren mit den unterschiedlichsten Expertisen zurückgreifen – sowohl in Bezug auf die klassische BWL als auch im Hinblick auf branchenspezifische Schwerpunkte. Allein im Profil Gesundheit und Soziales unserer Fakultät gibt es gegenwärtig rund 20 Denominationen für die Professorinnen und Professoren. Diese Expertise sichert uns die Umsetzung des BIG-Konzepts ab. Und diese differenzierte Struktur ermöglicht dann auch die Vernetzung mit der Praxis bei nicht BIG-spezifischen Fragen, etwa für Projekte mit den Pflegewissenschaftlern.

IST DIE DIGITALISIERUNG AUCH THEMA?

Professor Julia Oswald: Das ist natürlich gerade das Thema schlechthin. Die Fakultät kann dafür zwei neue Digitalisierungsprofessuren besetzen, von denen auch das Lehrprogramm von BIG profitieren wird.

WIE WICHTIG IST ES FÜR DEN WEITEREN BERUFLICHEN WEG DER BIG-ABSOLVENTEN, GERADE HIER STUDIERT ZU HABEN?

Professor Julia Oswald: Ich denke, dass es auf jeden Fall sehr hilfreich ist. BIG hat sich in den letzten vier Jahrzehnten zu einer Marke in der Krankenhausbranche entwickelt und das erleichtert den Studierenden natürlich den Berufseinstieg und die Karriere. Insbesondere das Praxisprojekt als fester Bestandteil des Programms wird von den Praktikern geschätzt. Nicht selten ergibt sich daraus eine weitere Zusammenarbeit in Form einer Bachelorarbeit und einem Jobangebot.

MAN KENNT SICH UND KANN SICH SCHON GUT EINSCHÄTZEN.

Professor Julia Oswald: Die beste Möglichkeit. Wir stellen auch immer wieder fest, dass ehemalige BIGger gern unsere BIG-Absolventen einstellen, weil sie die Ausbildung hier sehr wertschätzen.

GIBT ES FÜR DIE STUDIERENDEN ANGEBOTE FÜR IHREN BERUFSSTART?

Professor Julia Oswald: Wir bieten ihnen z. B. eine interne Stellenbörse. Über einen Verteiler werden Studierende und interessierte Alumni regelmäßig über Stellenangebote informiert, die uns Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen mit der Bitte um Veröffentlichung zur Verfügung stellen.

KÖNNEN SIE EIGENTLICH DIE KARRIEREN IHRER STUDIERENDEN NACHVOLLZIEHEN? WISSEN SIE IM GROSSEN UND GANZEN, WAS AUS IHNEN IN DER PRAXIS WIRD?

Professor Julia Oswald: Über ein Absolventenverzeichnis, das regelmäßig aktualisiert wird, gewinnen wir hier Einblicke. Es gibt Xing u. a.



BIG – die Zeichen der Zeit schon früh erkannt

Der Bachelorstudiengang Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen, kurz BIG, wurde im Jahr 1980 an der Hochschule Osnabrück in enger Kooperation mit den Krankenhäusern gegründet. Es war der erste betriebswirtschaftliche Studiengang in Deutschland, der sich auf Gesundheits- und Krankenhauswirtschaft spezialisierte. Künftige Entwicklungen im Gesundheitswesen wurden damit nicht nur vorausgesehen, sondern geprägt. Vor allem zunächst Krankenhäuser wurden als Unternehmen betrachtet, für die spezielle betriebswirtschaftliche Expertise notwendig war.

Von Beginn an war ein prägendes Merkmal des damaligen Diplomstudiengangs die enge Verbindung zur Praxis. Über die Jahre wurde ein Netzwerk von rund 300 Kooperationspartnern geknüpft. Rund 1.600 Absolventen verließen inzwischen die Hochschule in Richtung Praxis. Viele von diesen Alumni fühlen sich nach wie vor eng mit dem Studiengang verbunden. Die Studierenden schätzen den hohen Praxisanteil, die kleinen Studiengruppen und den direkten Kontakt zu den Lehrenden.

Krankenhausmanagementlehre gilt bis heute als Wegweiser für die Praxis, erklärt Prof. Dr. Julia Oswald, Studiengangbeauftragte des Bachelorstudiengangs BIG. „Wir wollen Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen als Unternehmen verstehen und führen.“

digitale Plattformen ... und natürlich auch der Austausch bei der Jahresfachtagung mit den Alumni zeigt uns, wie Karrieren verlaufen. Dann erleben wir, dass Absolventen sich nach einigen Jahren Berufserfahrung und erfolgreicher Karriere „zurückmelden“ und uns ihre BIG-Unterstützung anbieten.

WIE IST DER TYPISCHE WERDEGANG?

Professor Julia Oswald: Es gibt verschiedene Karrierewege. Einige Studierende entscheiden sich für unseren weiterführenden Vollzeit-Master-Studiengang Management in der Gesundheitsversorgung (MIG) oder den berufsbegleitenden Master Health Management (MBA) hier in Osnabrück oder für einen Master an einer anderen Hochschule oder Universität, z. B. in Essen, Bayreuth oder Bielefeld. Andere Studierende starten

direkt mit dem Berufsleben – entweder als Trainee in einem Krankenhauskonzern oder als Mitarbeiter in der Verwaltung von Krankenhäusern oder anderen stationären Einrichtungen, aber auch bei Beratungsunternehmen, Krankenkassen, Verbänden oder Pharmaunternehmen. Meist geht es zunächst um gehobene Sacharbeitspositionen, vor allem im Rechnungswesen und Controlling. Zunehmend gibt es Stellenangebote im Personalcontrolling, aber auch im Einkauf und im Qualitätsmanagement von Krankenhäusern. Stellen als Assistenten oder Referenten der Geschäftsführung sind ebenfalls dabei.

Der nächste Karriereschritt kann dann die Abteilungsleitung sein gefolgt von der kaufmännischen Leitung oder Verwaltungsleitung einer Gesundheitseinrichtung. Für Geschäftsführungspositionen wird in der Regel ein Masterabschluss vorausgesetzt.

**„Unsere Alumni sind der Erfolg!
Sie sind es sowohl für die Hochschule,
weil sie BIG weiterempfehlen und
die Studierenden unterstützen, als
auch in der Praxis danach.“**

Eine ganze Reihe unserer Absolventen ist inzwischen im oberen Management von Krankenhäusern oder in Führungspositionen von Krankenkassen, Verbänden und anderen Gesundheitseinrichtungen zu finden. Um nur einige zu nennen: Jens Schick, Mitglied des Sana-Vorstands, André Sonntag, Vorsitzender der Geschäftsführung des Stiftungsklinikums PROSELIS gGmbH, Martin Menger, Vorsitzender der Geschäftsführung der Kliniken Frankfurt-Main-Taunus GmbH, Michael Wermker, Vorstand/Geschäftsführer der Valeo-Kliniken GmbH, Dr. Anneke Riehl, Zentrumsleitung Krankenhaus und Reha, BARMER Berlin, Uwe Borchmann, Geschäftsführer der Landeskrankenhausesgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern, Jens Busmann, Generalsekretär des Verbandes der Universitätsklinika Deutschland.

Eine wissenschaftliche Laufbahn im Anschluss an den Master ist natürlich auch möglich.

**TRAGEN DIE ALUMNI ZUM ERFOLG
DES STUDIENGANGS BEI – WENN JA,
IN WELCHER FORM?**

Professor Julia Oswald: Unsere Alumni sind der Erfolg! Sie sind es sowohl für die Hochschule, weil sie BIG weiterempfehlen und die Studierenden unterstützen, als auch in der Praxis danach. Sie sind der beste Beweis dafür, dass wir mit unserem Konzept richtig liegen.

Das große BIG-Netzwerk macht es möglich, dass wir u. a. in jedem Jahr rund 80 Studierenden einen Praxisprojektplatz anbieten können. Wir gewinnen über das Netzwerk zudem externe Referenten und Dozenten.

Für die Alumni ist das Netzwerk wiederum wertvoll, weil es den fachlichen Austausch untereinander im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit sehr unkompliziert ermöglicht – wovon ja letztlich dann die Einrichtung profitiert. Und natürlich werden Stellenangebote innerhalb des Netzwerks weitergegeben oder ganz direkt auf

dem alljährlich stattfindenden „Klassentreffen“ im Anschluss an die Jahresfachtagung.

**WIE NEHMEN SIE DIE ENTWICKLUNG DER
BIG-STUDIERENDEN IN DEN VERGANGENEN
JAHREN WAHR? HAT SICH DA ETWAS
VERÄNDERT?**

Professor Julia Oswald: Die Studierenden sind aufgrund der G-8-Reform in vielen Bundesländern zum Teil deutlich jünger als früher. Das macht eine engmaschigere Betreuung notwendig – auch in Bezug auf den Übergang ins Berufsleben. Hatten die ersten BIGger ihren Arbeitsvertrag schon vor Abschluss in der Tasche, ist das heute nicht mehr so. Das Stellenangebot für unsere Studierenden ist zwar weiterhin sehr gut. Es wird jedoch mehr Flexibilität und Mobilität erwartet, was nicht immer zu den Plänen der Absolventen passt. Ich erlebe einige unsere Studierenden als sehr heimatverbunden, Familie und Freunde sind sehr wichtig. Andere wiederum ergreifen die Möglichkeit, neue Städte oder gar Länder kennenzulernen. Hierbei unterstützen unsere Angebote zum Studium im Ausland. Auch das Thema nachhaltige Unternehmensführung wird zunehmend interessiert verfolgt und z. B. in Abschlussarbeiten bearbeitet.

**INZWISCHEN BIETET EINE REIHE VON
KLINIKUNTERNEHMEN TRAINEE-
PROGRAMME FÜR KÜNFTIGE FÜHRUNGS-
KRÄFTE AN. IST DAS FÜR DIE
TEILNEHMER POSITIV ODER FÜR EINE
KARRIERE EHER ZU EINSEITIG PRÄGEN-
D AUF DAS JEWEILIGE UNTERNEHMEN
ZUGESCHNITTEN?**

Professor Julia Oswald: Grundsätzlich finde ich den Berufseinstieg über ein Traineeprogramm sehr sinnvoll. Die Programme bieten Orientierung und unterstützen den Absolventen über einen strukturierten Ablauf und eine engmaschige Betreuung dabei, Gelerntes in der Praxis anzuwenden und sich weiterzuentwickeln – optimalerweise zu einer Führungskraft. Ich halte es auch nicht für zu einseitig, weil Krankenhäuser äußerst komplexe Unternehmen sind. Es gibt viele verschiedene Funktionsbereiche, die die Einsteiger über ein Rotationsverfahren kennenlernen können. Am Ende können sie dann besser ihre Interessensgebiete einschätzen und diesen dann gegebenenfalls sogar über eine langfristige Einstellung in dem Unternehmen nachgehen.

EIN THEMA WÜRDTE ICH GERN NOCH ANSCHNEIDEN: ES GAB UND GIBT IMMER AUCH ERFOLGREICHE FRAUEN IM KRANKENHAUSMANAGEMENT. MÄNNER SIND DENNOCH IN DER MEHRZAHL. HIER SCHEINT SICH ÜBER DIE JAHRE NICHT VIEL GEÄNDERT ZU HABEN. WIE IST DAS VERHÄLTNISS MÄNNER ZU FRAUEN IN DEN STUDIENJAHRGÄNGEN? UND WAS ÄNDERT SICH GEGEBENENFALLS DANN IN DER PRAXIS?

Professor Julia Oswald: Im BIG-Studiengang ist der Frauenanteil der Studierenden mit rund 70 Prozent im Vergleich zu klassischen betriebswirtschaftlichen Studiengängen mit rund 50 Prozent recht hoch. Verhältnismäßig wenige Absolventinnen nehmen dann jedoch

wie die Arbeitsbedingungen in einem Unternehmen, auf die Frauen aber auch Männer treffen.

Fürs erste förderlich können schließlich politische Initiativen und gesetzliche Regelungen sein, um einen gleichberechtigten Einstieg in Führungspositionen zu erleichtern – etwa Quotenregelungen. Positiv ist, dass traditionelle Denkmuster mehr und mehr verschwinden – auch weil es tolle Vorbilder gibt. Eine ganze Reihe von Krankenhausunternehmen wird mittlerweile von sehr anerkannten Geschäftsführerinnen geleitet.

PLANEN MEHR MÄNNER ALS FRAUEN IHRE KARRIERE VIELLEICHT AUCH STRINGENTER?

Professor Julia Oswald: Generell sehe ich hier durchaus unterschiedliche Entwürfe. So planen Frauen häufig ihr Leben nach dem Studium mit

“*Eine ganze Reihe unserer Absolventen ist inzwischen im oberen Management von Krankenhäusern oder in Führungspositionen von Krankenkassen, Verbänden und anderen Gesundheitseinrichtungen zu finden.*”

in der Praxis eine Führungsposition wahr. Unsere Beobachtung deckt sich mit aktuellen Studienergebnissen zur Präsenz von Frauen in Führungspositionen von Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen (PWC 2020): Sind es auf der mittleren Führungsebene noch fast 50 Prozent, liegt der Frauenanteil auf der oberen Führungsebene nur noch bei rund 30 Prozent mit großen regionalen Unterschieden. Weil wir aber insgesamt das Karrieredefizit sehen, legen wir bei BIG Wert darauf, individuelle Karriereberatung für Frauen anzubieten.

WENN FRAUEN TATSÄCHLICH KARRIERE MACHEN WOLLEN, KÖNNEN SIE HEUTZUTAGE JA NICHT GRUNDSÄTZLICH DARAN GEHINDERT WERDEN. ABER DIE FAMILIENGRÜNDUNG KÖNNTE URSPRÜNGLICHE AMBITIONEN ÄNDERN.

Professor Julia Oswald: Ja, sie kann eine angestrebte Karriere unterbrechen und Schwerpunkte der Karriere- und Lebensplanung verändern. Es sind viele Faktoren, die darauf einwirken – die persönliche Einstellung einer Frau zu Familie und Beruf sowie die Organisation von Familie und Partnerschaft sind ebenso entscheidend



VKD fördert Auslandserfahrungen und Abschlussarbeiten

Der VKD fördert das „BIG-Stipendium – „Management und Ausland“ durch eine Zustiftung an die Stiftung für angewandte Wissenschaften Osnabrück. Antragsberechtigt sind Studierende, die im Studienprogramm Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen der Hochschule Osnabrück (BIG) studieren oder dieses erfolgreich abgeschlossen haben und in konsekutiven Masterstudienprogrammen der Hochschule Osnabrück eingeschrieben sind. Gefördert werden Leistungen, die thematisch Management und zudem Internationalisierung im Gesundheitswesen abdecken. Ziel ist, dass die Studierenden durch das Projekt einen Zuwachs ihrer Managementqualifikation für den Krankenhausbereich erfahren.

Zusätzlich zum VKD-Stipendium gibt es den VKD-Award der Landesgruppe Niedersachsen, der einmal im Jahr an herausragende Bachelorarbeiten vergeben wird.



BIG-Jahresfachtagung 2019

Blick auf den Berufseinstieg, Familie, Freundeskreis und Lebensmittelpunkt als eine zu entwickelnde Einheit.

Männer planen dagegen eher berufs- und karriereorientiert und verknüpfen das weniger mit der zu gestaltenden Lebenswirklichkeit insgesamt. So orientieren sie sich mit Blick auf ihre beruflichen Perspektiven – etwa eine Geschäftsführung – daran, welcher Berufseinstieg und welche darauffolgenden Etappen dafür notwendig und am zielführendsten sind.

ERKENNEN SIE EIGENTLICH – NACH IHREN JAHREN IN DER AUSBILDUNG VON BIG-STUDENTEN – WER DAS ZEUG FÜR FÜHRUNGSPPOSITIONEN HAT?

Professor Julia Oswald: Ja, man erkennt durchaus schon im Studium, wer Karriere machen will – aber auch diejenigen, die es eigentlich gar nicht wollen. Überraschungen sind eher selten.

WELCHE FÜHRUNGSEIGENSCHAFTEN HALTEN SIE FÜR BESONDERS WICHTIG – UND WELCHE WERDEN KÜNFTIG VERSTÄRKT WICHTIG SEIN?

Professor Julia Oswald: Wichtig sind heute und zukünftig vor allem fachlich-sachliche Kompetenz und Souveränität. Führungskräfte sollten glaubwürdig und für ihre Mitarbeiter einschätzbar sein, ihnen Orientierung geben können und eine klare Haltung haben, damit ihnen die Mitarbeiter vertrauen – selbst in schwierigen Situationen. Das setzt die Fähigkeit zur Selbstreflexion voraus und damit auch den Willen, die eigenen Kompetenzen weiterzuentwickeln.

FRAU PROFESSOR OSWALD, HERZLICHEN DANK FÜR DAS GESPRÄCH.



Komplexes Entwicklungsprogramm für den Managernachwuchs

HELIOS TRAINEEPROGRAMME FÖRDERN AUCH AUSTAUSCH ÜBER FACHBEREICHE HINWEG

Bereits seit über 15 Jahren setzt Helios auf die Entwicklung des Führungskräftenachwuchses aus den eigenen Reihen, unter anderem mit Hilfe der verschiedenen Traineeprogramme. In diesem Rahmen lernen Hochschulabsolventen ihr zukünftiges Arbeitsfeld von der Pike auf kennen.

Ob Klinik-, Personal- oder Pflegemanagement, Finanzen/Controlling, Einkauf oder IT – in den Helios Traineeprogrammen erfahren die Teilnehmer in 24 Monaten ein komplexes Entwicklungsprogramm und erhalten so umfassende Einblicke in die Strukturen und Abläufe eines Krankenhauses und in den Alltag der sie ausbildenden Führungskräfte. Über die Jahre kamen einige Schwerpunkte hinzu und auch die Veränderungen im Unternehmen selbst spiegeln sich in den Programmen: So wird zum Beispiel der Fachbereich Medizintechnik sowie seit einem Jahr auch der neue Schwerpunkt „Technische Leitung“ gemeinsam mit den Kollegen der Helios-Schwester VAMED ausgebildet.

„GEMEINSAM IN FÜHRUNG“

Die Idee dahinter: „Gemeinsam“ in die Führungsrolle wachsen. Wenn Pflege- und Managementtrainees gemeinsam mit den Personaltrainees lernen und arbeiten und den Klinikalltag erleben, ergeben sich ganz andere Blickwinkel und Gesprächsgrundlagen und somit ein tieferes Verständnis für die Perspektive des jeweils anderen. Auch das gemeinsame Besuchen der speziell für die Bedürfnisse der Programmteilnehmer konzipierten Seminare oder die Projektarbeit fördert den Wissensaustausch über die Fachbereiche hinweg. Davon kann eine Klinik in ihrer Komplexität nur profitieren.

Und wohin auch immer die Karriere die Einzelnen führt – das so entstandene Netzwerk bleibt auch über Programme oder Arbeitsverhältnisse hinweg bestehen. Der kollegiale fachliche Austausch und erst recht die gewachsenen Freundschaften sind oft über die Jahre und Arbeitgeber hinaus stabil. Ein Konzept, das eigentlich die ge-

samte Branche stärkt. Und weil die geknüpften Bande stark sind, findet auch der eine oder die andere den Weg nach kurzem Ausstieg wieder zurück zu Helios. Wenn jemand sich für einen Weg außerhalb von Helios entscheidet, Erfahrungen in anderen Trägerschaften gesammelt hat und dann die Karriere im Unternehmen Helios fortsetzt, ist das doch ein Gewinn!

Über 200 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen haben bisher die verschiedenen Traineeprogramme erfolgreich beendet, mehr als 40 sind aktuell in Ausbildung – ca. 40 Prozent davon im Schwerpunkt Klinikmanagement. Ein Zeichen dafür, dass trotz aller aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen der Bedarf sowie das Interesse am Programm stabil geblieben ist.

WIE WIRD AUSGEBILDET?

Die Ausbildung innerhalb des Programmes ist sicher herausfordernd: In drei- bis siebenmonatigen Einsätzen lernen die Trainees den Klinikalltag an der Seite einer Führungskraft (im Management speziell Klinikgeschäftsführer) an verschiedenen Standorten in Deutschland kennen. Das Ziel hier ist, die Unternehmensstruktur und die unterschiedlichen Geschäftsbereiche kennen zu lernen – von Fachklinik über Regelin zu Maximalversorger, von Schleswig nach München oder Aue im Erzgebirge. Flexibilität und Offenheit sind hier wichtige Voraussetzungen. Dafür erlebt man in kürzester Zeit, wofür andere einige Jahre brauchen – den Charme verschiedener Kulturen in den Regionen, unterschiedliche Führungsstile in den Kliniken, die Herausforderungen der einzelnen Fachbereiche auf dem Land und/oder in der Stadt und so weiter ...

Um standortübergreifend inhaltlich einheitlich auszubilden, orientieren sich Ausbilder und Trainees an schwerpunktspezifischen Kompetenzprofilen und definierten Lernzielen.

Allein gelassen sind die Trainees in dieser Zeit nicht. Speziell von der Regionalgeschäftsführung ausgewählte Ausbilder werden durch eigens konzipierte Seminar-Module für die Zielgruppe „Nachwuchsführungskraft“ qualifiziert, damit die Ausbildung über das gesamte Unternehmen hinweg hochwertig und zielgerichtet nach Unternehmenswerten und mit einem klaren Ausbildungsauftrag stattfindet. Hier liegt der Fokus vor allen Dingen auf einer wertschätzen-

„ Wenn Pflege- und Managementtrainees gemeinsam mit den Personaltrainees lernen und arbeiten und den Klinikalltag erleben, ergeben sich ganz andere Blickwinkel und somit ein tieferes Verständnis für die Perspektive des jeweils anderen. “

den Feedbackkultur. Der regelmäßige Austausch zum Entwicklungsstand der Trainees ist essentiell für eine stetig steile Lernkurve der Kandidaten. Zentral wird dies gestützt durch den engen Kontakt von Ausbilder und Trainee zum Talentmanagement. Ich führe ergänzend regelmäßig Reflexionsgespräche mit den Kandidaten und begleite in manchmal auch herausfordernden Lernsituationen. Oftmals hilft ein offenes Ohr oder das gemeinsame Hinterfragen vom Erlebten, um einen Knoten zu lösen.

Die Helios Kliniken

Helios ist Europas führender privater Krankenhausbetreiber mit rund 120.000 Mitarbeitern. Zum Unternehmen gehören unter dem Dach der Holding Helios Health die Helios Kliniken in Deutschland und Quirónsalud in Spanien. Rund 20 Millionen Patienten entscheiden sich jährlich für eine medizinische Behandlung bei Helios. In Deutschland verfügt Helios über 89 Kliniken, rund 130 Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und sechs Präventionszentren. Jährlich werden in Deutschland rund 5,2 Millionen Patienten behandelt, davon 4,1 Millionen ambulant. Helios beschäftigt in Deutschland 73.000 Mitarbeiter und erwirtschaftete 2020 einen Umsatz von 6,3 Milliarden Euro. Helios ist Partner des Kliniknetzwerks „Wir für Gesundheit“. Helios gehört zum Gesundheitskonzern Fresenius.

Das Lernen in einer solchen Situation lässt sich auf „das große Ganze“ übertragen: Alle Beteiligten müssen in einem offenen und ehrlichen Austausch die gegenseitigen Erwartungen klären. Mit Vertrauen, Offenheit, Transparenz und klaren Erwartungen können alle die kommenden Herausforderungen bewältigen. Dies lernen die Trainees von Tag eins an: Sich immer wieder neu zu orientieren, sich in Teams einzufinden und auch im nächsten Ausbilder und Vorgesetzten einen Mentor zu finden – oder sich hier vielleicht auch mal „zusammenzuraufen“, das schult fürs Leben und für die angestrebte Rolle als Führungskraft. Und niemand kann sagen, wie sich diese Rolle in den nächsten Jahren verändern wird oder welche Anforderungen dann auf die führenden Köpfe zukommen werden ...



Autorin

Maria Seidel

Referentin Talentmanagement,
Koordinatorin der Trainee- und
Assistentenprogramme

FAZIT

Wer sich dem stellt, der kann alles erreichen. Wir sind stolz, dass in den letzten Jahren bis zu 80 Prozent der Absolventen den Weg bei Helios fortsetzen, sei es im anschließenden Assistentenprogramm oder in einer ersten Position mit Führungsverantwortung. Über die Jahre hinweg werden Führungspositionen von Programmteilnehmern besetzt. Ein Beispiel ist Tobias Grundmann. Nach dem Studium der Gesundheitswissenschaften und drei Jahren in den Ausbildungsprogrammen als Trainee und Assistent der Klinikgeschäftsführung übernahm er die Leitung der Helios Klinik Rottweil. Er konstatiert: „Die sehr intensiven und abwechslungsreichen Jahre als Trainee bei Helios haben mich umfassend auf meine herausfordernde Aufgabe vorbereitet! Jedoch lerne ich auch jetzt noch jeden Tag dazu und spüre, wie komplex das Gesundheitswesen ist – was aber definitiv den Reiz der Arbeit ausmacht!“

„Das so entstandene Netzwerk bleibt auch über Programme oder Arbeitsverhältnisse hinweg bestehen.“



Assistenzärzte in Ausbildung zum Facharzt für Pathologie im Helios Klinikum Emil von Behring in Berlin



Die Jungen und wir Älteren – ein Kommentar

DEN VERBANDSNACHWUCHS ZU FÖRDERN
SICHERT DIE LEBENDIGE ZUKUNFT DES VKD

„Nur ein starker Verband kann sich für Sie stark machen“ – das ist unser Motto. Ein starker Verband ist ein lebendiger Verband, in dem sich jüngere und ältere Mitglieder engagieren, miteinander an Projekten arbeiten, Netzwerke pflegen, sich im Sinne der Krankenhäuser, der psychiatrischen Kliniken, Rehakliniken und Pflegeheime um Verbesserungen bemühen. Jüngere Mitglieder bringen frischen Wind, ältere ihre Erfahrungen und alle gemeinsam ihr Wissen ein. Besser kann es eigentlich nicht sein.

Utopie? Weil wir alle mehr als genug damit zu tun haben, unsere Einrichtungen fit zu halten, durch schwierige Zeiten zu steuern und weiterzuentwickeln? Weil für ehrenamt-



Autor

Holger Höhmann

Vorsitzender der Fachgruppe
Psychiatrische Einrichtungen
des VKD

Stabsstelle Dezernatsleitung
Landschaftsverband Rheinland,
Dezernat Klinikverbund
und Verbund
Heilpädagogischer Hilfen

liche Tätigkeit oft die Kraft nicht mehr reicht? Daran ist viel Wahres. Es erkennt aber, dass es in unserem Verband immer um ein Engagement geht, das im besten Fall vielen Einrichtungen nützt. Dass Erfahrungsaustausch, Fortbildung, die Pflege beruflicher Netzwerke auch den Beteiligten ganz persönlich wichtige Erkenntnisse liefert, Wissen vermittelt und damit jedem auch den Rücken stärken kann. Es ist also keine verschwendete Zeit.

Die Förderung junger Kolleginnen und Kollegen – nicht nur in der ersten Managementebene – war immer mein ganz persönliches Anliegen. Denn ein gutes Ergebnis im Sinne der Patientinnen und Patienten setzt voraus, dass die Menschen, die in

Krankenhäusern arbeiten, gut ausgebildet sind und von ihrer inneren Haltung her die Patientenorientierung leben können. Um eine qualifizierte Ausbildung auf akademischem Niveau zu gewährleisten, gelang es mir, eine Kooperation mit der Universität Salzburg und deren Business School, der Salzburg Management Business School, ins Leben zu rufen – eine Chance der Qualifikation für Kolleg*innen, aber auch für Nachwuchskräfte, sich berufsbegleitend für obere Leitungsebenen zu qualifizieren. Ich selbst bin auch mit gutem Beispiel vorangegangen und darf es heute sagen: Noch im Alter von 60 konnte ich nach entsprechenden Studien den MBA an der Universität Salzburg absolvieren. Seit vielen Jahren unterrichte ich im MBA Studium der Uni Salzburg in den Fächern Qualitätsmanagement und Ethik und werde demnächst auch Vorlesungen an der Technischen Universität Troyes (Frankreich) halten.

In unserer Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen tauschen wir uns immer wieder zu schwierigen neuen gesetzlichen Regelungen aus, analysieren die Folgen, spiegeln unsere Erkenntnisse in unsere Gruppe hinein und bringen sie in Stellungnahmen gegenüber der Politik zum Ausdruck. Gerade haben jüngere Mitglieder die AG PPP-RL gegründet, weil es zu der neuen Personalregelung für die Psychiatrie sehr viele Fragezeichen gibt. Spontan schlossen sich sehr schnell rund 50 Interessenten an. Ich unterstütze das sehr.

Der VKD fördert insbesondere die Arbeitsgruppe Junger VKD, deren Mitglieder ihre Vorstellungen von einer lebendigen Verbandsarbeit mitteilen und sich selbst mit Ideen und ganz praktischer Arbeit einbringen. Das müssen wir als Verband verstärken. Wir erleben gerade, wie sich die jüngeren Mitglieder in unsere Arbeit einbringen. Haben doch gerade zwei von ihnen zu der schwierigen Materie der PPP-RL ein vielbeachtetes Buch herausgebracht. Mitglieder wie sie sind die Zukunft des VKD.

Vielleicht hat der eine oder andere der Älteren im Verband so seine Vorbehalte, weil nicht jeder der Jungen schon ganz oben in der Geschäftsführung angekommen ist. Das kann ich nachvollziehen, halte es aber dennoch für eine etwas kurzsichtige Vorstellung, denn viele der Jungen werden uns in den Geschäftsführungen über kurz oder lang nachfolgen.

Unser Verband besteht jetzt seit 118 Jahren. Er konnte nur deshalb eine so lange Zeit im Sinne der Krankenhäuser Wirkung entfalten, weil es immer engagierte Mitglieder gab, die dafür gesorgt haben – jüngere, ältere und natürlich auch eine ganze Reihe von Ruheständlern. Es kommt auf das gemeinsame Engagement an. Dafür ist niemand zu jung und niemand zu alt.

A hand holds a glowing lightbulb, symbolizing an idea or innovation. A digital network of white dots and lines is superimposed over the lightbulb, extending upwards. The background is a blurred image of people in a meeting, suggesting a collaborative environment.

KRISENZEITEN: IMPULSE FÜR INNOVATIONEN UND ZUKUNFTSVORHABEN

**Zukunftsprojekte
High-Tech-Medizin
Digitalisierung
Forschung und Wissenschaft**



Impulse für Innovationen

DIE ZUKUNFT VERZEIHT STILLSTAND NICHT

Seit mehr als anderthalb Jahren gibt es ein die ganze Gesellschaft beherrschendes Thema – in den Nachrichten, am Arbeitsplatz, in den Schulen, den Familien – selbst jetzt, im Sommer, mit kaum noch messbaren Inzidenzen, mit voranschreitenden Impfungen, den zahlreichen Lockerungen. Und von fern droht schon eine vierte Welle. Gleichzeitig stehen die Krankenhäuser erneut immer wieder im Fokus von Krankenkassen, Rechnungshof, bekannten Gesundheitsexperten und Medien, die an verschiedenen Stellen Fehlverhalten entdeckt zu haben glauben und mehr Transparenz fordern. Transparenz, die längst vorhanden ist. Mal wird geklatscht, mal wird angeklagt. Gibt es auch etwas dazwischen? Ja, es ist das ganz normale Leben und Agieren der Krankenhäuser. Es war schon immer und ist aktuell natürlich schwierig genug. Das hat aber in den Pandemiemonaten die Krankenhäuser und Reha-Kliniken nicht daran gehindert, Zukunftsprojekte anzugehen.

Wenn es im aktuellen Interview mit Dr. Josef Düllings in den Praxisberichten des vorigen Jahres hieß: „Corona ist das große Thema, aber darunter schwelen die Brandherde weiter“ dann ist das auch heute noch richtig. Doch wahr ist auch, dass Corona durchaus nicht alles überlagert, was in den Krankenhäusern geschieht. Auch wenn zum Beispiel manche Eröffnung verschoben oder in kleinstem Rahmen begangen wurde – es gab selten Stillstand, weil die Zukunft Stillstand eben auch nicht verzeiht. Die Zeiten für die Kliniken werden nach der Pandemie nicht einfacher. Im Gegenteil. Angesichts bevorstehender Strukturveränderungen mit allen sie begleitenden Unsicherheiten und Unwägbarkeiten stellt sich

für das Management die Frage danach, was zu tun ist, um auch dann erfolgreich zu sein. Corona ist nicht die erste, wenn auch eine besonders herausfordernde Krise, die jedem Unternehmen deutlich vorhandene Schwachstellen gezeigt, so manchem Projekt damit aber auch einen neuen Schub gegeben haben dürfte.

Entscheidungen fallen nicht mit dem Blick in die Vergangenheit, sondern dem Blick in die Zukunft – die wir nicht kennen. Dem Management stellen sich damit besondere Herausforderungen. Die persönliche Leistung der Führung misst sich an der Leistung des ganzen Hauses. Sie steckt den Rahmen ab, innerhalb dessen die Mitarbeiter erfolgreich sein können. Das wird künftig noch wichtiger sein, denn wir stehen vor erheblichen Strukturveränderungen im Gesundheitswesen. Authentische, glaubwürdige Kommunikation ist dabei wesentlich. Ohne Vertrauen und Loyalität in die Führung leidet die Leistungsbereitschaft. Ohne Vertrauen exponiert sich niemand für ein Projekt, für das Team, den gemeinsamen Erfolg, wagt niemand, auch Fehler zu machen. In den vergangenen Monaten sind Teams in vielen Krankenhäusern zusammengewachsen. Sie waren gemeinsam erfolgreich in der Bewältigung einer in dieser Form neuen Herausforderung.

Es gibt zahlreiche Entwicklungen und Ereignisse, die es wert sind, mehr Beachtung zu finden. Hier wird Zukunft der Gesundheitsversorgung geplant und gestaltet. Manches Projekt startete schon vor der Pandemie, für manches Thema war Corona der Anlass, sich darum zu kümmern. Immer ging es um Verbesserungen für die Patienten. Die Beispiele auf den folgenden Seiten stehen für viele.

Zukunftsprojekte

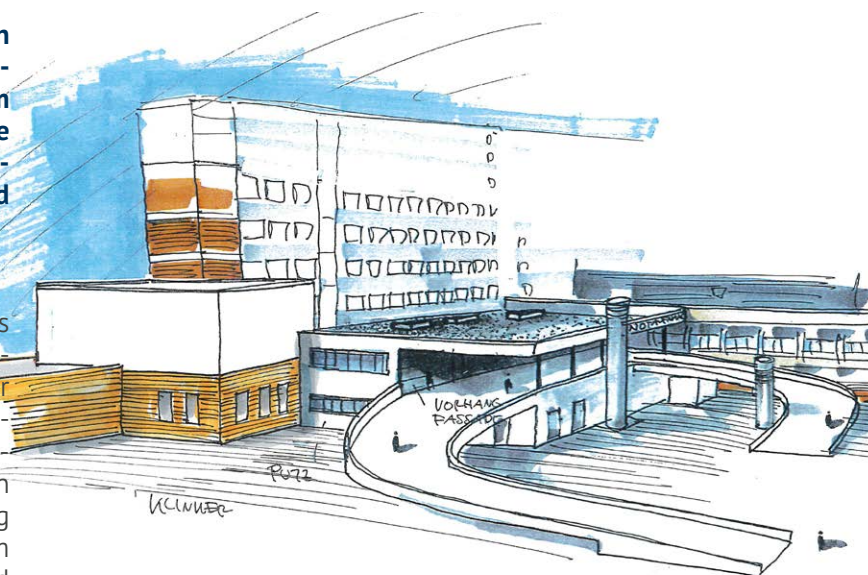
BAUSTART AM SÜDSTADTKLINIKUM

Im Innenhof entsteht ein Anbau mit einem Herzkatheterlabor und Hybrid-Operationssaal

Rostock. Am Klinikum Südstadt entsteht ein Modulanbau mit einem modernen Herzkatheterlabor und Hybrid-Operationssaal. Mit dem Modulanbau beginnt die Umsetzung einer Reihe von Modernisierungsmaßnahmen und Großprojekten mit einem Investitionsvolumen von rund 90 Millionen Euro.

Im südwestlichen Bereich des Haupthauses wird ein zweistöckiger Anbau errichtet. Im Erdgeschoss wird ein neues Herzkatheterlabor mit zwei Messplätzen installiert. Bislang betreibt das Klinikum Südstadt nur einen Herzkathetermessplatz. Aufgrund der Zunahme von kardiologischen Erkrankungen können künftig diese Eingriffe auch zeitgleich erfolgen. Im Obergeschoss des neuen Modulanbaus wird ein Hybrid-OP untergebracht, der die Zusatzausstattung mit einem radiologischen Großgerät und einer High-Tech-Angiographieanlage zur Gefäßdarstellung erhält. Hierdurch werden Operationen parallel mit detaillierter Röntgenbilddiagnostik ermöglicht. „Durch diese Verzahnung von radiologischen, angiologischen, chirurgischen und insbesondere gefäßchirurgischen Funktionen in einem OP können schonendere Behandlungskonzepte angeboten und eine Verkürzung von Narkosezeiten wie auch eine weitere Erhöhung der Behandlungsqualität erzielt werden“, betonte der Ärztliche Direktor Prof. Jan P. Roesner.

Gebaut wird auch demnächst im nordöstlichen Bereich des Haupthauses. Hier steht die Erweiterung der Notfallaufnahme in Verbindung mit dem Neubau der Großküche auf dem Plan. Die Räumlichkeiten und Flächen der Notfallambulanz werden deutlich erweitert, um zusätzliche Behandlungskapazitäten zu schaffen und die Diagnostik direkt in der Notfallambulanz zu beschleunigen. Im Untergeschoss des Neubaus wird die neue Küche für die Essensversorgung von Patienten und Mitarbeitern angesiedelt. Damit verbunden ist auch eine Verlegung der



Die Zeichnung zeigt den Neubau der Küche mit der neuen Notaufnahme am jetzigen „Rettungsanfahrtswegberg“.

bisherigen Rettungswege. Der Baubeginn in diesem Bereich ist für Oktober 2021 vorgesehen.

Das Klinikum Südstadt Rostock kann an seine langjährige erfolgreiche Entwicklung anknüpfen. Trotz der starken Auswirkungen durch die Corona-Pandemie konnte auch das Wirtschaftsjahr 2020 mit einem Jahresüberschuss in Höhe von 6,78 Millionen Euro abgeschlossen werden (2019: 8,56 Mio. Euro). 2,5 Millionen Euro vom Klinikplus fließen in Projekte der Stadt.

„Dieses Ergebnis war angesichts des Ausnahmejahrs mit vielen zusätzlichen Belastungen nicht zu erwarten“, sagte Senator Dr. Chris Müller-von Wrycz Rekowski. „Aufgrund dieser stabilen Lage kann das Klinikum die Eigenmittel für die kommenden Baumaßnahmen aus eigener Kraft aufbringen. Die Stadt unterstützt das städtische Klinikum zusätzlich mit einem jährlichen Investitionszuschuss in Höhe von 500.000 Euro.“



Bagger, Bauzäune und Absperungen – es ist unübersehbar, dass es bald richtig losgeht.



Die Radiologie: Das Klinikum investiert auch in neue Medizintechnik und innovative Verfahren wie beispielsweise in einen modernen 3D-Biopsietisch zur besseren Früherkennung von Brustkrebs – hier mit Oberärztin Dr. Angrit Stachs und der medizinisch-technischen Radiologieassistentin Katja Cornelius.

ERWEITERUNG DES MEDIZINISCHEN SPEKTRUMS

Insgesamt 35.161 Patienten (2019: 36.713) wurden im vergangenen Jahr in der größten kommunalen Klinik des Landes MV stationär, teilstationär oder vor- und nachstationär behandelt sowie 2.883 Kinder geboren. Dazu kamen 48.172 ambulante Patienten (2019: 51.412). Im Durchschnitt verbrachten die stationären Patienten 5,78 Tage in dem städtischen Krankenhaus mit 464 Betten.

2020 startete der am Klinikum Südstadt stationierte 24-Stunden-Intensivtransporthubschrauber (ITH) der Johanniter Luftrettung insgesamt 340 Mal. Im Jahresdurchschnitt arbeiteten 1.453 Frauen und Männer am Klinikum Südstadt (2019: 1.317), davon sind 150 Auszubildende in sieben Berufen.

„Das medizinische Spektrum wird laufend den aktuellen Erfordernissen angepasst“, unterstrich der Ärztliche Direktor Prof. Jan P. Roesner. „So wird mit dem neuen Hybrid-OP und dem zweiten Herzkatheterlabor insbesondere die Gefäßchirurgie und Herzmedizin ausgebaut. Auch in der Intensivmedizin stellen wir uns den Herausforderungen der Zeit, erweitern unser Spektrum

und werden künftig auch Geräte zum vollständigen Herz-Lungenersatz (ECMO) und Weaningplätze zur Entwöhnung von der künstlichen Beatmung vorhalten. Das hängt nicht nur mit der Corona-Pandemie zusammen, sondern auch mit der demografischen Entwicklung und immer älter werdenden Menschen.“

Aufgrund der Corona-Pandemie erhöhten sich die Materialkosten um 2,1 Millionen Euro. Insbesondere für Hygiene- und Schutzmaßnahmen sowie für Testungen auf das Virus bei Patienten und Mitarbeiter sind in 2020 zusätzliche Kosten angefallen. Insgesamt wurden im Vorjahr über 21.000 Tests für Patienten und Mitarbeiter auf das Coronavirus SARS-CoV-2 durchgeführt.

Davon unabhängig stiegen auch die Personalkosten um 4 Millionen Euro kräftig in Folge von Tarifierungen. Für rund 3,5 Millionen Euro wurde 2020 neue Medizintechnik angeschafft, unter anderem ein 3D-Biopsietisch zur besseren Früherkennung von Brustkrebs, ein Angiographiegerät für die Radiologie zur Gefäßdarstellung, mehrere Beatmungs- und Ultraschallgeräte und Überwachungsmonitore für die Intensivstation. Investiert wurde auch in einen modernen Bekleidungsautomaten für die Funktionswäsche der Mitarbeiter.

21 MILLIONEN-SCHWERES ZUKUNFTSPAKET FÜR ST.VINCENZ-KLINIKEN

Perspektive für Patienten und Mitarbeiter – Verwaltungsrat
bewilligt Investitionsprogramm von historischer Tragweite

Limburg/Diez. Ein gewaltiges und innovatives Zukunftspaket hat der Verwaltungsrat der Krankenhausgesellschaft St. Vincenz geschnürt: Investitionen in Höhe von rund 21,1 Millionen Euro für die St. Vincenz-Kliniken Limburg und Diez wurden im Mai 2021 bewilligt: Diez wird mit Investitionen in Höhe von 2,6 Millionen Euro, Limburg in Höhe von 18,5 Millionen Euro bedacht.

Zentrale Bestandteile des Investitionsprogramms sind ein zusätzlicher Limburger OP-Saal mit Hybrid-Technik sowie an beiden Standorten IT-technische Aufrüstungen wie beispielsweise die Vervollständigung der klinikweiten WLAN-Netze, flächendeckend digital vernetzte Visitenwagen und mobile Überwachungs-Monitoreinheiten. Verwaltungsratsvorsitzender RA Erwin Reuhl: „Damit haben wir Investitionen verabschiedet, die unseren St. Vincenz Kliniken modernes wie zukunftssträchtiges Rüstzeug für ihren Weg durch die erste Hälfte des 21. Jahrhunderts ebnen“, so Reuhl. „Vor allem wollten wir der Pandemie nicht das letzte Wort überlassen und unseren Weg nicht durch Corona ausbremsen lassen.“

Die Investitionen für den OP-Bereich und die Geriatrie stärken auch den Standort Diez – das Krankenhaus wird mit 2,6 Millionen Euro bedacht.

Allein für den zusätzlichen modernen, multifunktionalen Hybrid-OP sind rund fünf Millionen Euro vorgesehen, ein Projekt, das seinen Schwerpunkteinsatz vor allem im Bereich der Gefäßchirurgie, aber auch in anderen Fachabteilungen, wie Orthopädie, finden wird. Ebenfalls rund fünf Millionen Euro beansprucht das umfangreiche IT-Zukunftsprogramm. Für 400.000 Euro wird eine bauliche Erweiterung der Onkologie geplant. Geringer, aber für die Versorgung der Patienten genauso wichtig sind diverse Investitionen im Bereich von 100.000 bis 150.000 Euro, wie beispielsweise für mobiles Monitoring in der Kardiologie, modernste Bildsoftware für die



Luftbild des Klinikums Limburg

Strahlentherapie, einen OP-Turm für minimalinvasive Verfahren der Urologie oder die Erneuerung der allgemeinen Röntgenanlage und der Mammographie der Limburger Radiologie. Die für das St. Vincenz Diez vorgesehenen Investitionen, u. a. für den OP-Bereich und die Geriatrie bzw. den Bereich IT, stärken diesen Standort.

Möglich wird dieses kompakte, solide wie innovative Zukunftspaket durch die durch das Vincenz-Team gemeinsam erarbeiteten Ergebnisse, als auch die Fördermittel des Landes wie des Bundes. Gerade der zusätzliche Limburger Operationssaal ist ein zentrales, innovatives Element für die Leistungserbringung. Geschäftsführer Guido Wernert: „Modernste IT-gestützte Verfahren werden hier jetzt auch in Limburg minimalinvasive Gefäß-Operationen ohne große Schnitte ermöglichen. Ein für die Region wichtiger Baustein in unserer auf Zukunft ausgerichteten Strategie.“ Neben den so bereits in 2018 geschaffenen modernen und großzügigen Kapazitäten für die Notaufnahme spielen die Kapazität an zeitgerechten wie zukunftsfähigen OP-Räumen eine weitere zentrale Rolle im klinischen Alltag.

WEGWEISENDE ENTSCHEIDUNG

Der Verwaltungsratsvorsitzende der Krankenhausgesellschaft, RA Erwin Reuhl, erklärte u. a., die Entscheidung des Gremiums sei in ihrer Tragweite vergleichbar mit anderen historischen



Das St. Vincenz-Kaleidoskop kann noch bunter werden: Ein gewaltiges Zukunftspaket für wichtige, dynamische und prospektive Entwicklung an beiden Klinik-Standorten hat jetzt der Verwaltungsrat der Krankenhausgesellschaft geschnürt: ein Investitionsprogramm in Höhe 21 Millionen Euro ist das Rüstzeug für zukunftssträchtige strategische Entwicklung. Ein wichtiges Fundament für die Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Meilensteinen der Geschichte des Krankenhauses und wegweisend für die Entwicklung an beiden Standorten. Ein Krankenhaus als lebendiger Organismus müsse seine Gegebenheiten immer wieder den aktuellsten therapeutischen, aber auch organisatorischen Notwendigkeiten anpassen.

Die Krankenhausgesellschaft hat nach Überzeugung des Verwaltungsratsvorsitzen einen für die gesamte Region bedeutenden Stellenwert für die medizinische Versorgung der Bevölkerung in der Region: „Wir müssen ein Haus von respektablem Größenordnung und einer hochspezialisierten Leistungsfähigkeit vorhalten, die teils den Vergleich mit universitären Standards nicht zu scheuen brauchen. Da können wir uns Stillstand nicht leisten“, so Reuhl.

Als visionär und zukunftsweisend wertete Geschäftsführer Guido Wernert die Entscheidung des Verwaltungsrates: „Es ist nicht selbstverständlich, dass wir auf dem Schafsberg trotz der gravierenden Belastungen der Pandemie ein Jahr des Aufbruchs erleben“, so der Klinikmanager, der auch für die Führung der gesellschaftsrechtlich verbundenen Evangelischen Krankenhausgesellschaft Dierdorf-Selters gGmbH verantwortlich zeichnet. „Gerade die Pandemie hat uns gezeigt, dass die Stärke des deutschen Gesundheitswesens vor allem in den Krankenhäusern als zentralem Pfeiler dieses Systems liegen. Leistungsfähige und pandemieresistente Krankenhäuser sind eine Rückversicherung für Wirtschaft und Gesellschaft. Dem hat nun unser Verwaltungsrat vorausschauend Rechnung getragen und Maßstäbe gesetzt für eine zukunftsorientierte Versorgung der Menschen dieser Region.“

VITOS ERÖFFNET KLINIKNEUBAU

Ansiedelung am Gesundheitscampus Bad Homburg
ist wichtiger Baustein für die ganzheitliche medizinische Versorgung

Bad Homburg. Nach knapp zweieinhalb Jahren Bauzeit hat Vitos Hochtaunus Anfang 2021 seinen Klinikneubau auf dem Gesundheitscampus in Bad Homburg offiziell eröffnet. Die Eröffnungsveranstaltung fand pandemiebedingt in sehr kleinem Rahmen statt.

In dem gut 6.000 Quadratmeter großen Klinikgebäude, das sich – inklusive Tiefgarage und Erdgeschoss – über fünf Etagen erstreckt, finden künftig drei verschiedene Vitos Fachrichtungen Platz. Das therapeutische Angebot deckt die Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie ab.

„Nach 120 Jahren in Köppern stellt sich Vitos Hochtaunus mit dem Neubau auf dem Gesundheitscampus Bad Homburg ganz neu auf“, sagte LWV-Landesdirektorin Susanne Selbert. „Durch ihre direkte Nachbarschaft können die Vitos Klinik als psychiatrische und psychosomatische sowie die Hochtaunus-Kliniken als somatische Einrichtung eng kooperieren. Das ist von Vorteil für beide Kliniken und besonders für die kranken Menschen aus der Region.“

Die Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bad Homburg belegt drei Stationen für Patientinnen und Patienten mit allgemeinspsychiatrischen sowie gerontopsychiatrischen Erkrankungen. Das sind Stationen, die aus dem Waldkrankenhaus in Friedrichsdorf-Köppern nach Bad Homburg umgezogen sind. In Köppern verbleiben eine Station für Patientinnen und Patienten mit Depressionen sowie die Stationen zur Behandlung von Suchterkrankungen. Der Standort wird in den nächsten Jahren weiter zum Suchthilfezentrum ausgebaut.

Ulrich Krebs, Landrat des Hochtaunuskreises, betonte die Bedeutung für die Region Hochtaunus: „Ich freue mich, dass wir durch die Ansiedlung der Klinik am Gesundheitscampus Bad Homburg einen wichtigen Baustein für die ganzheitliche medizinische Versorgung und einen verlässlichen Partner für die Hochtaunus-Kliniken gefunden haben.“, so Krebs in seinem Grußwort.



Eröffnung der neuen Vitos Kliniken auf dem Gesundheitscampus Bad Homburg pandemiebedingt in kleinem Rahmen unter Coronaauflagen. Die direkte Nachbarschaft mit den Hochtaunus-Kliniken ermöglicht enge Kooperationen.



Servet Dag (Geschäftsführer Vitos Hochtaunus) und Dr. Julia Hefty (Geschäftsführerin Hochtaunus Kliniken) vor dem Verbindungsgang zwischen beiden Kliniken.

Unter dem Dach des neuen Klinikgebäudes eröffnet auch die Vitos Klinik für Psychosomatik Bad Homburg.

Insgesamt stehen am Standort Bad Homburg 110 stationäre Betten zur Verfügung. Darüber hinaus finden eine integrierte Tagesklinik, zwei Ambulanzen für Allgemein- und Gerontopsychiatrie, eine kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz und eine kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik im neuen Gebäude Platz.

Rund 30 Millionen Euro hat Vitos in die neue Klinik investiert. Ein Highlight ist der überdachte Verbindungsgang, der das Haus mit den benachbarten Hochtaunus-Kliniken verbindet und als ein Symbol der angestrebten Kooperation beider Häuser fungiert.

Das Vitos Klinikum Hochtaunus gliedert sich in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bad Homburg und die Klinik für Psychosomatik Bad Homburg, sowie in das Waldkrankenhaus Köppern, die Klinik Bamberger Hof in Frankfurt, sowie die Klinik Hasselborn mit insgesamt 163 Betten und 81 Tagesklinikplätzen. Hinzu kommen 33 Plätze der begleitenden psychiatrischen Dienste Hochtaunus, deren Mitarbeiter chronisch psychisch kranke Menschen in verschiedenen Wohn-, Arbeits- und Freizeitangeboten in Hasselborn betreuen. In der Vitos Tagespflege Hochtaunus stehen 29 Plätze für die Tagesbetreuung von vornehmlich an Demenz erkrankten Tagesgästen zur Verfügung.

KLINIK OBERAMMERGAU STARTET MIT MOBILITÄTSKONZEPT

Oberammergau. Robert Tauber, Krankenhausdirektor der Klinik Oberammergau, hat einmal ausgerechnet, wie viele Kilometer seine Mitarbeiter und Patienten mit dem Auto zurücklegen. Im vergangenen Jahr sind die 360 Mitarbeiter und 10.000 Patienten der Klinik Oberammergau auf ihrem Weg zum Krankenhaus etwa zwanzigmal rund um die Erde gefahren.

Meist saß nur eine Person im Auto. Er fand das ökologisch ungünstig. Nach einem Informationsabend in Oberammergau zum Thema E-Mobilität entschied er, dass man etwas verändern müsse.

Inzwischen versuchte man, den Verkehr vom und zum Klinikum in neue Bahnen zu lenken. Jetzt stehen auf dem Parkplatz zwei Elektroautos, die sich Patienten ausleihen können, wenn sie neben ihrer Behandlung die Gegend erkunden möchten. Es gibt sechs Ladesäulen für die E-Autos der Angestellten und Gäste. Außerdem wur-

de für die Mitarbeiter eine App programmiert, so dass man gemeinsame An- und Abreisen koordinieren kann – so sollen wieder Fahrgemeinschaften gebildet werden.

Sowohl für kurze Verbindungen, als auch für Krankentransporte soll es außerdem bald einen E-Bus geben. An einem System für Elektro-Fahrräder wird gearbeitet. „Das Fahrrad ist für einen Arbeitsweg von bis zu zehn Kilometern das beste Verkehrsmittel“, betonte Tauber bei einem Pressetermin, in dessen Rahmen das Konzept vorgestellt wurde – unter erheblichem Interesse von Politikern. Inspirierend sei für ihn der Stadtstaat Singapur mit seiner „perfekten Infrastruktur für öffentlichen Nahverkehr“.

Der Strom kommt übrigens von der Ammer-Loisach GmbH. An ihr sind zehn Landkreisgemeinden als Gesellschafter beteiligt. Sie produziert 100 Prozent Ökostrom aus Wasserkraft. „Man wolle im Kleinen den Schalter umlegen“, sagte Tauber.



INNOVATIVE MEDIZIN AUF DEM LAND

MRT-Untersuchungen des Herzens jetzt auch in ländlichen Regionen Brandenburgs und Mecklenburg-Vorpommerns möglich

Das Projekt „HerzCheck“ ermöglicht die Früherkennung der Herzinsuffizienz mithilfe mobiler MRT auch in ländlichen Regionen. Es wurde jetzt gestartet.

Rund 2,5 Millionen Menschen leiden in Deutschland an Herzinsuffizienz (Herzschwäche). Die Magnetresonanztomografie (MRT) ermöglicht oft eine frühzeitige Erkennung und Therapie der gefährlichen Volkskrankheit, ist auf dem Land aber meist nicht verfügbar.

Mit dem Projekt „HerzCheck“ werden MRT-Untersuchungen des Herzens jetzt auch in ländlichen Regionen Brandenburgs und Mecklenburg-Vorpommerns möglich gemacht: Mithilfe mobiler MRT-Einheiten und telemedizinischer Befundung durch Ärzt*innen des Deutschen Herzzentrums Berlin (DHZB).

Die mobilen MRT-Einheiten können an regionalen Kliniken oder ambulanten Einrichtungen wie Ärztehäusern aufgestellt werden. Der erste mobile Standort des Projektes „HerzCheck“ befindet sich am Sana Krankenhaus in Templin. Geschultes medizintechnisches Personal führt die MRT-Untersuchung sicher und zuverlässig durch.

Die Untersuchungsdaten werden unter Beachtung aller Datenschutz-Vorgaben online an das DHZB übermittelt und dort durch ein geschultes Fachärzteteam ausgewertet.

Die Patient*innen werden je nach Schweregrad des Befundes in unterschiedliche Behandlungsgruppen zur wohnortnahen Prävention und Therapie bei Haus- oder Fachärzt*innen eingeteilt.

Unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Befundes legen die behandelnden Ärzt*innen vor Ort die notwendigen weiteren ambulanten oder stationären Maßnahmen der Therapie fest. Ein Jahr nach der Erstuntersuchung wird der gesundheitliche Zustand aller Patient*innen mit auffälligem Befund erneut untersucht und der Therapieerfolg wissenschaftlich evaluiert. Auch eine Teilgruppe mit unauffälligem Befund wird als Stichprobe erneut untersucht.

Ziel ist es, eine Herzinsuffizienz bei Patient*innen mit Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen und so die Prognose und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Zudem können hohe Folgekosten einer erst spät diagnostizierten Herzinsuffizienz, beispielsweise durch häufige Krankenhausaufenthalte, deutlich gesenkt oder sogar vermieden werden.

Mit der Möglichkeit moderner medizinischer Versorgung will HerzCheck auch einen Beitrag zur Stärkung der ländlichen Regionen als Raum zum Leben und Arbeiten leisten.

Das Projekt unter medizinischer Leitung des Deutschen Herzzentrums Berlin wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesaus-

schusses (G-BA) mit über sieben Millionen Euro gefördert.

Konsortialpartner sind die AOK Nordost – die Gesundheitskasse, die Firma medneo als Betreiberin der mobilen MRT-Systeme und der IT-Technologie, das Herz- und Gefäßzentrum Bad Bevensen, die Universitätsmedizin Göttingen, die Universitätsklinik Köln sowie das Universitätsklinikum Heidelberg.

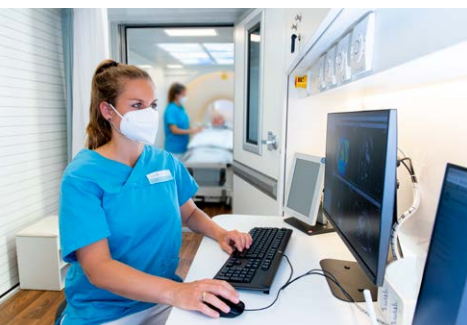
„Mit den modernen Mitteln ambulanter Diagnostik und mit Hilfe der Telemedizin können

wir Herzinsuffizienz-Patientinnen und Patienten auch in ländlichen Regionen ein optimales Diagnose- und Therapieangebot machen“, sagt Konsortialführer Prof. Dr. med. Sebastian Kelle, Kardiologe und Oberarzt am Deutschen Herzzentrum Berlin. „Gemeinsam mit unseren Kolleginnen und Kollegen vor Ort und auf eine kosteneffiziente und ressourcenschonende Weise. Wir sind überzeugt, mit dem HerzCheck-Projekt eine medizinische Versorgungslücke schließen zu können und freuen uns sehr, das Projekt mit Hilfe der Fördermittel des Innovationsfonds umsetzen zu können.“



Eröffnung HerzCheck mit Brandenburgs Gesundheitsministerin Ursula Nonnemacher (3.v.r.).

Optimales Diagnose-Angebot für Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz im ländlichen Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern



Fotos: HerzCheck/Börner, Külker

TRAINING IN REALITÄTSNAHER VIRTUELLER LERNUMGEBUNG

Fürth. Der Bedarf an modernen und innovativen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für medizinisches Fachpersonal nimmt durch den rasanten Fortschritt im Gesundheitswesen stetig zu. Deshalb haben das Klinikum Fürth und die Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e.V. (AGNF) als etablierte Akteure im Gesundheitswesen die Initiative ergriffen und mit dem Institut für notfallmedizinische Bildung eine gemeinsame Bildungs-, Innovations- und Wissenschaftsplattform für Fachpersonal aus Medizin, Pflege, Rettungswesen und Gefahrenabwehr geschaffen, um dadurch letztendlich auch die Patientensicherheit stetig zu erhöhen.



Offizieller Gründungsakt des INOB am 21. Mai 2021 mit Bayerns Innenminister Joachim Herrmann (Mitte).

„Mit der Gründung des INOB ist es uns gelungen, einen wichtigen und zukunftsweisenden Schritt zu gehen und neben dem Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) in München hier in der Metropolregion Nürnberg, Fürth, Erlangen, den notfallmedizinischen Bildungsmarkt zu erweitern“, so Geschäftsführer Oliver Riedel.

Für die kontinuierliche Weiterqualifizierung des medizinischen Personals kommt mit der SIM-Box, die eine virtuelle und praxisnahe Patientensimulation ermöglicht, ein in Deutschland bislang einzigartiges Tool zum Einsatz: „Unter



Virtuelle, praxisnahe Patientensimulation

Neues Klinikgebäude für das Harzklinikum

Wernigerode. Am Harzklinikum Dorothea Christiane Erxleben in Wernigerode ist ein neues Klinikgebäude entstanden.

Im Juni wurde der 34 Millionen teure Neubau übergeben. Das vieretage Gebäude auf dem Krankenhausgelände beherbergt künftig die Radiologie mit modernen Röntgengeräten, einem CT und einem MRT, dazu OP-Säle, die Intensivstation und die Klinik für Neurologie mit ihrer Stroke Unit.

Weiteres Herzstück dieser Investition bildet die neue Kinderklinik samt Neonatologie - einer Intensivstation für Früh- und Neugeborene - die in unmittelbarer Nachbarschaft zu den Kreißsälen errichtet werden wird.

Ursprünglich sollte das Haus schon 2020 in Betrieb genommen werden, die Corona-Pandemie mit Baustopps und teils erheblichen Lieferverzögerungen hat diesen Zeitplan verändert.

Anwendung von audiovisueller Projektion und einzigartigen Geräuschkulissen werden individuell angepasste, realitätsnahe virtuelle Lernumgebungen dargestellt, in der medizinische Fachkräfte Notfallsituationen trainieren“, so Geschäftsführer Klaus Meyer. Weitere wichtige Fortbildungsinhalte sind z. B. die Förderung der interkulturellen Kompetenz im Notfallwesen sowie die Deeskalation in Notfallsituationen. Auch Bayerns Innenminister Joachim Herrmann hat bei der Gründungsveranstaltung des Instituts für notfallmedizinische Bildung in Fürth die Bedeutung von modernen Fortbildungsmöglichkeiten hervorgehoben.

„Die Corona-Pandemie führt uns vor Augen, wie wichtig ein funktionierendes und schlagkräf-

tiges Gesundheitssystem ist. Gut ausgebildetes Fachpersonal ist unverzichtbar. In Bayern sind wir hier bereits sehr gut aufgestellt“, so Joachim Herrmann. Sowohl Dietmar Helm, Dritter Bürgermeister der Stadt Fürth, als auch Landrat Matthias Dießl schätzen das INOB als „unverzichtbaren Baustein für Stadt und Landkreis Fürth sowie als wichtigen Impulsgeber auch weit über die Region hinaus“. Das INOB verfolgt neben der Etablierung hochwertiger Bildungsangebote und innovativer Forschungsprojekte den Ausbau eines starken Netzwerkes sowie die Anbindung an Hochschulstrukturen. So sind die Hochschule Ansbach sowie die Wilhelm Löhe Hochschule in Fürth bereits von Beginn an feste Kooperationspartner des INOB.

NEUES ANGEBOT FÜR CORONA-PATIENTEN MIT LANGZEITFOLGEN

Kreis Minden-Lübbecke. In den täglichen Corona-Statistiken tauchen sie auf als „Genesen“ – Patienten, die eine schwere Corona-Infektion durchlebt haben, und nun wieder ihren langen Weg in den Alltag erkämpfen.

Viele klagen über ständige Kopfschmerzen, anhaltenden Verlust des Riech- und Geschmacksinns, Husten, Depressionen und ständige Erschöpfung bei der kleinsten Anstrengung. Patienten, die unter Langzeitwirkungen der Covid19-Erkrankung leiden, haben aktuell kaum eine Anlaufstelle, die sich mit der systemischen Erkrankung Covid19 mit all ihren Facetten auskennt.

Aus diesem Grund hat die Klinik für Gastroenterologie und Infektionskrankheiten am Universitätsklinikum Minden nun eine Möglichkeit der Betreuung dieser Fälle in einer Post-Corona-Ambulanz eröffnet. „Unsere Ärztinnen und Ärzte haben in den vergangenen elf Monaten auf der Infektionsstation mehr als 750 Covid-Patientinnen und Patienten behandelt. Wir verfügen damit über eine sehr große Expertise bei der

Behandlung der akuten Erkrankung und bei der Linderung der systemischen Symptome. Dieses Wissen und Erfahrung rund um Covid19 wollen wir nun auch den Patienten mit Langzeitfolgen zukommen lassen“, erklärt Professor Dr. Carsten Gartung, Direktor der Klinik für Gastroenterologie und Infektionskrankheiten.

Die Ambulanz ist für Patientinnen und Patienten gedacht, die vor mindestens sechs Wochen eine akute Covid19-Erkrankung durchlebt haben und aktuell immer noch über Langzeitwirkungen wie ständige Erschöpfung oder Ähnliches klagen. Die erfahrenen Medizinerinnen und Mediziner können alle notwendigen diagnostischen Verfahren und Therapien veranlassen. Gegebenenfalls ist auch eine weitere stationäre Abklärung notwendig. „Wir arbeiten eng und interdisziplinär mit den niedergelassenen Kollegen sowie allen Experten im Universitätsklinikum Minden und auch mit dem Medizinischen Zentrum für Seelische Gesundheit in Lübbecke zusammen. So können wir denjenigen helfen, die aktuell in der öffentlichen Wahrnehmung kaum Beachtung finden“, sagt Professor Dr. Carsten Gartung.

Investitionen in High-Tech

3-D-DRUCKER – EIN „NAVI“ FÜR DIE GEFÄSSCHIRURGIE

Köln. Ein neuer 3D-Drucker wird auf dem Campus der Uniklinik Köln und der Medizinischen Fakultät in Forschung, Lehre und in der Patientenversorgung eingesetzt. Das Gerät ermöglicht eine innovative OP-Planung komplexer gefäßchirurgischer Eingriffe.

Mit den Datensätzen aus der Computertomographie (CT) oder der Magnetresonanztomographie (MRT) können dreidimensionale anatomische Modelle in Originalgröße gedruckt werden, die von den Medizinern von allen Seiten betrachtet und untersucht werden können. Außerdem erleichtern die Modelle die Erklärung komplizierter Operationen für die Patienten.

Der 3D-Drucker ist Kernstück des 3D-Labors, der zentralen wissenschaftlichen Werkstatt der Medizinischen Fakultät. „Ich freue mich sehr über die vielfältigen Möglichkeiten unseres neuen High-end 3D-Druckers. Dieser Drucker kann sowohl im Multi-Komponenten- als auch Multicolor-Modus arbeiten. Dies bedeutet, dass beispielsweise feste und flexible Anteile am selben Modell gedruckt und auch in unterschiedlichen Farben dargestellt werden können. Dies eröffnet uns völlig neue Perspek-

tiven in der Darstellung komplexer dreidimensionaler Strukturen bei gefäßchirurgischen Eingriffen. Beispielsweise lassen sich jetzt patientenindividuelle Gefäßmodelle erstellen. An ihnen kann das Flussverhalten des Blutes bei lebensbedrohlichen Gefäßerkrankungen wie der Aortendissektion simuliert und untersucht werden“, erklärt Univ.-Prof. Dr. Bernhard Dorweiler, Direktor der Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie – Vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie der Uniklinik Köln.

„Ich bezeichne den 3D-Drucker auch gerne als ‘Navi’ für die Gefäßchirurgie: Mit Hilfe der Modelle gelingt es, zielsicherer und schneller zu operieren. Die Anwendungsmöglichkeiten dieser Drucktechnologie sind nicht nur auf die Gefäßchirurgie begrenzt. Auch andere Disziplinen, wie beispielsweise die Unfallchirurgie, die Kiefer-Gesichtschirurgie oder auch die Anatomie können von diesen neuen Möglichkeiten profitieren. Wir können unsere Studierenden und Assistenzärzte mit dem 3D-Druck praxisnah an eine wichtige Technologie der digitalen Transformation heranführen und darüber hinaus bestimmte Eingriffe zunächst am Modell üben lassen“, ergänzt Univ.-Prof. Dr. Bernhard Dorweiler.

ROBOTIK-OP-PROGRAMM ERFOLGREICH ANGELAUFEN

Neue Ära in der Chirurgie mit Versius-Robotersystem

Chemnitz. Erstmals in Deutschland haben die Teams der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie der Klinik für Thorax-, Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie am Klinikum Chemnitz erfolgreich mit dem Robotersystem Versius® operiert.

Es war die weltweit erste Lungen- und Thymusdrüsen-Operation sowie Sympathektomie und europaweit erste Anti-Reflux-Operation mit dem Versius-Robotersystem. Damit ist der Maximalversorger Vorreiter für diese neue Technologie in der Chirurgie und die zehnte Klinik weltweit, die diese bahnbrechenden Möglichkeiten anbieten kann.



Prof. Dr. med. Lutz Mirow



Der OP-Saal

MEDIZINISCHE INNOVATION ZUM WOHL DER PATIENTEN

Dr. Thomas Jendges, Geschäftsführer des Klinikums Chemnitz, sagte: „Mit dem Einsatz des modernen Robotersystems sind wir erneut beispielgebend für medizinische Innovationen zum Wohle der Patienten. Wir heben mit diesem Erfolg die chirurgischen Angebote am Klinikum auf ein ganz neues Level. Dass wir dabei jetzt auch deutschlandweit erstmalig Operationen mit dieser Technik durchführen konnten, zeigt die Innovationskraft unseres Hauses.“

In der Klinik für Thorax-, Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie hat das Team um Chefarzt Dr. med. Sven Seifert weltweit die ersten Operationen mit dem Versius-Robotersystem in diesem Fach der Chirurgie ausgeführt. So haben die Chirurgen Lungenmetastasen und Lungentumore entfernt, Thymusdrüsen-Operationen und die erste Sympathektomie (OP am Nerv Sympathicus) bei einem jungen Patienten durchgeführt. Dr. Seifert: „Unser Team ist sehr glücklich über die ersten erfolgreichen Operationen und besonders darüber, unseren Patienten nun diese qualitativ hochwertige Technik bieten zu können. Das Interesse anderer Krankenhäuser ist über Grenzen hinweg sehr groß, und wir werden unsere Erfahrungen aus Chemnitz sehr gerne weitergeben.“

Die chirurgischen Teams hatten zuvor die intensiven Schulungen des britischen Herstellers CMR Surgical erfolgreich durchlaufen. Die Einweisung in Technik und System fand im medizinischen Kompetenzzentrum „Medizin im Grünen“ in Wendisch-Rietz statt. Das Zentrum in der Nähe von Berlin bietet eine hochmoderne Ausstattung für die Simulation von Operationstechniken. Die beiden Chefarzte der chirurgischen Fächer und ihre Teams zeigten sich beeindruckt von der Leistungsfähigkeit des Robotersystems. Unter der Leitung des vom Hersteller eingesetzten Expertenteams standen

zunächst die Einrichtung des Systems und die postoperativen Prozeduren auf dem Lehrplan. Danach folgte die breite, praxisnahe Anwendung. Abgeschlossen wurde das Labortraining mit simulierten chirurgischen Eingriffen.

Das Team der Allgemein- und Viszeralchirurgie hat ebenfalls die ersten regulären Operationen erfolgreich mit dem Versius-System absolviert. Ausgewählt wurden Fälle aus dem Bereich der laparoskopischen und minimalinvasiven Eingriffe, etwa Gallenblasenoperationen, europaweit die ersten Anti-Reflux-OPs und nun auch die ersten Eingriffe am Dickdarm.

NEUES LEVEL AN WISSEN UND QUALITÄT

Prof. Dr. med. Lutz Mirow, Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, sagte: „Das ist im planvollen Hochfahren des OP-Programms nach dem Lockdown ein erfreuliches Signal und ein wichtiger Meilenstein für unsere Klinik. Das gesamte Team der Vizeralchirurgie ist hochmotiviert und freut sich, einmal mehr zu den Modernisierern gehören zu dürfen. Dieses neue Level an Wissen und Qualität für die von uns schon länger und vielseitig angewendete minimalinvasive Operationstechnik hat entscheidende Vorteile.“ Einer der großen Pluspunkte des Versius-Robotersystems sei es, dass es mobil und flexibel in der Chirurgie eingesetzt werden könne, so der Chefarzt weiter. Die modular verwendbaren und freistehenden Roboterarme könne der Chirurg durch den Operationssaal bewegen. Das gewährleiste zu jedem Zeitpunkt der Operation die für den jeweiligen Eingriff bestmögliche Positionierung am OP-Tisch. „Unsere Patienten haben sich sehr rasch erholt und waren sehr viel früher wieder mobil. Außerdem ist es für die Ausbildung und akademische Nachwuchsförderung enorm wichtig, bei der Entwicklung der Medizintechnik Schritt zu halten.“

KLINIKUM HAT NUN ZENTRUM FÜR ROBOTER-GESTÜTZTE CHIRURGIE

Dortmund. Im Klinikum Dortmund gibt es jetzt ein Zentrum für Roboter-gestützte Chirurgie. Damit zählt das Haus zu den wenigen in Deutschland, die bereits offensiv auf diese neue Technik setzen.

Eines ist nämlich bereits heute schon klar: Ohne die Hilfe von 3D-Sichtfeldern, Computerchips, Präzisionsinstrumenten & Co. wird es künftig kaum mehr gehen. „Wir dringen dank der OP-Roboter in völlig neue Dimensionen vor und können gewebeschonender und zielgenauer im Körper vorgehen“, erklärt Prof. Dr. Maximilian Schmeding, Direktor der Klinik für Chirurgie. Zusammen mit Prof. Dr. Michael Truß, Direktor der Klinik für Urologie, hat er das Zentrum gegründet.

In beiden Kliniken kommen OP-Roboter nämlich zum Einsatz. „Uns ist es dabei wichtig, auch im engen Austausch mit anderen Zentren in Deutschland die Erkenntnisse über Roboter-unterstützte Operationen zu teilen, Fortschritte in der Therapie national wie international in die Breite zu tragen und somit allen zugänglich zu machen“, sagt Prof. Truß. Er arbeitet bereits seit Jahren mit dem Da Vinci und hat u. a. jüngst an einer maßgeblichen Studie zum Roboter-Einsatz bei Prostata-Krebs teilgenommen. Im Ergebnis

zeigte sich, dass Chirurg*innen mit dem Da Vinci derart nervenschonend vorgehen können, dass sie im Vergleich zum herkömmlichen Vorgehen öfter die Potenz und Kontinenz des Krebs-Patienten erhalten können.

Ein OP-Roboter ist dabei übrigens wie ein Skalpell o. ä. nur ein Instrument, das vom Operateur geführt wird. „Der Roboter arbeitet also nicht autonom, sondern reagiert auf Bewegungen, die wir als Menschen an einer Da Vinci-Konsole mit zwei Steuerungsinstrumenten vormachen. Der Da Vinci übersetzt diese Kommandos dann direkt vor Ort im Körper des Patienten in Bewegungen, die eine menschliche Hand in dieser Präzision und in dem Freiheitsgrad niemals ausführen könnte“, sagt Prof. Schmeding. Die vier Roboter-„Arme“ gelangen über winzige Hautschnitte in den Körper, weshalb es im Nachgang auch nur geringe Narben gibt.

Allerdings ist nicht jede Operation geeignet für den Roboter. „Man wird nicht jeden Routine-Eingriff, wie Entfernung von Blinddarm oder Gallenblase, damit machen. Doch überall da, wo es im Bauchraum komplexer wird und wir z. B. nahe an Nerven oder wichtigen Blutgefäßen arbeiten, kann der Roboter von Vorteil und vielfach effizienter sein.“ Das werde je nach Fall individuell abgestimmt.



Dr. med. Dennis Prokofiev,
Oberarzt in der Klinik für
Urologie

HOLOGRAFISCH ASSISTIERTE TOTAL-ENDOPROTHESE DER HÜFTE

Köln. Als eine der führenden Kliniken in Deutschland nutzt die Klinik für Orthopädie am St. Franziskus-Hospital digitale OP-Planung und Augmented-Reality-Technik.

Chefarzt Dr. Klaus Schlüter Brust erzielt mithilfe der Hololens-Brille und mit 3D-OP-Planung präzise und sichere Behandlungsergebnisse auch bei höchst komplexen Eingriffen. Als weltweite Premiere führte er eine holografisch assistierte Operation einer Total-Endoprothese der Hüfte durch.

Digitale Tools kamen bei der Operation gleich mehrfach zum Einsatz. Aus den Daten der Computertomografie (CT) und der digitalen Volumentomografie (DVT) wurde zunächst ein digitales Modell des Gelenks erstellt und dann am 3D-Printer ausgedruckt. Anhand dieser originalgetreuen Kopie konnte die Operation optimal vorbereitet und das exakt passende Implantat aus dem 3D-Printer (Lasersinterungsverfahren)

gedruckt werden. Diese anatomisch perfekt angepasste Total-Endoprothese konnte dann in einem nur zweistündigen Eingriff eingesetzt werden.

Ermöglicht wird dieses präzise und für den Patienten sehr schonende Operationsverfahren durch holografische Unterstützung mit der Hololens-Brille. Der Operateur kann am originalgetreuen holografischen 3D-Bild des Gelenks die Operation in allen Schritten vorbereiten und simulieren. Beim Eingriff selbst wird das holografische Bild quasi auf den Patienten projiziert und die geplanten Schritte können exakt und mit absoluter Präzision durchgeführt werden. Insbesondere bei komplexen Eingriffen und sehr schweren Gelenkschädigungen ist digitale OP-Planung eine neue Chance. Individueller Gelenkersatz, der exakt der Anatomie des Patienten angepasst ist und eine perfekte OP-Vorbereitung bedeuten optimale Passform, kürzere OP-Zeiten und ein hohes Maß an Sicherheit.



Digitalisierung



MESSENGER ERMÖGLICHT SIMULTANE ÜBERFÜHRUNG VON CHATS IN DIE PATIENTENDOKUMENTATION

Frankfurt/Main. Das Universitätsklinikum Frankfurt hat als erstes Krankenhaus deutschlandweit die Weichen für die tiefe Integration eines Ende-zu-Ende-verschlüsselten Messengers gestellt.

Leistungserbringer und Patientinnen und Patienten profitieren vom digitalen Kommunikations- und Dokumentationssystem, das den Fokus auf Benutzerfreundlichkeit, Datenschutz, Effektivität und Vernetzungsmöglichkeit legt und ähnlich funktioniert wie gängige Messenger-Dienste.

Jeden Tag werden im Gesundheitswesen Unmengen von Daten generiert. Austausch und Speicherung sind eine sensible Angelegenheit. Wie die Daten abgelegt werden, wer sie einsehen kann und ob sie vor dem Zugriff Unberechtigter geschützt sind, sind Fragen, die vor der Einführung digitaler Ergänzungs-Tools in der Gesundheitsversorgung beantwortet sein müssen. Das Universitätsklinikum Frankfurt steht kurz vor der Pilotierung eines Projekts, das die Kommunikationsstrukturen im Krankenhaus vereinheitlicht und vereinfacht. Derzeit laufen die

finalen operativen Vorbereitungen, um eine App in die IT-Struktur des Universitätsklinikums zu integrieren, die den Informationsaustausch und die simultane, automatische Dokumentation in Form eines gesicherten Chat-Programms erlaubt.

Das Projekt ist aus einer Initiative des kürzlich gegründeten University Center for Digital Healthcare (UCDHC) am Universitätsklinikum Frankfurt hervorgegangen. Das Zentrum fördert digitale Strategien und Projekte, um die Patientenversorgung noch zukunftsfähiger aufzustellen. Die Software für den Messenger wurde von dem Berliner Unternehmen Famedly entwickelt. Auch das Unternehmen Philips ist involviert.

Es bildet mit einer Interoperabilitätsplattform den Brückenkopf zwischen den internen und externen Systemen. Das Unternehmen hat 2019 eine Entwicklungspartnerschaft mit dem Universitätsklinikum geschlossen, um gemeinsam eine herstellernerne IT-Systemlandschaft aufzubauen und zu etablieren, in der sich zukünftig weitere Anwendungssysteme anbinden lassen. Die Einführung des Messengers und die damit verbundene Integration eines Ende-zu-Ende-verschlüsselten Messenger-Dienstes in die IT-Systemlandschaft wird erstmals an einem deutschen Universitätsklinikum umgesetzt.

ANÄSTHESIE-DOKUMENTATION NUN KOMPLETT PAPIERLOS

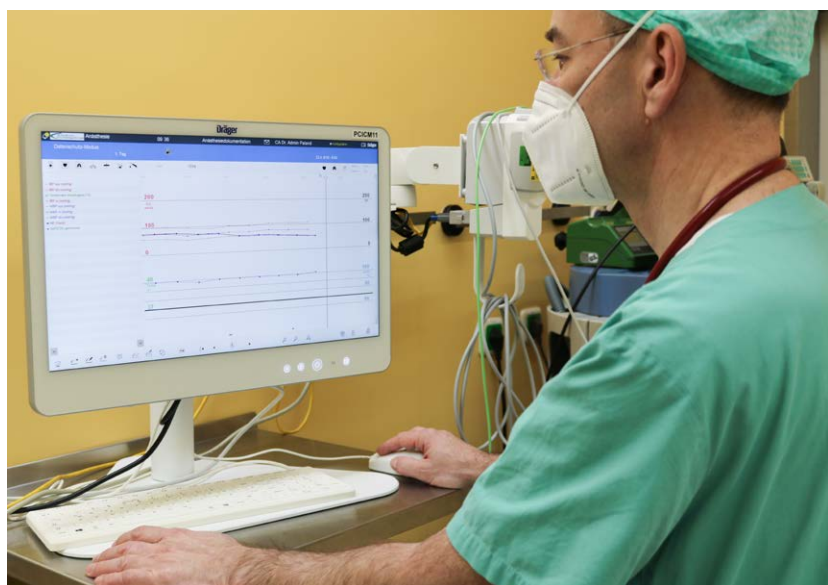
Marktreidwitz. Anästhesisten führen in deutschen Kliniken pro Jahr rund zehn Millionen Narkosen durch. Eine der wichtigsten ärztlichen Aufgaben ist dabei die zeitgenaue und detaillierte Dokumentation aller anästhesiologischen Schritte, von der Patientenaufnahme über die OP bis hin zur postoperativen Betreuung.

Die teilweise minütliche Dokumentation von Vitalwerten, wie Blutdruck oder Sauerstoffgehalt im Blut, und aller verabreichten Medikamente bedeutet für die Anästhesisten täglich einen hohen Zeitaufwand, der bei der Behandlung des Patienten verloren geht. Diese gesetzlich verpflichtende Dokumentation dient jedoch auch zur Abrechnung der durchgeführten Maßnahmen und ist gleichzeitig Beleg für die ordnungsgemäße Behandlung in Streitfällen. Bis zu 30 Jahre ist sie aufzubewahren.

Am Klinikum Fichtelgebirge ist diese Dokumentation nun komplett papierlos. Das Projekt wurde während des letzten Jahres mit maßgeblicher Unterstützung der EDV-Abteilung weiterverfolgt und ist nun pandemiebedingt mit etwas Verzögerung abgeschlossen worden: „Tatsächlich haben wir bis vor Kurzem noch viel mit Stift und Papier gearbeitet. Hier schließt sich nun der Kreis mit unserer Intensivstation. Diese arbeitet schon länger papierlos“, freut sich Chefarzt Michael Paland. Die digitale Dokumentation auf

der Intensivstation Marktreidwitz wurde bereits im Januar 2015 in Betrieb genommen. Bei der Einführung der digitalen Dokumentation sowohl in der Anästhesie als auch in der Intensivmedizin gehört das Klinikum Fichtelgebirge sicherlich regional zu den Vorreitern dieser technischen Weiterentwicklung.

Die Vorteile der Dokumentation an Tablet und PC liegen auf der Hand. „Die Daten sind stets



Chefarzt Michael Paland an einem der neuen Anästhesie-Arbeitsplätze

leserlich, unverwechselbar und an jedem Arbeitsplatz jederzeit verfügbar. Mit dem Start des Systems erhöhte sich die Patientensicherheit nochmals und wir gewinnen Zeit, die letztlich unseren Patienten zu Gute kommt“, beschreibt Michael Paland den Gewinn an Sicherheit. „Unser letztes Papier ist nun nur noch die Einwilligungserklärung, die nach einem Patientenauf-

klärungsgespräch unterschrieben werden muss.“ Am Klinikum sind nun alle festen OP-Arbeitsplätze, mobile Anästhesie-Arbeitsplätze sowie die Intensivstation in Marktredwitz mit dem neuen System ausgestattet. Die Ausstattung der intensivmedizinischen Arbeitsplätze in Selb ist in Vorbereitung.

RHÖN-KLINIKUM AG MIT ZAHLREICHEN DIGITALISIERUNGSAKTIVITÄTEN



Das Digitale Wegeleitsystem trägt am Rhön-Klinikum Campus Bad Neustadt zur besseren Orientierung bei. Es navigiert Patienten und Besucher individuell und zielgenau zum gewünschten Ort.



Die Kliniken verfügen über modernste Hybrid-OP-Säle. Diese Operationssäle sind mit bildgebenden Anlagen wie Angiografieranlagen, Computer- oder Magnetresonanztomografen ausgestattet. So können zwei OP-Anwendungen kombiniert werden.

Bad Neustadt. Die Rhön-Klinikum AG setzt in ihren Kliniken der Maximal- und Schwerpunktversorgung auf digitale Vernetzung, um alle am Behandlungsprozess Beteiligten zu integrieren: niedergelassene Ärzte, Kliniken und Reha-Einrichtungen. Dafür steht auch das Rhön-Campus-Konzept, das auf eine ganzheitliche – auch digitale – Gesundheitsversorgung besonders im ländlichen Raum baut.

„Schon jetzt tragen eine Vielzahl von digitalen Werkzeugen dazu bei, dass sich Behandlungsabläufe kontinuierlich verbessern und unser Personal entlastet wird. Wir arbeiten täglich daran, dass alle Untersuchungs- und Behandlungsabläufe, Gesundheitsdaten, Informationen zu Patienten- und Personalströmen miteinander vernetzt werden“, sagt Vorstand Prof. Dr. Bernd Griewing.

Die Voraussetzung für derartig standortübergreifende Informationssysteme und digitale Anwendungen bildet eine moderne, leistungsstarke IT-Infrastruktur, die die Sicherheit der Patientendaten gewährleistet. Wichtige Schwerpunktthemen bleiben für das Unternehmen die Abschaffung papiergestützter Prozesse und Dokumentationen, die Aufhebung intersektoraler Grenzen und die Einbindung von medizintechnischen Systemen. Dies erleichtert unter anderem die steigende Dokumentationspflicht in der Gesundheitsbranche, wofür die Mitarbeiter aufgrund der zunehmenden Bürokratisierung bisher viel Zeit investieren mussten.



Web-App „COVID-Online“ mit steigenden Nutzerzahlen

Auch der Corona-Pandemie begegnet das Unternehmen mit Innovation und Hightech. Das Universitätsklinikum Marburg und die Gesundheitsregion Marburg-Biedenkopf entwickelten beispielsweise die Web-App „COVID-Online“, die bis heute mehr als 724.000 Nutzer verwendet haben. „Unsere Mitarbeiter haben in den letzten Monaten erneut bewiesen, wie kreativ und schnell sie sich auf neue Umstände und Herausforderungen einstellen können. So konnten wir zum Beispiel in der Hochphase der Pandemie innerhalb kürzester Zeit für verschiedene Patientengruppen alternative telemedizinische Betreuungs- und Versorgungsmöglichkeiten wie Video- oder Telefonsprechstunden aufbauen“, betont Vorstand Dr. Gunther K. Weiß.

Im Zuge der Corona-Pandemie hat sich gezeigt, dass in Deutschland Patienten mehr digitale Gesundheitsangebote fordern. So ist die Nachfrage nach Videosprechstunden in 2020 stark gestiegen. Auch die Offenheit gegenüber Gesundheits-Apps hat zugenommen. Rhön verfügt inzwischen über ein vielfältiges Angebot an digitalen Tools und Initiativen – auch in der Ausbildung des ärztlichen und pflegerischen Nachwuchses.

Auf einer neuen Website informiert die Rhön über die vielfältigen digitalen Projekte und Anwendungen.

DEUTSCHER PREIS FÜR PATIENTENSICHERHEIT: 1. PLATZ FÜR TELNET@NRW

Aachen. Stolz und Freude bei den Beteiligten von TELnet@NRW: Das Innovationsfondsprojekt unter Konsortialführung der Klinik für Operative Intensivmedizin und Intermediate Care an der Uniklinik RWTH Aachen hat in diesem Jahr den 1. Platz beim Deutschen Preis für Patientensicherheit belegt. In den Praxisberichten 2018 wurde ausführlich über das Projekt berichtet.

Das im Rahmen des Innovationsfonds durch den Gemeinsamen Bundesausschuss geförder-

te Projekt TELnet@NRW wurde am 29. April 2021 mit dem 1. Platz beim Deutschen Preis für Patientensicherheit ausgezeichnet. TELnet@NRW-Konsortialführer Univ.-Prof. Dr. med. Gernot Marx, Direktor der Klinik für Operative Intensivmedizin und Intermediate Care an der Uniklinik RWTH Aachen, nahm den Preis stellvertretend für das Projektteam entgegen. „Für uns Ärztinnen und Ärzte im Projekt, aber ganz besonders auch für die Patientinnen und Patienten war der Mehrwert der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit während der gesamten



Laufzeit deutlich spürbar. Ich finde es großartig, dass diese subjektiven Empfindungen sich nun in der objektiven Bewertung durch die Jury bestätigt haben. Dieser Preis ist ein sehr wichtiges Signal für alle Projektbeteiligten, aber auch für alle Akteurinnen und Akteure im Gesundheitssystem. Zum Wohle der Patientinnen und Patienten sollten wir künftig verstärkt auf eine flächendeckende telemedizinische Versorgungslandschaft setzen.“

Das Projekt lief von Januar 2017 bis März 2020. In diesem Zeitraum wurden über 150.000 Patientinnen und Patienten aus dem ambulanten und stationären Bereich in das Projekt eingeschlossen. Die Evaluation des Projektes TELnet@NRW konnte zeigen, dass die Zusammenarbeit in einem sektorenübergreifenden telemedizinischen Netzwerk einen spürbaren Mehrwert und eine Steigerung der Behandlungsqualität bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Intensivmedizin und Infektiologie bietet – insbesondere bei schweren Infektionen.

Dieser Meinung war auch der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). In seiner Sitzung vom 16. April 2021 sprach der Ausschuss Empfehlungen zur Überführung von TELnet@NRW in die Regelversorgung aus. Zu diesem Zweck sind die Ergebnisse des Projekts nun zur weiteren Prüfung an die Gesundheitsministerien der Länder, den Unterausschuss Bedarfsplanung des G-BA, den GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) weitergeleitet worden.

Über den Preisträger TELnet@NRW

Das durch Mittel des Innovationsfonds geförderte Projekt TELnet@NRW verfolgte seit Anfang 2017 das Ziel, in den Modellregionen Aachen und Münster bzw. Münsterland ein sektorenübergreifendes telemedizinisches Netzwerk in der Intensivmedizin und Infektiologie aufzubauen. Zentrales Element war eine gemeinsame digitale Infrastruktur, die sichere Video-Audio-Verbindungen zwischen den universitären Experten der Telemedizinzentren Aachen und Münster sowie den Partnern aus den 17 zusammengeschlossenen Kooperationskrankenhäusern und den beiden Praxisnetzwerken MuM Medizin und Mehr eG in Bünde und dem Gesundheitsnetz Köln-Süd e. V. ermöglichte, um in Televisiten und -konsilen schnell und datenschutzkonform Daten, Informationen und Dokumente auszutauschen. Konsortialpartner des Projekts waren die Uniklinik RWTH Aachen, das Universitätsklinikum Münster, das Ärztenetz MuM Medizin und Mehr eG Bünde, das Gesundheitsnetz Köln-Süd e. V., die Techniker Krankenkasse, die Universität Bielefeld und das ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin. Das Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF16010 gefördert.

Wissenschaft und Forschung

„GAME CHANGER“ FÜR DAS KRANKENHAUS DER ZUKUNFT

Begehbares Modell eines neuartigen Patientenzimmers kommt nach Braunschweig

Braunschweig. Architektur kann Infektionen im Krankenhaus verhindern. Wie das geht, zeigt das begehbare Modell eines neuartigen Patientenzimmers. Entwickelt von einem Team aus den Bereichen Architektur, Medizin und Molekularbiologie im Forschungsprojekt KARMIN. Nachdem der Prototyp im vergangenen Jahr auf dem Gelände der Charité in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt wurde, soll das Patientenzimmer jetzt unter der Federführung des Instituts für Konstruktives Entwerfen, Industrie- und Gesundheitsbau (IKE) der TU Braunschweig, des Fraunhofer-Instituts für Schicht- und Oberflächentechnik IST und des Städtischen Klinikums Braunschweig zu einem anwendungsorientierten Forschungs- und Studienlabor werden.

Das infektionspräventive Zweibettzimmer des KARMIN-Forschungsprojekts setzt auf eine kluge Raumplanung, um die Übertragung gefährlicher Erreger in Krankenhäusern zu minimie-

Der Demonstrator soll auf einer Freifläche des Klinikums am Standort Naumburgstraße unweit des Standorts Salzdahlumer Straße aufgestellt werden.

ren. So haben die Forschenden zwei getrennte Bäder geplant. Die Betten sind gegenüber statt nebeneinander aufgestellt. Die Anzahl der Desinfektionsspender wurde erhöht und die Wegeführung für das Klinikpersonal optimiert. Ziel ist es, die schon hohen Hygienestandards im Krankenzimmer noch zu steigern – ein äußerst wichtiger Aspekt bei der Behandlung von COVID-19-Patienten, aber auch im Zusammenhang mit multiresistenten Erregern.

PRAXISTAUGLICHE MUSTERLÖSUNGEN ALS ZIEL

Gemeinsam wollen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler von TU Braunschweig und Fraunhofer mit den Expertinnen und Experten des Klinikums jetzt weitere praxistaugliche Musterlösungen für die Krankenhaus-Architektur entwickeln. Dazu gehören Materialien, Oberflächen und Ausstattungselemente, die leicht zu

Fotos: Klinikum Braunschweig/Peter Sierigk; TU Braunschweig/Tom Bauer





Forschungsprojekt KARMIN

KARMIN steht für „Krankenhaus, Architektur, Mikrobiom und Infektion“. Das Projekt wurde von Oktober 2016 bis Ende 2020 durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen der Fördermaßnahme „Zwanzig20“ und als Teil des Forschungsverbundes „InfectControl 2020“ gefördert. Verbundpartner waren neben der TU Braunschweig das Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin, das Universitätsklinikum Jena mit der Septomics Research Group und die Röhl GmbH. Das Forschungsteam untersuchte, wie eine neue Raumplanung die Übertragung von Erregern verringern kann und erarbeitete einen Entwurf für ein optimales infektionssicheres Patientenzimmer inklusive Nasszelle. Der Prototyp des Patientenzimmers wurde auf dem Berliner „World Health Summit“ im Oktober 2020 einem internationalen Fachpublikum vorgestellt.

Weitere Informationen: <https://karmin.info/>

reinigen sind und so helfen, gefährliche Keime einzudämmen. In diesem Zusammenhang sollen auch Sensoren und neue innovative Reinigungssysteme, die eine Keimbelastung schnell identifizieren und automatisiert beseitigen, getestet werden.

Im Forschungs- und Studienlabor wollen die Forschenden prüfen, inwieweit neue Produkte und funktionelle Materialien für einen Einsatz in einem Krankenzimmer geeignet sind und diese für unterschiedliche Nutzergruppen – zum Beispiel aus Behandlung, Pflege, Reinigung sowie Ver- und Entsorgung – erfahrbar machen. Welche Desinfektionsspender sich eignen und wo diese am besten im Zimmer platziert werden sollten, sind beispielhaft Fragen, die es zu beantworten gilt. Ein weiterer zentraler Aspekt betrifft die Beleuchtung im Zimmer: Wo muss das Licht installiert, wie kann es gesteuert und bedient werden? Auch dazu wird es Lösungsangebote geben. Begleitet werden die Untersuchungen im Demonstrator durch den Aufbau eines Cybersystems, das neben dem Monitoring von Energie- und Stoffströmen für Wirtschaftlichkeitsanalysen auch mit Elementen ausgestattet werden kann, die die Vitalparameter des

Patienten überwachen, um eine optimierte Patientenversorgung zu gewährleisten.

Die Kooperation ist auf mindestens fünf Jahre angelegt und wird dem stetigen Wandel im Pflegebereich Rechnung tragen. Neue Entwicklungen der Medizin, Veränderungen der gesellschaftlichen Anforderungen sowie Fortschritte im Architektur- und Bauwesen und den Materialwissenschaften werden in die Arbeit einfließen.

Das Modell-Patientenzimmer wollen die Kooperationspartner im September 2021 auf dem Gelände des Städtischen Klinikums Braunschweig an der Naumburgstraße errichten. So soll vor allem medizinischem Personal der Zugang für praxisnahe Untersuchungen ermöglicht werden.

Wie bereits in der Entwurfsphase des KARMIN-Demonstrators will das Forschungsteam Industriepartner einbinden. „Der Bereich Pflege und insbesondere das Patientenzimmer im Krankenhaus wird auch in Zukunft auf weitere Veränderungen reagieren müssen, wie neue Krankheiten oder auch sinkende Bettenzahlen in den Kliniken“, sagt Dr. Wolfgang Sunder vom Institut für Konstruktives Entwerfen, Industrie- und Gesundheitsbau (IKE) der TU Braunschweig. „Das erarbeitete Wissen der Kooperation soll möglichst direkt in Planungs- und Bauprozesse von Gesundheitsbauten einfließen, in die Berufspraxis von Kliniken transferiert sowie in die Entwicklung von entsprechenden Produkten übertragen werden.“

„Funktionalisierte Oberflächen und automatisierte Reinigungssysteme haben das Potenzial, im Krankenhaus der Zukunft zum Game Changer zu werden. Das Patientenzimmer bietet eine ideale Entwicklungs- und Testumgebung für die Entwicklung neuer Produktsysteme und funktioneller Materialien“, ergänzt Prof. Dr. Christoph Herrmann, Leiter des Fraunhofer-Instituts für Schicht- und Oberflächentechnik IST. „Dabei steht für uns neben den Aspekten des Gesundheitsschutzes auch die nachhaltige Produktion und Umsetzung unserer Ideen mit Industriepartnern im Fokus der Arbeiten.“

BEHANDLUNGSQUALITÄT VERBESSERT

„Weitere Aspekte, die mit dem Patientenzimmer der Zukunft verfolgt werden, sind, die Behandlungsqualität während des Krankenhausaufenthalts als auch die Arbeit des medizinischen wie pflegerischen Personals zu optimieren“, so

Dr. Thomas Bartkiewicz, Ärztlicher Direktor des Klinikums. So besteht im Patientenzimmer die Möglichkeit, mittels Augmented Reality verschiedene Fallkonstellationen zu üben. „Ein großer Gewinn in der Aus- und Weiterbildung angehender Medizinerinnen und Mediziner sowie Pflegefachkräfte“, freut sich Bartkiewicz.

Das Forschungsteam vereint die Disziplinen Gebäudegestaltung und Material-, Schicht- und Oberflächentechnik, vertreten durch das Institut für Industriebau und Konstruktives Entwerfen (IKE) der TU Braunschweig und das Fraunhofer-Institut für Schicht- und Oberflächentechnik IST.

Beide Institute haben langjährige Forschungserfahrung im Gesundheitsbereich.

Zudem kooperieren beide Einrichtungen in der Lehre und Forschung seit mehr als zehn Jahren mit dem Städtischen Klinikum Braunschweig. Das Klinikum versorgt als Krankenhaus der Maximalversorgung auf universitärem Niveau die Region Braunschweig. Im Jahr 2013 wurde die gemeinsame Entwicklung plasmabeschichteter Beutel zur Stammzellkultivierung des Fraunhofer IST 2013 mit dem Städtischen Klinikum mit dem Fraunhofer-Preis „Technik für den Menschen“ ausgezeichnet.

WIE EINE CORONA-INFektion BLUTZELLEN LANGFRISTIG VERÄNDERT

Forschungsergebnisse können helfen, Long Covid zu erklären

Erlangen. Mithilfe der Echtzeit-Verformungszytometrie konnten Forscher*innen des Max-Planck-Zentrums für Physik und Medizin in Erlangen erstmals zeigen: Durch eine Covid-19-Erkrankung verändern sich Größe und Steifigkeit roter und weißer Blutkörperchen deutlich – zum Teil über Monate hinweg. Diese Ergebnisse können dabei helfen, zu erklären, warum manche Betroffene noch lange nach einer Infektion über Beschwerden klagen (Long Covid), heißt es in einer Pressemitteilung des MPZPM.

Atemnot, Müdigkeit und Kopfschmerzen: Manche Patient*innen kämpfen noch ein halbes Jahr und länger mit Langzeitfolgen einer schweren Infektion durch das Coronavirus SARS-CoV-2. Dieses Post-Covid-19-Syndrom, kurz Long Covid, ist noch immer nicht richtig verstanden. Klar ist, dass im Zuge einer Erkrankung oft die Blutzirkulation beeinträchtigt ist, es zu gefährlichen Gefäßverschlüssen kommen kann und der Sauerstofftransport im Blut nur eingeschränkt funktioniert. Alles Phänomene, bei denen die Blutzellen und ihre physikalischen Eigenschaften eine Schlüsselrolle spielen. Daher hat ein Team von Wissenschaftler*innen um Markéta Kubánková, Jochen Guck und Martin Kräter vom Max-Planck-Zentrum für Physik und Me-

dizin, dem Max-Planck-Institut für die Physik des Lichts (MPL), der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg sowie dem Deutschen Zentrum für Immuntherapie die mechanischen Zustände von roten und weißen Blutkörperchen untersucht. „Dabei haben wir deutliche und langanhaltende Veränderungen der Zellen messen können – sowohl während einer akuten Infektion und auch noch danach“, berichtet Professor Guck, derzeit geschäftsführender Direktor des MPL. Das habe Folgen für Diagnose und Behandlung von Covid-19.

Ihre Ergebnisse hat die Forschungsgruppe jetzt im Fachmagazin „Biophysical Journal“ veröffentlicht. Um die Blutzellen zu analysieren, nutzen sie ein selbst entwickeltes Verfahren namens Echtzeit-Verformungszytometrie (real-time deformability cytometry, RT-DC), das vor kurzem mit dem hoch dotierten Medical Valley Award ausgezeichnet wurde. Bei dieser Methode schicken die Forscher*innen die Blutzellen durch einen engen Kanal. Dabei werden die Leukozyten und Erythrozyten gestreckt. Eine Hochgeschwindigkeitskamera fotografiert jede einzelne von ihnen durch ein Mikroskop, eine spezielle Software ermittelt, um welche Zelltypen es sich handelt, wie groß und wie stark verformt sie sind. Bis zu 1.000 Blutkörperchen lassen sich so pro Sekunde analysieren. Vorteil des Verfahrens:

Es ist schnell und die Zellen müssen nicht aufwändig angefärbt werden.

MÖGLICHES FRÜHWARNSYSTEM

Die Methode könnte als Frühwarnsystem helfen, künftige Pandemien durch unbekannte Viren zu erkennen. Auf diese Weise haben die Erlanger Biophysiker*innen mehr als vier Millionen Blutzellen von 17 akut an Covid-19 erkrankten Patient*innen, von 14 Genesenen und 24 Gesunden als Vergleichsgruppe untersucht. Dabei zeigte sich, dass beispielsweise Größe und Verformbarkeit der roten Blutkörperchen von Erkrankten stärker schwankte als die von Gesunden. Das deutet auf eine Schädigung dieser Zellen hin und könnte das erhöhte Risiko von Gefäßverschlüssen und Embolien der Lunge erklären. Zudem kann dadurch die Sauerstoffversorgung, die zu den Hauptaufgaben der Erythrozyten zählt, bei Infizierten beeinträchtigt sein. Lymphozyten (Abwehrzellen, die zu den weißen Blutkörperchen zählen) waren bei Corona-Patienten wiederum deutlich weicher, was auf eine starke Immunreaktion hinweisen kann.

Ähnliche Beobachtungen konnten die Forscher auch bei Neutrophilen Granulozyten machen, eine weitere Gruppe weißer Blutkörperchen, verantwortlich für die angeborene Immunabwehr. Diese Zellen blieben sieben Monate nach der akuten Infektion drastisch verändert. „Wir

vermuten, dass sich das Zellskelett der Immunzellen, welches maßgeblich für die Zellfunktion verantwortlich ist, verändert hat“, erklärt Markéta Kubánková, Erstautorin des Forschungsartikels. Aus ihrer Sicht hat die Echtzeit-Verformungszytometrie das Potenzial dazu, routinemäßig bei der Diagnose von Covid-19 eingesetzt zu werden – und sogar als Frühwarnsystem vor künftigen Pandemien durch noch unbekannte Viren zu dienen.

Das Max-Planck-Zentrum für Physik und Medizin ist ein gemeinsames Projekt der drei Kooperationspartner Max-Planck-Institut für die Physik des Lichts (MPL), Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) und Universitätsklinikum Erlangen (UK). Ziel des neuen Forschungszentrums ist die Anwendung von fortschrittlichen Methoden der Experimentalphysik und Mathematik in der biomedizinischen Grundlagenforschung. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der interzellulären Mikroumgebung.

Originalpublikation: Markéta Kubánková, Bettina Hohberger, Jakob Hoffmanns, Julia Fürst, Martin Herrmann, Jochen Guck, Martin Kräter: Physical phenotype of blood cells is altered in COVID-19, Biophysical Journal, 2021, ISSN 0006-495, doi.org/10.1016/j.bpj.2021.05.025.

Kontakt: Dr. Markéta Kubánková, marketa.kubankova@mpl.mpg.de

AHA-REGELN UND TESTEN ALS PANDEMIEBREMSE

Neue Ergebnisse der großen Gutenberg COVID-19 Studie vorgestellt

Nach neun Monaten intensiver Forschung haben die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Gutenberg COVID-19 Studie (GCS) der Universitätsmedizin Mainz, eine der größten und umfassendsten Studien ihrer Art in Deutschland, wichtige neue Erkenntnisse gewonnen. Diese sind ein entscheidender Baustein, um die Auswirkungen der Corona-Pandemie und Wege zu ihrer Bewältigung besser abschätzen zu können. Ministerpräsidentin Malu Dreyer und Wissenschaftsminister Clemens Hoch betonten bei der Vorstellung in der Staatskanzlei die Relevanz der Studie, die Aufschluss unter anderem

zur Dunkelziffer des Infektionsgeschehens, der Bedeutung der Schutzmaßnahmen und der Testungen sowie zu den sozialen und seelischen Auswirkungen der Pandemie gebe.

An der Präsentation in der Staatskanzlei nahmen neben dem Sprecher der Studienleitung, Univ.-Prof. Dr. Philipp Wild, auch der Präsident der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Univ.-Prof. Dr. Georg Krausch, und der Vorstandsvorsitzende und Medizinische Vorstand der Universitätsmedizin Mainz, Univ.-Prof. Dr. Norbert Pfeiffer, teil.

Die Früchte der Wissenschaft erntet man nicht unbedingt schnell. Ein langer Atem zahlt sich auch in der Forschungsförderung aus. Darauf basiert auch die Gutenberg Gesundheitsstudie, auf die die GCS aufsetzt“, sagte Ministerpräsidentin Malu Dreyer. Die nun zutage geförderten Ergebnisse hätten nicht nur in der Rückschau einen hohen Erkenntnisgewinn, sondern sie lieferten notwendige Fakten, um das kommende Vorgehen daran auszurichten.

So ist eine der Kernaussagen der Studie, dass mehr als 40 Prozent aller mit SARS-CoV2 Infizierten nicht von ihrer Infektion wissen. „Wir haben in Rheinland-Pfalz sehr schnell auf flächendeckende Testangebote gesetzt. Mit unserem Projekt ‚Testen für Alle‘ hatten wir mehr als 1.700 Teststellen im ganzen Land eingerichtet. Hier konnten viele Infektionen entdeckt werden, die sonst verborgen geblieben wären, und die Ausbreitung der Pandemie konnte so gebremst werden“, so die Ministerpräsidentin.

Eine weitere Erkenntnis der Studie ist, dass gerade die recht niedrigschwelligen Vorgaben wie die AHA-Regeln in der Praxis einen hohen Nutzen haben. „Menschen, die häufiger Maske getragen oder sich häufiger an die Abstandsregeln gehalten haben, haben sich im Rahmen der Studie auffällig seltener infiziert.

Von großer Bedeutung gerade für die Impfkampagne ist eine weitere Aussage der Studie. So sind die Forscher zu dem Schluss gekommen, dass eine besonders schutzbedürftige Gruppe – Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status – eine niedrigere Impfquote aufweisen. Hier soll nun gezielt angesetzt werden, indem u.a. stärker dorthin gegangen wird, wo die Impfquote niedrig ist und viele Menschen zusammenkommen. Ihnen sollen unbürokratisch, unkompliziert und schnell Schutzimpfungen angeboten werden.

SEHR BREITES DATENFUNDAMENT

Die Studie basiert auf einem breiten Datenfundament. Bereits seit 2017 werden Gesundheitsdaten von 15.000 Personen aus Rheinhessen erhoben. Damit ist die Studie eine der größten lokalen Gesundheitsstudien der Welt. Gefördert wird sie sowohl auf Landesebene als auch im Rahmen des Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung. Damit können direkte Erkenntnisse zum pandemischen Geschehen für das Land geliefert werden. Darüber hinaus, so die Minis-

terpräsidentin, habe sie auch Strahlkraft über die rheinland-pfälzischen Grenzen hinaus.

Der Wissenschafts- und Gesundheitsminister Clemens Hoch kündigte u. a. an, dass die Studie fortgeführt werden soll. Dafür würden weiter die Fördermöglichkeit des Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung genutzt werden. In der kommenden Phase soll die Universitätsmedizin bis zum 30. Juni 2023 mit einem Fördervolumen von knapp 1,5 Millionen Euro unterstützt werden. Es sollen dann die detaillierte Auswertung der vorliegenden Daten und Biomaterialien sowie die zusätzlichen Datenerhebungen bezüglich neuer Aspekte, wie Impfungen, Mutationen und Langzeitfolgen erarbeitet werden.

LANGFRISTIGES ZIEL: ANSÄTZE FÜR DIE BEKÄMPFUNG DER INFektion ZU FINDEN

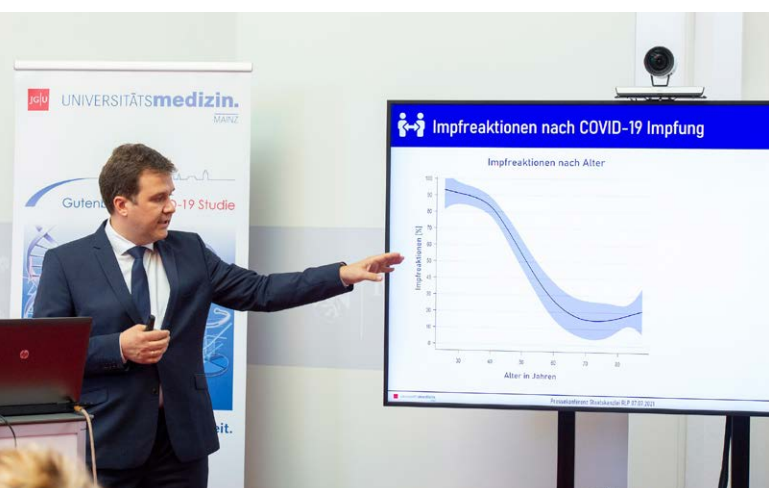
Der koordinierende Studienleiter Univ.-Prof. Dr. Philipp Wild verdeutlichte das Potenzial der Gutenberg COVID-19 Studie: „Wir verfolgen langfristig das Ziel, mit den Analysen zu den Auswirkungen der SARS-CoV2-Pandemie auf die Bevölkerungsgesundheit Ansätze für die Bekämpfung der Infektion zu identifizieren. Unsere Studie bietet hierzu die besondere Möglichkeit, vielschichtige und tiefgreifende Auswertungen durchzuführen. Neben den umfangreichen Informationen, die wir unter anderem mit Interviews, Fragebögen und einer Web-App ermittelt haben, können wir auch auf Biomaterialproben, die klinisch-molekulare Untersuchungen zur SARS-CoV-2-Infektion erlauben, beispielsweise aus Blut, Stuhl oder auch dem Tränenfilm der Studienteilnehmenden, zurückgreifen. Zudem stehen umfassende, seit 2007 erhobene Vordaten der Gutenberg Gesundheits-Studie zu den Studienteilnehmenden zur Verfügung, die für eine Bewertung der Gesundheit im Verlauf besonders wichtig sind.“ Viele aktuelle Untersuchungsergebnisse seien auf dem Studien-Dashboard online einsehbar, und zahlreiche wissenschaftliche Analysen würden in den kommenden Monaten folgen.

Derzeit zeige sich allerdings, dass sich die Bevölkerung immer seltener testen lasse. Insbesondere in den Gruppen der vollständig geimpften und genesenen Personen ist die Anzahl der Testungen rückläufig: Betrug die Testrate der Personen, die bereits über einen vollständigen Impfschutz verfügten, Ende April 2021 knapp 30 Prozent, so sank der Wert auf aktuell rund





Pressekonferenz zur Vorstellung der Ergebnisse der Gutenberg COVID-19 Studie am 07. Juli 2021



oben: Der Studienleiter Univ.-Prof. Dr. Philipp Wild bei der Pressekonferenz zur Vorstellung der Ergebnisse der Gutenberg COVID-19 Studie am 07. Juli 2021



links: Der Vorstandsvorsitzende und Medizinische Vorstand der Universitätsmedizin Mainz Univ.-Prof. Dr. Norbert Pfeiffer bei der Pressekonferenz zur Vorstellung der Studienergebnisse



15 Prozent. Da jedoch auch in diesen Personengruppen potenzielle Infektionsträger sind, müssen sie in die regelmäßige Testung weiterhin eingebunden werden.

Weitere Studienleiter der Gutenberg COVID-19-Studie sind Univ.-Prof. Dr. Dipl.-Psych. Manfred Beutel (Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie), Univ.-Prof. Dr. Karl Lackner (Direktor des Instituts für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin), Univ.-Prof. Dr. Thomas Münzel (Direktor des Zentrums für Kardiologie, Kardiologie I), Univ.-Prof. Dr. Norbert Pfeiffer (Direktor der Augenklinik und Poliklinik) und Univ.-Prof. Dr. Konstantin Strauch (Direktor des Instituts für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik).

WICHTIGE ERKENNTNISSE GEWONNEN

Aus der interdisziplinären Gutenberg COVID-19 Studie der Universitätsmedizin Mainz gehen zum Abschluss ihrer ersten Projektphase zahlreiche wichtige Erkenntnisse über die kurz- und langfristigen Folgen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Bevölkerungsgesundheit hervor.

Die multimodal erhobenen Daten der 10.250 Studienteilnehmenden im Alter von 25 bis 88 Jahren der Stadt Mainz und dem Landkreis Mainz-Bingen sind repräsentativ für die Untersuchungsregion. Erfasst wurden unter anderem Informationen zur körperlichen und seelischen Gesundheit, den ergriffenen Präventionsmaßnahmen sowie über den Alltag, die Lebens-, Arbeits- und Wohnbedingungen und die Lebens-

qualität der Menschen während der Pandemie. Ihre Analyse lässt Rückschlüsse zu auf das lokale Pandemiegeschehen und liefert zudem Erkenntnisse, die grundsätzlich relevant sind für die Pandemiebekämpfung.

So lieferte die Untersuchung wichtige Hinweise zur Dunkelziffer hinsichtlich des Infektionsgeschehens. Bei etwa 3,7 Prozent der Teilnehmenden wurde bis Anfang April eine vergangene oder akute, wissentliche oder bislang nicht diagnostizierte Infektion mit SARS-CoV-2 nachgewiesen. Dies entspricht basierend auf den schon vorliegenden Daten bis Anfang Juli aktuell einem Anteil von ungefähr 6,3 Prozent in der Bevölkerung. Der Lagebericht des Dashboards des Robert-Koch-Instituts (RKI) vom 2. Juli 2021 beschreibt im Vergleich einen Anteil von 4,6 Prozent wissentlicher Infektionen in Deutschland. Etwa 42 Prozent der betroffenen Menschen wussten demnach nicht von ihrer vergangenen Infektion. Männer waren häufiger unwissend infiziert, ebenso ältere Studienteilnehmende: Der Höchstwert lag bei etwa 63 Prozent bei den 75- bis 88-Jährigen. Der hohe Anteil an unerkannten Infektionen verdeutlicht, dass eine systematische Testung wichtig ist, um eine Ausbreitung des Virus und damit auch eine mögliche erneute Infektionswelle frühzeitig erkennen zu können.

Weitere Informationen zur Studie:

www.gutenberg-covid19.de sowie GCS Dashboard
www.unimedizin-mainz.de/GCS/dashboard



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
3mal1.de

ABBILDUNG TITEL

Jiw Ingka – stock.adobe.com

ANZEIGENGESTALTUNG

VKD

REDAKTIONSSCHLUSS

26. Juni 2021

ISBN: 978-3-00-069929-0

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 Pluralbezeichnungen von Personen mit „Genderstern“ oder „Binnen-I“ wurde redaktionell nicht vorgenommen.

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



NEUE HERAUSFORDERUNGEN BRAUCHEN NEUE LÖSUNGEN:

DIE HEALTH CARE PROGRAMME DER SMBS

Der Bereich des Health Care Managements entwickelt sich so dynamisch wie kaum ein anderer.

Das sind die Mega-Trends der kommenden Jahre:

- **Internet und Digitalisierung** fördern die Mündigkeit der Patienten, die nun aktiv zwischen Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen auswählen.
- **Reforminitiativen und Kostenziele** führen zur Zusammenlegung und auch Neustrukturierung von Gesundheitseinrichtungen. Prozesse sind zu optimieren und neu zu gestalten. Das Wettbewerbsumfeld ändert sich radikal. Die Unternehmen müssen sich hier neu positionieren.
- Der **demografische Wandel** ist eine Herausforderung, der sich das Gesundheitsmanagement mit neuen Ideen und innovativen Ansätzen für die Versorgung der zunehmenden Anzahl älterer, oft pflegebedürftiger Menschen stellen muss. Die Strategie der einzelnen Unternehmen ist daran anzupassen.

Die SMBS – die Business School der Universität Salzburg – bietet basierend auf diesen Trends sowie dem generellen Anspruch, die strategische Sichtweise im Gesundheitsbereich zu stärken, berufsbegeleitende, universitäre Ausbildungen an:

- den universitären Lehrgang für Health Care Management, der in zwei Semestern alle wichtigen Inhalte zu Ökonomie, Controlling in Gesundheitsbetrieben, Health Care Marketing und auch Qualitätsmanagement vermittelt,
- das MBA Studium, das über diese Inhalte hinaus auch noch die betriebswirtschaftlichen und führungsspezifischen Kompetenzen der Studierenden nachhaltig stärkt.

Inhalte der Module

- General Management
- Strategisches und operatives Management
- Gesundheitswesen und Sozialversicherung
- Gesundheitsökonomie und Finanzierung
- Qualitätsmanagement und Ethik
- Organisationslehre
- Projektmanagement
- Krisenkommunikationsmanagement
- Rechtliche Grundlagen
- Die Rechtsstellung der Führungskraft
- Rechnungswesen
- Controlling
- Finanzierung
- Personalmanagement + Employer Branding
- Prozessmanagement
- Marketing
- Leadership
- Soziale Kompetenzen

Anmeldung und Organisation:

Susanne Matzat
LVR-Klinik Langenfeld
Tel-Nr.: +49 2173 1021001
E-Mail: susanne.matzat@lvr.de

SEMESTERSTART: HERBST 2022

Teilnehmer, die sich über den VKD bei den Universitätslehrgängen anmelden, erhalten eine Ermäßigung in Höhe von 10 % auf den Lehrgangspreis.



Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands e. V.

118 Jahre

... und kein bisschen leise!

Gründungstag: 5. Juli 1903

Gründungsort: Dresden