



Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands e. V.

PRAXISBERICHTE

2023

STRATEGIE

Langfristig denken, taktisch klug agieren

JUNGER VKD

Es geht nur gemeinsam

OPTIMISTISCHE SIGNALE

Pläne, Projekte, Innovationen



120 Jahre

PROJEKTE | POSITIONEN | PERSPEKTIVEN



Leading International Trade Fair
DÜSSELDORF, GERMANY
13-16 NOVEMBER 2023

Member of  **MEDICAlliance**

Where
healthcare
is going

www.medica.de



MEDICA 2023 - Spitze in allen Bereichen **Der VKD ist auch dabei!**

Die **MEDICA 2023** wird als die weltführende Informations- und Kommunikationsplattform für die Medizintechnik-Branche und den Zuliefererbereich der Medizintechnik-Industrie vom 13. – 16. November 2023 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

WAS WAR, WAS IST, WAS WIRD?

Es gab nie eine Garantie dafür, dass sich alles in geplanten Bahnen entwickeln würde

„Man kann das Leben nur rückwärts verstehen, aber leben muss man es vorwärts“, schrieb der dänische Philosoph und Schriftsteller Søren Kierkegaard. Und auch Alt-Bundeskanzler Helmut Kohl sah das ähnlich, als er feststellte, es könne die Gegenwart nicht verstehen und die Zukunft nicht gestalten, wer die Vergangenheit nicht kenne.

Verstehen wir mit Blick auf die 120-jährige Geschichte unseres Verbandes die Herausforderungen der Klinikversorgung in der Gegenwart besser? Zumindest sehen wir – abgesehen von den schweren Kriegsjahren und der furchtbaren Nazizeit – eine gewisse Kontinuität. Wir sehen das Auf und Ab, dem die Krankenhäuser und damit auch unser Verband immer wieder ausgesetzt waren, sehen die sich ständig neu stellenden Probleme, die zu bewältigen waren. Dass dabei immer die Finanzierungsfragen eine große Rolle spielten, wundert nicht. Der Blick zurück in die Vergangenheit zeigt aber auch, wie immer wieder versucht wurde, diese Frage sinnvoll zu beantworten, das Problem dauerhaft zu lösen. Das was WAR dokumentiert allerdings, dass dies kaum, allenfalls für kurze Zeit, gelang. Es dokumentiert auch den offenbar ewigen Spagat zwischen staatlichen Eingriffen und der Notwendigkeit, den Führungskräften genügend Freiräume für ihre Arbeit zu lassen.



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

Doch auch in extrem kurzen Zeitspannen kann sehr viel passieren, was abrupte Veränderungen und konsequente Anpassungen verlangte. Sehen wir auf die vergangenen drei Jahre, auf die jüngste Vergangenheit, die uns und unseren Mitarbeitern noch immer in den Knochen stecken – was ist wiederum daraus unser Fazit? Es waren turbulente Jahre, geprägt von vielen Unwägbarkeiten, der Notwendigkeit schneller Entscheidungen und der Unsicherheit, ob denn die von der Politik zugesagten Rettungsschirme in welcher Größenordnung wohl kommen würden. Es gab aber durchaus auch Lerneffekte, etwa, was die Bedeutung von Netzwerken, die Bedeutung auch der kleinen Häuser in der Fläche betraf.

Es waren auch Lerneffekte für die Politik, denn die Pandemie dokumentierte sehr deutlich die ungelösten Probleme im komplexen Feld der Krankenhausversorgung. In Berlin reagierte man daher im vorigen Jahr mit dem Plan einer großen Krankenhausreform und setzte dafür bereits im Mai auch eine Expertenkommission ein, die Vorschläge machen sollte. Diese werden derzeit intensiv und auch kontrovers diskutiert. Positionen der Bundesländer spielen dabei eine wesentliche Rolle. Und auch das Krankenhausmanagement muss hier deutlich mit seinen Erfahrungen und seiner Kompetenz die Stimme erheben, denn es geht nicht nur um Pläne vom grünen Tisch in Berlin aus, sondern ganz konkret um die Zukunft der Häuser und der Patientenversorgung vor Ort. Die Pandemiejahre reichen in das „IST“ dominant hinein.

„ Zuversicht, Optimismus, Weitsicht und auch Flexibilität – ohne sie geht es nicht. Das sind die wichtigen Erfahrungen nicht nur aus der Vergangenheit. Sie helfen uns im Jetzt und Heute ebenso, wie sie notwendig sind für den Kurs, der die kommenden Jahre prägen wird. “

In den turbulenten vergangenen drei Jahren haben wir uns auch gefragt, ob das, was wir gerade erleben und zu lösen haben, nun das „neue Normal“ sein wird. Heute wissen wir bereits – so schnell läuft die Zeit – dass dies nicht der Fall ist. Das „neue Normal“ von heute mit seinen inzwischen multiplen Krisen, die alle auch die Krankenhäuser, und in diesem Zusammenhang natürlich ebenso die Rehakliniken und Pflegeheime, betreffen, ist noch schwieriger zu bewältigen. Das, was wir derzeit in den Krankenhäusern vielfach erleben, ist eine „rote Welle“, eine wirtschaftliche Krise, in der rund 60 Prozent der Krankenhäuser stecken, und die sie nicht selbst zu verantworten haben.

Die Politik reagiert, milde gesagt, äußerst zögerlich auf diese für die Gesundheitsversorgung gefährliche Situation und will offenbar nicht sehen, dass ihre große Reform hier im Jetzt und IST erst einmal eine wirtschaftliche Stabilisierung der Krankenhausversorgung zwingend benötigt.

Alle kaufmännischen Führungskräfte sehen sich permanent mit der Aufgabe konfrontiert, eine Balance herzustellen zwischen dem Auftrag, die Patientenversorgung in guter Qualität weiterhin zu garantieren und gleichzeitig die Wirtschaftlichkeit ihrer Häuser abzusichern. Beides gehört zusammen – anders, als die Krankenkassen es sich vorstellen möchten, die

am liebsten nur über Strukturen reden würden, die natürlich in ihrer Vorstellung wohl zum Nulltarif zu haben sein könnten.

Was WIRD also? Wie viele Krankenhäuser werden die große Reform noch erleben, wenn es zuvor kein Vorschaltgesetz gibt? Was passiert im kommenden Jahr, in den nächsten Jahren, wenn heute nicht gehandelt wird? Es ist ja eine Erfahrung aus dem WAR und IST, dass so schwerwiegende Versäumnisse nicht ohne Folgen bleiben. Die kalten Strukturveränderungen laufen bereits und könnten weiter Fahrt aufnehmen.

Die betroffenen 60 Prozent der Häuser und ihre Träger kämpfen – und auch die meisten anderen wissen schon jetzt, dass es im kommenden Jahr vermutlich auch für sie noch schwieriger wird, wenn die Politik nicht zeitnah handelt, also hier endlich die notwendigen Prioritäten setzt, wie sie es ja für andere Branchen bereits getan hat. Die Krankenhausreform wird es nicht richten, wenn das zunächst Naheliegende nicht geschieht.

Pessimismus ist – eigentlich nie – eine Option. Es gibt gute Ideen, stimmige Strategien. Das zeigen in jedem Jahr, und auch in diesem wieder, unsere Praxisberichte. Und sind es nicht auch wichtige Erfahrungen aus der Vergangenheit, die uns motivieren? Warten wir auf die Politik, die oft etwas spät in die Gänge

kommt? Dr. Matthias Geiser sagt hier im Interview: „Wir haben bereits in der Pandemie unser Leistungsprofil weiterentwickelt – mit unserem eigenen Knowhow. Wir definierten Leistungssegmente, in denen wir Weiterentwicklungspotenzial sahen – diese gehen wir jetzt an, unabhängig von politischen Wechsell.“

Ohne diese Initiativen, ohne das Wissen, die Erfahrungen und das Können, das auch in unserem Verband versammelt ist, wäre die Gesundheitsversorgung in unserem Land auch heute schon deutlich schlechter dran als sie es ist. Aber natürlich richten wir unsere Erwartungen auch auf ein hoffentlich sinnvolles politisches Handeln.

„Die Jagd nach dem Sündenbock ist die Einfachste“, meinte schon Dwight D. Eisenhower. Ja, die ist immer leicht, sie ist aber keine Lösung. Die Suche nach Schuldigen hilft uns gerade derzeit nicht wirklich aus der Krise. Aus der aktuellen Lage kommen wir nur gemeinsam heraus – Krankenhäuser und Krankenkassen – und Politik. Aus dem was IST müssen ja Schlussfolgerungen für das was WIRD gezogen werden, die am Ende tatsächlich die Versorgung verbessern – und zwar praktisch, nicht nur in der schönen Theorie. Wir sind – schon beruflich bedingt – Realisten. Das hilft.

Die Erkenntnis für unseren Verband: Wir müssen uns immer wieder gemeinsam für gute, plausible und praktikable Lösungen einsetzen. Das Stichwort ist gemeinsam! Die Praxis ist nun einmal, man kann es nicht oft genug betonen, das Kriterium der Wahrheit. Was in der Praxis nicht funktioniert, funktioniert überhaupt nicht. Natürlich gibt es auch im VKD unterschiedliche Erfahrungen, Meinungen und je nach Größe und Träger auch unterschiedliche Interessen. Doch in den wesentlichen Fragen ist das Sprechen mit einer Stimme – der Stimme der Praxis – bedeutend, ja gegebenenfalls ausschlaggebend, für die Wirkung auf gesundheitspolitische Entscheidungen. Große wie kleine Häuser sind für die flächendeckende Versorgung wichtig. Das haben wir doch auch in den vergangenen Pandemie Jahren gelernt.

Ein Schwerpunktthema in diesen Praxisberichten beschäftigt sich mit Strategieentwicklung und der Umsetzung strategischer Entscheidungen. Es zeigt, wie vorausschauend Krankenhausunternehmen verschiedener Größen bereits agieren – aus den Notwendigkeiten der Versorgungspraxis und aus ihrer Verantwortung für die Patienten und Mitarbeiter heraus. Gerade Krankenhauskonzerne dokumentieren zudem, dass sie immer auch mit den kleinen Häusern planen, die zu ihnen gehören. Dennoch wird auch hier deutlich, dass viele wichtige Veränderungen und notwendige Entwicklungen nur mit Eigenmitteln meist nicht möglich sind.

Die Dokumentation zur Geschichte des VKD, dem ältesten Krankenhausverband in Deutschland, in diesen Praxisberichten zeigt, welche Themen, die uns heute noch beschäftigen, bereits unsere Altvorderen im Krankenhausmanagement umgetrieben haben. Sie haben zum Teil in sehr schweren Zeiten versuchen müssen, die Versorgung aufrecht zu erhalten. Das sollten wir wertschätzen.

Aus dieser Geschichte lernen wir auch, dass es für die uns gewünschten und erhofften Bahnen leider keine Garantie gibt. Zuversicht, Optimismus, Weitsicht und auch Flexibilität – ohne sie geht es nicht. Das sind die wichtigen Erfahrungen nicht nur aus der Vergangenheit. Sie helfen uns im Jetzt und Heute ebenso, wie sie notwendig sind für den Kurs, der die kommenden Jahre prägen wird. Das, was WIRD, können wir mit beeinflussen. Ich habe diese Zuversicht und ich teile sie mit vielen unserer Kolleginnen und Kollegen.

Mein ganz herzlicher Dank gilt an dieser Stelle allen Autorinnen und Autoren dieser Praxisberichte, die uns an ihren Erfahrungen und Erkenntnissen teilhaben lassen.

Ihr

Dr. Josef Düllings

Inhaltsverzeichnis

BEWERTUNGEN UND POSITIONEN

Krankenhausreform: Es geht nicht um Schnelligkeit, sondern um Gründlichkeit	10
Vor Inkrafttreten sind die Krankenhäuser wirtschaftlich zu stabilisieren	
<i>Interview mit Dr. Josef Düllings</i>	

STRATEGIE – LANGFRISTIG DENKEN, TAKTISCH KLUG AGIEREN

Strategieentwicklung in einer Zeit des Umbruchs	20
Abwarten ist für die Krankenhäuser heute keine Option	
<i>Dr. Jens-Uwe Schreck</i>	
„Wir haben bereits in der Pandemie unser Leistungsprofil weiterentwickelt“	26
Der zusätzliche Druck für Strukturveränderungen kommt auch aus dem Personalbereich	
<i>Interview mit Dr. Matthias Geiser</i>	
Auf den Umbruch in der Gesundheitsversorgung vorbereitet sein	32
Leistungen der Schwerpunktversorgung sichern, ambulante Strukturen umfassend ausbauen, wirtschaftliche Stabilität erhalten	
<i>Andreas Gericke</i>	
Der Plan: Fit werden für die nächsten 30 Jahre	39
Der neue Gesundheitscampus – die Bauprojekte des Klinikums Landsberg am Lech	
<i>Klinikum Landsberg am Lech</i>	
Es zählt jetzt allein die Wirkung beim Patienten	46
Strategische Auswirkungen auf eine Organisation durch den Wechsel vom Regelsystem hin zu einem Modellvorhaben	
<i>René Berton</i>	
Spezialisiert und flächendeckend	51
Zukunftsfähige stationäre medizinische Versorgung der Region Hannover	
<i>Klinikum Region Hannover</i>	

JUNGER VKD – ES GEHT NUR GEMEINSAM

<i>Immer nur im Hinterstübchen sitzen funktioniert nicht</i>	58
Wir müssen aus der Praxis heraus wichtige Impulse für gesundheitspolitische Entscheidungen geben	
<i>Interview mit Andreas Tyzak</i>	

OPTIMISTISCHE SIGNALE – PLÄNE, PROJEKTE, INNOVATIONEN

<i>Im Zeichen des Seepferdchens ins Leben starten</i>	64
Erste Geburtsstation nach kompletter Sanierung fertig	
<i>Klinikum Südstadt Rostock</i>	
<i>Patienteninformationen auf einen Blick verfügbar</i>	66
Start der elektronischen Patientenakte an den Helios Amper-Kliniken Dachau und Indersdorf	
<i>Helios Amper-Klinikum Dachau</i>	
<i>Mit Strahlen gegen Herzrhythmusstörungen</i>	68
Innovative Behandlungsmethode lässt Betroffene mit nicht behandelbaren Kammerrhythmusstörungen hoffen	
<i>Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden</i>	
<i>Interventionsarme Geburten stärken</i>	70
Land unterstützt Hebammen-Kreißsaal mit 340.000 Euro	
<i>Städtisches Klinikum Dessau</i>	
<i>Spatenstich für das Neue Hauner</i>	72
Am Campus Großhadern entsteht in den kommenden sechs Jahren eine hochmoderne Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin	
<i>LMU Klinikum</i>	
<i>Klinikpersonal soll durch Bürokratie-Abbau entlastet werden</i>	74
18 Krankenhäuser im Modellprojekt Bürokratieabbau Bayerns	
<i>Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege</i>	

120 JAHRE VKD

<i>Der VKD – 120 Jahre und kein bisschen leise</i>	78
<i>Impressum</i>	106

BEWERTUNGEN UND POSITIONEN

Prioritäten setzen

Versorgungslücken verhindern

Bundesländer eng einbeziehen

Realitätscheck durch die Praktiker

Systemische Finanzierungslösung notwendig





Krankenhausreform: Es geht nicht um Schnelligkeit, sondern um Gründlichkeit

VOR INKRAFTTRETEN SIND DIE KRANKENHÄUSER
WIRTSCHAFTLICH ZU STABILISIEREN

Die Krankenhäuser haben schwierige Jahre hinter sich gebracht. Inzwischen aber eskaliert die Situation nochmals durch Energiepreise, Inflation, Tariferhöhungen. Das Jahr 2023 scheint wirtschaftlich das schwierigste der vergangenen Jahrzehnte für den Bestand vieler Häuser zu sein. Eine große Krankenhausreform soll für die Zukunft deutliche Verbesserungen bringen – ohne dass die Bundespolitik bisher jedoch die Notwendigkeit sieht, zuvor die Häuser wirtschaftlich zu stabilisieren. Im Hintergrund der Krise haben sich zudem weitere für die Patientenversorgung gefährliche Teilkrisen aufgebaut, deren Anfänge seit vielen Jahren zwar immer wieder thematisiert, die aber nicht gelöst wurden. Jetzt ballt sich alles im Rahmen einer allgemeinen Krisensituation der Wirtschaft zusammen und Lösungen werden immer schwieriger. Das aktuelle Interview dazu mit Dr. Josef Düllings, Präsident des Verbandes der Krankenhausedirektoren Deutschlands e. V. (VKD).

Sehr geehrter Herr Dr. Düllings, erinnern Sie sich noch an das sogenannte magische Dreieck, mit dem 2022 Bundesgesundheitsminister Prof. Lauterbach deutlich machte, dass Vorhaben auch im Krankenhausbereich das O.K. des Bundesfinanzministers „benötigten“?

Dr. Düllings: Ich erinnere mich ziemlich genau – und wir fragten uns damals bereits, ob jetzt Krankenhauspolitik nach Kassenlage gemacht werden wird. Wenn von verschiedenen Seiten – auch von Krankenkassen – mit Transformationskosten der Krankenhausreform von rund 100 Milliarden Euro in den nächsten zehn Jahren gerechnet wird, bin ich sehr gespannt, ob es hier einen Finanzierungsvorbehalt geben wird – wie offenbar derzeit für das Pflegepersonalentlastungsgesetz. Bisher liegt ja auch noch kein Vorschlag für den Bundeshaushalt 2024 vor.

Vielleicht können Sie angesichts des derzeit bekannten Stands der Bund-Länder-Gespräche zur Position des VKD in Bezug auf die Krankenhausreform etwas sagen.

Dr. Josef Düllings: Zunächst ist uns wohl allen klar, dass eine Reform notwendig ist. Es geht nicht um das Ob, es geht um das Wie – und durchaus auch das Wann. Angesichts der Tatsache, dass rund 60 Prozent der Krankenhäuser aufgrund der allgemeinen wirtschaftlichen

und ich denke, hier sind wir noch nicht am Ende der Fahnenstange. Wenn die Eckpunkte für das Gesetz im Sommer vom Bundesgesundheitsministerium – wie angekündigt – vorgelegt werden, wird es bei den Details nochmals zu einem Realitätscheck kommen.

Positiv zu sehen ist derzeit aber auch bereits, dass sich Krankenhäuser und Krankenhausunternehmen mit mehreren Standorten, wie sie sich auch in diesen Praxisberichten vorstellen,

„Zunächst ist uns wohl allen klar, dass eine Reform notwendig ist. Es geht nicht um das Ob, es geht um das Wie – und durchaus auch das Wann.“

Situation in roten Zahlen sind, war für den VKD immer klar, dass es aus dieser Wirtschaftskrise heraus keinen guten Neuanfang für den gesamten Krankenhausbereich geben kann.

Bundesgesundheitsminister Lauterbach ging öffentlich davon aus, dass rund ein Drittel der Krankenhäuser inzwischen insolvenzgefährdet ist – das wären rund 600 Häuser. Wenn sie es nicht schaffen, am Markt zu bleiben und damit für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stehen, blicken wir in relativ kurzer Zeit auf riesige Versorgungslücken, denn es ist ja ein leider immer wieder in die Welt gesetzter Irrtum, dass man viele Kleine nicht wirklich benötige. Wie sollen denn die großen Zentren alle hier dann nicht mehr versorgten Patienten übernehmen können? Auch sie haben doch nur begrenzte Kapazitäten – sowohl strukturell als auch im Fachkräftebereich.

Von Anfang an haben wir auch darauf gedrungen, dass die Länder frühzeitig und intensiv in die Diskussionen einbezogen werden. Es geht ja bei fast allen geplanten Vorhaben schließlich um ihre ureigenste Kompetenz für die Krankenhausplanung und die Versorgungsstrukturen in den Bundesländern. Es hat sich bereits gezeigt, wie wichtig diese Einbeziehung ist und war. Inzwischen sind etliche Korrekturen erfolgt –

angesichts der Situation insgesamt sowie der Lage vor Ort strategisch durchaus auf Strukturveränderungen teils schon länger vorbereiten und auch bereits umsetzen. Das zeigt, dass aus der Praxis heraus schon sehr viel in die Wege geleitet wurde. Vielen Häusern ist das aber in ihrer wirtschaftlichen Krise nicht möglich.

Ursprünglich hatte der Bundesgesundheitsminister angekündigt, weitere Ergebnisse aus der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Ende April vorzustellen. Das ist offenbar nicht geschafft worden. Eine vielleicht insgesamt zu ambitionierte Planung?

Dr. Josef Düllings: Das haben wir bereits bei der Ankündigung befürchtet. Die Reform ist in ihrer Komplexität nicht binnen kurzer Zeit in Gesetzesform zu bringen. So sind die Bundesländer aus meiner Sicht zu spät involviert worden. Das Ganze, so wie ursprünglich auch von der Regierungskommission vorgeschlagen, griff viel zu tief in die Planungs- und Gestaltungskompetenzen der Länder ein. Daher haben ja auch Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein ein Rechtsgutachten beauftragt, das die Verfassungsmäßigkeit

der Vorschläge prüfte und schließlich feststellte, dass die Vorschläge in Teilen nicht mit dem Grundgesetz in Einklang stünden – vor allem auch, was die Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern und das Primat der Krankenhausplanung der Länder betraf. Das hätten meines Erachtens aber auch bereits die Experten der Regierungskommission erkennen müssen.

Für die Länder war es wichtig, dass sie auch in Zukunft weitreichende Entscheidungskompetenzen haben. Eine zentral aus Berlin gesteuerte Reform mit einer bundesrechtlichen Einführung von detaillierten, mit Strukturvorgaben hinterlegten Leveln und einer starren Zuordnung fester Leistungsgruppen zu einzelnen Leveln werde abgelehnt, so die drei Länder. Diese sprachen sich dabei nicht gegen eine Reform aus, verwiesen aber u.a. auch auf die zahlreichen regionalen Besonderheiten, die berücksichtigt werden müssten. Das ist auch Position des VKD.



Im Gespräch

Dr. Josef Düllings

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

Hauptgeschäftsführer der
St. Vincenz-Krankenhaus
GmbH, Paderborn

Gesetz zu haben, je einhaltbar war. Sollten Ende des Sommers tatsächlich Eckpunkte dafür vorliegen, werden diese sicher wieder diskutiert werden müssen, ehe es dann zu einem Referentenentwurf kommt. Und da geht es dann erneut um viele Details, die auch aus Praxissicht natürlich genauer Prüfung unterzogen werden müssen. Sonst haben wir am Ende ein Gesetz, das nichts verbessert, sondern immer wieder neue Schwachstellen aufweist. Der VKD plädiert für einen realistischen Zeitplan, in dem auch tatsächlich alle Beteiligten Zustimmung und Bedenken äußern können.

Die jeweils neu in die Debatten eingebrachten Vorschläge müssen gründlich geprüft und auch aus Praxissicht bewertet werden. Wer, wenn nicht die Praktiker, sind dazu in der Lage? Sie müssen schließlich später auch damit zu recht kommen.

Eine Folgenabschätzung durch die Praxis?

Dr. Josef Düllings: Im Grunde ja. Ehe wir ein stimmiges Reformgesetz haben, wird es noch länger dauern, als es der Bundesgesundheitsminister sich wünscht und angekündigt hat. Diese Zeit muss aber auch genutzt werden für die Stabilisierung der vorhandenen Versorgungsstrukturen. Ich kann es nicht oft genug betonen: Das ist die erste Voraussetzung dafür, dass es mit der Reform danach dann auch tatsächlich klappt und unsere Gesundheitsversorgung zukunftsfähig aufgestellt werden kann. Der Hinweis, dass mit der Reform dann alles gut wird, ist wohlfeil. Die Hausaufgaben muss die Politik davor schon machen. Sonst läuft der ungesteuerte kalte Strukturwandel weiter und wir brauchen dann vielleicht keine Reform mehr.

„ Bundesgesundheitsminister Lauterbach ging öffentlich davon aus, dass rund ein Drittel der Krankenhäuser inzwischen insolvenzgefährdet ist – das wären rund 600 Häuser. Wenn sie es nicht schaffen, am Markt zu bleiben und damit für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stehen, blicken wir in relativ kurzer Zeit auf riesige Versorgungslücken. “

Aus unserer Sicht wird die jetzt entstandene Verzögerung kaum aufgeholt werden können. Es geht ja auch nicht um Schnelligkeit, sondern um Praktikabilität. Ich weiß nicht, ob die Ankündigung, bis zum Jahresende ein fertiges

Von den Ländern ist der Minister schon davon überzeugt worden, dass es keine Eins zu Eins Umsetzung geben kann.

Dr. Josef Düllings: ...und es wird sicher eine Orientierung am Planungsmodell aus NRW geben. Hier gibt es ja inzwischen auch die meisten Erfahrungen damit. Doch auch Experten, wie sie Mitglieder der Regierungskommission sind, haben ihre eigene Agenda, die sie zum Teil bereits über viele Jahre verfolgen. Ich denke da an die immer wieder geforderte Reduzierung der Anzahl der Krankenhäuser, die sich inzwischen allein schon durch die kalten Strukturveränderungen der vergangenen Jahre verringert hat. Auch die Zahl der Abteilungen, vor allem auch der Geburtshilfen, nimmt stetig weiter ab. Das liegt natürlich auch an der Festlegung der Level, die zum Teil vor allem in der Fläche nicht mehr erreicht werden können. Hinzu kommt der Mangel an Hebammen und Gynäkologen.

Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung kritisiert, dass in der Diskussion um die Krankenhausreform zu viel über die finanzielle Versorgung der Krankenhäuser gesprochen werde und zu wenig darüber, welche Strukturen es für die Versorgung der Menschen brauche. Der Sprecher des GKV-Spitzenverbandes, Florian Lanz, sagte u.a., der Erhalt bestehender Strukturen nur um der Krankenhäuser willen werde nicht funktionieren. Ihr Kommentar dazu?

Dr. Josef Düllings: Die Reform ist, wie bereits betont, ohne Zweifel notwendig. Sie darf aber – und das ist unsere Position – nicht zur Zerstörung funktionierender Strukturen führen. Nicht Revolution, sondern Evolution. Für die angestrebten und notwendigen vernetzten Versorgungsstrukturen unabdingbar sind Krankenhäuser aller Versorgungsstufen. Basis ist dabei die Erreichbarkeit einer stationären Grundversorgung mit einer einsatzfähigen Notfall- und Intensivversorgung innerhalb von

20 Minuten für jeden Bürger. Hier geht es natürlich um Strukturen, die benötigt werden. Dass sich dabei auch Veränderungen ergeben müssen, ist unbenommen. Veränderungen, die auch durchaus komplex sein werden, kosten aber nun einmal Geld. Wenn die Krankenkassen denken, dass all diese Strukturveränderungen zum Nulltarif zu haben sein könnten, träumen sie.

Es kann auch nicht im Interesse der Krankenkassen sein, dass ihre Mitglieder im Krankheitsfall mit immer größer werdenden Versorgungslücken konfrontiert werden – sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Krankenhäuser werden zu Rettungsankern für Menschen vor allem in ländlichen Regionen. Wir steuern aber sehenden Auges auf eine Krankenhausversorgung zu, die den Begriff flächendeckend nicht mehr verdient. Das müssten eigentlich auch die Kassen bemerken.



Ende April sind die kommunalen Arbeitgeber und ver.di zu einem Tarifabschluss gekommen, an dem sich die anderen Krankenhausträger orientieren werden und müssen. Es ist der teuerste Tarifabschluss, den es jemals gab – bisher ist die Finanzierung offen.

Dr. Josef Düllings: Wir sehen diesen Abschluss mit einem lachenden und einem weinenden Auge. Lachend, weil wir natürlich in dieser Zeit der Inflation den Beschäftigten die Gehaltsaufstockung von im Durchschnitt zwölf Prozent mehr als gönnen. Und weil wir natürlich auch im Wettbewerb um Fachpersonal mit anderen Branchen stehen.

„**Die Reform darf aber – und das ist unsere Position – nicht zur Zerstörung funktionierender Strukturen führen. Nicht Revolution, sondern Evolution. Für die angestrebten und notwendigen vernetzten Versorgungsstrukturen unabdingbar sind Krankenhäuser aller Versorgungsstufen.**“

Doch mit der Preissteigerung von 4,3 Prozent für Krankenhausleistungen in diesem Jahr ist das natürlich nicht zu finanzieren. Was wir brauchen und daher auch von der Politik fordern, ist die vollständige Refinanzierung dieser Tarifierhöhung – und das nicht nur in diesem Jahr. Eine solche Entscheidung kann auch nicht auf die lange Bank geschoben werden, wie die Politik das oft und gern tut. Viele Krankenhäuser mussten schon wegen der bisher gestiegenen Kosten Kredite aufnehmen, die natürlich ebenfalls bedient werden müssen.

Sollte das auch in den Bund-Länder-Gesprächen zur Krankenhausreform eine Rolle spielen? Eigentlich gehört es ja dorthin.

Dr. Josef Düllings: Ich würde sogar sagen, dass muss neben dem notwendigen Vorschaltgesetz zur wirtschaftlichen Stabilisierung der Kliniken oberste Priorität haben, wenn Bund und Länder weitere Insolvenzen verhindern wollen. Für wen erarbeiten sie denn sonst die Krankenhausreform?

Ein Problem, das seit vielen Jahren permanent Thema in der Gesundheitsversorgung ist, ist die ambulante Notfallversorgung, die sich stetig von den Kassenärzten in die Krankenhäuser verlagert hat. Es erschien bisher fast unlösbar. Jetzt hat die Regierungskommission hier einen neuen Anlauf genommen. Gibt es nach diesen Vorschlägen in den Positionen des VKD dazu Veränderungen?

Dr. Josef Düllings: Grundsätzlich nicht. Dennoch reagieren wir natürlich auf die aktuellen Vorschläge. Die Probleme sind ja allseits bekannt. Die Notaufnahmen der Krankenhäuser kompensieren die Lücken im niedergelassenen Bereich – und dies zu Preisen, die unterirdisch sind. Zur wichtigen Vergütungsfrage wurde bisher meines Wissens noch nichts Konkretes gesagt. Für uns ist das durchaus ein brisantes Thema.

Vorgeschlagen werden von der Regierungskommission u.a. Integrierte Leitstellen (ILS) und Integrierte Notfallzentren (INZ). INZ sind auch für den VKD – wenn sie denn in Verantwortung des jeweiligen Krankenhauses geführt werden – eine Lösung, die unsere Zustimmung findet. Positiv zu sehen ist aus unserer Sicht hier, dass INZ zwar grundsätzlich an Krankenhäusern mit Notfallstufen zwei und drei vorgesehen sind, dass sie aber bei regionalen Notwendigkeiten auch an Häusern mit Basis-Notfallversorgung eingerichtet werden können, damit die Patienten nicht zu weite Wege zu einer Notfallversorgung zurücklegen müssen.

Was offenbar auch in der Regierungskommission nicht beachtet wurde, ist der eklatante Ärztemangel im niedergelassenen Bereich.



Wenn sie vorschlägt, dass parallel zu den INZ an größeren, gut ausgestatteten Krankenhäusern auch die Kassenärztlichen Vereinigungen Bereitschaftspraxen einrichten sollen, die auch noch rund um die Uhr besetzt sind, ist das Augenwischerei. An den Krankenhäusern der Notfallstufe 2 empfiehlt die Kommission eine Besetzung der Bereitschaftspraxis montags bis freitags von 14 bis 22 Uhr, samstags und sonntags sowie an Feiertagen von 9–21 Uhr. Darüber hinaus sollen, wo es regional notwendig ist, auch an Kliniken der Notfallstufe 1 Bereitschaftspraxen oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ) im 24/7-Betrieb eingerichtet werden. Der fahrende ärztliche Bereitschaftsdienst soll auch zu Praxisöffnungszeiten rund um die Uhr angeboten werden.

Hier hebt schon das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) die Hände. Es hat berechnet, dass damit die Zahl der Bereitschaftspraxen von aktuell 865 deutlich reduziert würde, denn die Kommission gehe ja von 160 Krankenhäusern der Notfallstufe 3 und 260 Häusern der Notfallstufe 2 aus. Um die erweiterten Präsenzzeiten in diesen INZ zu leisten, müssten rund 600 Vertragsarztpraxen täglich geschlossen werden. Damit, so das Fazit, könnten rund vier Millionen Patientenkontakte in der vertragsärztlichen Regelversorgung nicht mehr wie üblich stattfinden – mit Folgen für die Notaufnahmen, an die sich die Patienten dann wenden würden. Der Effekt ist das Gegenteil dessen, was beabsichtigt ist.

Man könnte es, wenn es umgesetzt würde, Verschlimmbesserung nennen.

Und was ist Ihre Meinung zu den vorgeschlagenen ILS?

Dr. Josef Düllings: Hier ist unsere Skepsis noch größer, was die Realisierung und eine Vernetzung der Kliniken mit den KVen betrifft. Die ILS sollen nach Vorschlag der Regierungskommission gestufte Angebote bereithalten, also telemedizinische Beratung, Vermittlung von Arztterminen, sogar Hausbesuche durch den Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen, um die Notaufnahmen von Patienten zu entlasten, die auch ambulant auf verschiedene Weise versorgt werden können.

Die Lücken im System der ambulanten Notfallversorgung auf Seiten der KVen bleiben allerdings weiter bestehen. Wenn die ILS dann auch nur mit Hilfe der Krankenhauskapazitäten funktionieren, haben wir außer Personalverschiebungen nichts gewonnen. Das kann man natürlich Flexibilität nennen, ist aber am Ende nur Augenwischerei.

Stichwort Krankenpflegeentlastungsgesetz: Ziel der Bundesregierung ist es, die Pflege im Krankenhaus zu stärken. Beschlossen wurde das Gesetz Ende 2022, geht es auf?

Dr. Josef Düllings: Kernpunkt ist die Einführung eines Instruments zur Messung des Pflegebedarfs. Das mag hoffentlich dazu führen, dass die Krankenkassen nun endlich den so gemessenen Bedarf auch akzeptieren und finanzieren. Positiv sehen kann man die Erhöhung des Pflegeentgeltwertes auf 230 Euro seit Jahresbeginn für jene Krankenhäuser, die noch immer kein Pflegebudget vereinbaren konnten und daher erhebliche Kredite aufnehmen mussten, um ihr Pflegepersonal zu bezahlen. Wenngleich das aus unserer Sicht nicht ausreicht. Immerhin. Als schwierig und auch gefährlich sehen wir, dass es, wie man hört, einen Finanzierungsvorbehalt des Finanzministeriums gibt. Wir haben bereits die Gefahr einer Pflege nach Kassenlage kritisiert.

Schon am Referentenentwurf hat der VKD in einer Stellungnahme und in einer Anhörung die einseitig zu Lasten der Krankenhäuser gehenden vorgesehenen Regelungen im Gesetzentwurf kritisiert und Verbesserungen vorgeschlagen.

Kritisch ist u.a.: Die Einzelheiten der Personalbemessung sollen unter dem Genehmigungsvorbehalt des Bundesfinanzministeriums stehen, das per Rechtsverordnung auch die Bestimmung des Pflegebedarfs eines Patienten, die Anzahl der in einer Station einzusetzenden Beschäftigten und die Zusammensetzung des Pflegepersonals entsprechend beruflicher Qualifikation festlegt. Solche fachfremden Regelungen und auch Eingriffe in den Personaleinsatz der Krankenhäuser, gehen aus Sicht des VKD gar nicht.

Die Stärkung der Pädiatrie und Geburtshilfe war überfällig und ist grundsätzlich natürlich zu begrüßen. Allerdings sollte nicht vergessen werden, dass die 400 Millionen Euro dafür von den Krankenhäusern insgesamt selbst bezahlt werden, denn das BMG hat ihnen in einer Rechtsverordnung ja 425 Millionen Euro über den DRG-Katalog gestrichen. Das kommt einem schon wie Hütchenspielerei vor.

Der Bundesgesundheitsminister hat den Krankenhäusern pauschal 2,5 Milliarden Euro Energiehilfen zugesagt. der VKD sieht das als nicht ausreichend an – deckt das die inflationsbedingten Kosten nicht?

Dr. Josef Düllings: Nur zum Teil. Inzwischen wachsen die Defizite wieder an. Die Inflation ist ja leider damit nicht schlagartig vorbei. Daher wies die Deutsche Krankenhausgesellschaft auch darauf hin, dass diese pauschale Zahlung – bis Anfang Mai haben wir davon übrigens noch gar nichts gesehen – wenn sie denn schnell käme, gerade einmal bis April reichen würde, die entstandene Erlöslücke zu minimieren. Danach hat sich inzwischen das Defizit erneut vergrößert. Jeden Monat um insgesamt 740 Millionen Euro.

Es gibt Stimmen, die meinen, dass eine pauschale Zahlung nach Bettenzahl nur Mitnahmeeffekte bewirke und vor allem die kleinen Häuser benachteilige, die es doch besonders schwer hätten. Besser so als gar nicht?

Dr. Josef Düllings: Das Auszahlungssystem zuvor war hinter einem Wall von Bürokratie versteckt, so dass im Grunde kaum ein Krankenhaus davon profitiert hat. Das war ganz sicher noch weniger gerecht. Man fragt sich überdies, wann die Politik auch die ausstehenden zwei Milliarden Euro, die als Inflationsausgleich dringend benötigt werden, den Krankenhäusern zur Verfügung stellen wird. Dazu haben wir noch gar nichts gehört. Zugesagt waren ja insgesamt 4,5 Milliarden Euro.

Führende Wirtschaftsinstitute gehen von einer Inflationsrate um rund sechs Prozent auch im nächsten Jahr aus. Hinzu kommt ein Preisauftrieb durch staatliche Entlastungsmaßnahmen und Tarifabschlüsse – wie wir es ja jetzt gerade auch für die kommunalen Kliniken gesehen haben.

Welchen Vorschlag hat der VKD?

Dr. Josef Düllings: Wir brauchen hier eine systemische Lösung. Das bedeutet, im Finanzierungssystem muss eine automatische Angleichung der Preise für Krankenhausleistungen im Fall einer Inflation, im Falle von Preissteigerungen oder auch einer Pandemie angelegt sein. Anders werden wir Insolvenzwellen und ungeplante Krankenhausschließungen nicht abwenden. Das Thema gehört auch in die Bund-Länder-Arbeitsgruppe für eine Krankenhausreform, in der die Krankenhausfinanzierung ja eine wichtige Rolle spielt. Was derzeit passiert, nenne ich einen gesetzlich verordneten Insolvenzprozess, der gestoppt werden muss.

Worüber wir hier noch gar nicht gesprochen haben: Unabdingbar ist endlich Gesetzestreue durch die Länder bei der Investitionsfinanzierung, die inzwischen acht Milliarden Euro im Jahr beträgt. Ohne diese Mittel kommt es zu einer fortgesetzten und kumulativen Unterfinanzierung der Kliniken. Kommen die Bundesländer dieser Verpflichtung weiterhin nicht hinreichend nach, sieht der VKD den Bund in der Pflicht, den in jedem Jahr fehlenden Anteil für eine bedarfsgerechte Investitionsförderung zu übernehmen.

Auch die vorangetriebene Ambulantisierung und die damit zunehmende Behandlung bisher stationär erbrachter Leistungen in den Krankenhäusern, erfordert neue Strukturen – und damit Investitionsmittel.

Ihr Fazit?

Dr. Josef Düllings: Insgesamt notwendig ist ein koordinierter, am veränderten Versorgungsbedarf angepasster und für die Einrichtungen finanziell abgesicherter Strukturwandel, insbesondere auch während der Übergangsphase der Reform. Für die geplanten Strukturveränderungen ist die Bereitstellung von zusätzlichen Investitionsmitteln unerlässlich. Geklärt werden müssen daher Fragen

„Der erste Schritt in Richtung großer Reform ist aber die wirtschaftliche Stabilisierung der Krankenhäuser. Hier fordert der VKD schnelle Entscheidungen des Bundes. Aus einer Finanzkrise heraus, in der sich ein Großteil der Häuser befindet, kann keine große Strukturreform gelingen.“

der Transaktionskosten, denn eine komplexe Reform, wie sie in den kommenden Jahren bewältigt werden soll, ist nicht zum Nulltarif umzusetzen.

Von den Beschäftigten in den Krankenhäusern wird mit der Reform ein weiterer Kraftakt gefordert, der eine hohe Veränderungsbereitschaft voraussetzt. Fachkräftesicherung steht an vorderster Stelle. Ein wichtiges Signal wäre daher der deutliche Abbau der uns auferlegten überbordenden Bürokratie, mit der das Personal viele Stunden am Tag beschäftigt ist.

Der erste Schritt in Richtung großer Reform ist aber die wirtschaftliche Stabilisierung der Krankenhäuser. Hier fordert der VKD schnelle Entscheidungen des Bundes. Aus einer Finanzkrise heraus, in der sich ein Großteil der Häuser befindet, kann keine große Strukturreform gelingen.

Erwarten Sie, dass die Krankenhausreform, wie von Prof. Lauterbach angekündigt, Anfang 2024 in Kraft treten wird?

Dr. Josef Düllings: Ich hoffe, dass das Gesetzgebungsverfahren nicht holterdipolter abläuft, nur, um dieses Ziel zu erreichen. Es geht um wesentlich mehr als einen Termin. Es geht um die Zukunft der Krankenhausversorgung. Es geht nicht um Schnelligkeit, sondern um Praktikabilität.

STRATEGIE

langfristig denken, taktisch klug agieren

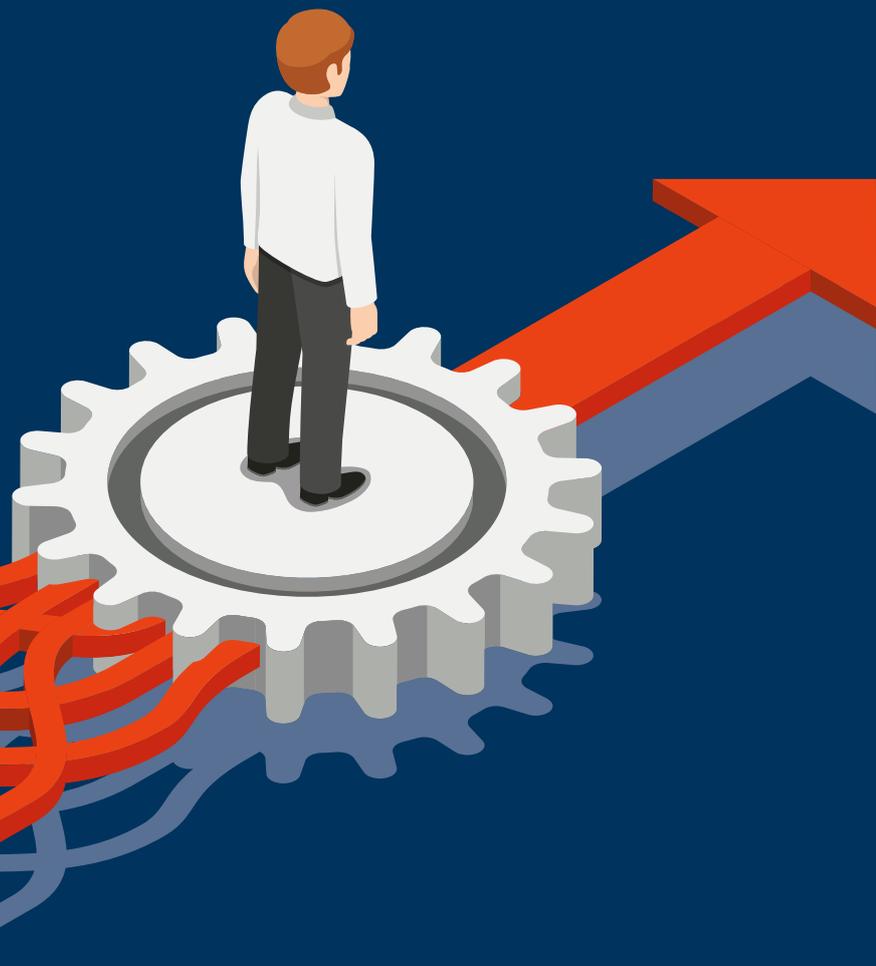
Permanente Anpassungsprozesse

Wirtschaftliche Stabilität sichern

Schwerpunkte definieren

Ambulante Strukturen ausbauen

Kein Strukturwandel vom grünen Tisch



Strategieentwicklung in einer Zeit des Umbruchs

ABWARTEN IST FÜR DIE KRANKENHÄUSER HEUTE KEINE OPTION

Die Krankenhauswelt steht vor einem erheblichen Umbruch. Die geplante Krankenhausreform wird in vielen Kliniken große Anpassungsleistungen erfordern. Das bedeutet auch als Erstes, neues Nachdenken über die Unternehmensstrategie und über die Ziele, die erreicht werden sollen bzw. können. Schon früh war absehbar, dass es bei dem, was die Regierungskommission Ende vergangenen Jahres vorgelegt hat, nicht bleiben würde. Das haben die ersten Treffen der Bund-Länder-Arbeitsgruppen deutlich gezeigt. Kein Gesetz kommt zudem aus dem Bundestag so heraus, wie es hineingekommen ist. Ist Strategieentwicklung angesichts der anstehenden Veränderungen überhaupt sinnvoll, wenn die Lage dann in den kommenden Jahren vielleicht völlig neue Überlegungen erfordert, eine neue Vision?

Die kommenden Monate, ja Jahre, werden vermutlich reichlich turbulent für die Krankenhäuser. Viele stecken in wirtschaftlichen Schwierigkeiten, die erst einmal bewältigt werden müssen. Kein Kaltstart aus der Krise heraus, forderte Anfang des Jahres angesichts dessen der VKD und forderte, wie auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft, ein Vorschaltgesetz zur wirtschaftlichen Stabilisierung der Kliniken. Bis weit ins Frühjahr hinein gab es dazu aus der Bundespolitik keine Reaktion. Die Gefahr einer Insolvenzwelle wuchs.

Die Zahlen sind bedrohlich. Der fehlende Inflationsausgleich führte bereits bis Ende vorigen Jahres zu Defiziten in Höhe von 6,7 Milliarden Euro. Monatlich kamen inzwischen rund 740 Millionen Euro hinzu. Ende dieses Jahres

können es – es kommen ja auch noch Tarifierhöhungen hinzu – noch deutlich mehr sein. Daran ändert auch die Zusage der 2,5 Milliarden Euro für die Energiekosten nicht grundsätzlich etwas.

Je länger die Regierung mit substanziellen Hilfeleistungen wartet, desto schwieriger wurde und wird es für die betroffenen Häuser, sich für Neues aufzustellen, denn für das Neue, das nun beschlossen werden soll, wird zunächst einmal wirtschaftliche Stabilität benötigt. Nicht jede Kommune, nicht jeder Landkreis ist in der Lage, finanziell immer wieder zuzuschießen. Auch hier gibt es ein Ende der Fahnenstange. Die Gefahr, die auch der VKD artikuliert: Ohne kurzfristige Hilfen werden viele, vor allem kleinere Häuser, in der Fläche nicht mehr vorhanden sein, um eine Reform umzusetzen. Bundesgesundheitsminister Lauterbach verweist gern auf den Finanzminister. Die Verschiebung der Zuständigkeit bezahlen am Ende die Bürger dort, wo es dann kein Krankenhaus mehr gibt.

Langfristig planen in Zeiten großer Unsicherheit

In einem von großer Unsicherheit geprägten gesundheitspolitischen Umfeld ist es schwierig, langfristige strategische Entscheidungen zu treffen. Dabei waren wichtige Planungsentscheidungen bereits im vergangenen Jahr für die Häuser zwingend. Energiekrise, Inflation, erheblich angewachsener Personalmangel, Ambulantisierung, dazu Mindestmengenausweitung, Vorgaben des G-BA, Belegungsrückgänge, vielfach rote Zahlen. Es geht also um einen permanenten Anpassungsprozess

der Strategie. Es stellte sich schon im vorigen Jahr die Frage, welche Wege aus dieser Krise es geben könnte, wenn die Politik keinen Rettungsschirm mehr aufspannen würde – was sie dann auch nicht tat. Stationen, Geburtshilfen, Standorte wurden geschlossen. Es ging aber auch um Kooperationen und Fusionen. Es mussten bereits viele strategische Entscheidungen getroffen werden, die für die Zukunft vieler Häuser wichtig waren.

Doch wie sieht es damit jetzt aus? Abwarten, bis das Gesetz voraussichtlich Ende des Jahres „in Sack und Tüten“ ist? Bisher sind ja zahlreiche Vorgaben schwammig und unklar, etwa die zu Kooperationen. Mit wem darf man noch kooperieren? Karl Lauterbach hat ja sogar davor gewarnt, eigenständig eigene Wege gehen zu wollen. Absurderweise ausgerechnet an Nordrhein-Westfalen gerichtet, das Bundesland, das mit seiner Krankenhausplanung bereits in eine Richtung geht, die kompatibel mit den Vorstellungen der Regierungskommission zu sein scheint. Hier ist man nach zweijähriger Vorbereitung und Diskussion schon im Umsetzungsprozess.

Anfang März hatte eine entsprechende Äußerung des Ministers für Verunsicherung und auch Verärgerung gesorgt. Bei einem Besuch der SPD-Landtagsfraktion in Düsseldorf warnte er, die in NRW bereits eingeleitete Krankenhausreform im Alleingang durchzuziehen. Das hätte dann „keine Geldflüsse zur Folge“. Es würden nach der von der Regierungskommission entwickelten Reform einheitliche Kriterien dafür festgelegt, welches Krankenhaus welche Leistungen erbringen dürfe. Erst dann würde auch Geld fließen. Thomas Kutschaty, Chef der SPD-Landtagsfraktion, stieß in dasselbe Horn und forderte Laumann ebenfalls auf, seinen Krankenhausplan nicht umzusetzen, ehe nicht die bundespolitischen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden könnten. Diese würden sich ja in den kommenden Monaten ändern.

Sachsens Ministerpräsident Michael Kretschmer (CDU) forderte Ende März vor einem



„ Für das Neue, das nun beschlossen werden soll, wird zunächst einmal wirtschaftliche Stabilität benötigt. “

Treffen der Ost-Ministerpräsidenten mit dem Gesundheitsminister, der gesamte Prozess der Krankenhausreform müsse „zurück auf Anfang“. Er begründete das u.a. damit, dass durch die aktuellen Pläne bis zu zehn von 120 Standorten von Schließung bedroht wären. Dabei hatte Sachsen, wie auch die anderen neuen Länder, bereits in den neunziger Jahren die Krankenhauslandschaft konsolidiert. Mehrere Bundesländer kündigten zudem an, die Reform auf ihre Verfassungsmäßigkeit prüfen zu lassen, weil dadurch zu weit in die Länderkompetenzen eingegriffen würde.

Planungen auf Eis legen?

Sollte man also vorsichtshalber erst einmal Baupläne auf Eis legen, mit Fusionsplänen abwarten, strategische Entscheidungen verschieben? Vieles schien, seit die Regierungskommission ihr Papier vorlegte, plötzlich ungewiss. Mancher Landrat kam in Panik angesichts der angenommenen Perspektivlosigkeit für sein Krankenhaus. Die Befürchtung ging um, auf das Level II eingestuft zu werden und damit kein vollwertiges Krankenhaus mehr zu sein. Die von der DKG in Auftrag gegebene Wirkungsanalyse zeigte durchaus drastisch, wie sich die Versorgung ändern und nicht unbedingt immer zu deren Verbesserung beitragen würde.

Kommunen und Landkreise haben oft schon in den vergangenen Jahren auch aus strategischen Gründen viel Geld in ihre Krankenhäuser für Um- und Neubauten investiert, um sie zukunftsfähig zu machen. Andere stehen vor Investitionsentscheidungen. Für sie ist auch der Erhalt der kleinen Krankenhäuser in der Fläche wichtig, nicht nur zur Vor-Ort-Versorgung der Bürger, sondern auch u.a. als Ausbildung für den Medizinnachwuchs, der von hier aus sich dann als Haus- und Fachärzte niederlassen könnte. Nicht zu vergessen: Sie fühlen sich natürlich vor Ort zuständig für die Gesundheitsversorgung ihrer Bürger. Diese haben zudem das Recht auf gleichwertige Lebensverhältnisse, zu denen auch an vorderer Stelle eine gute, flächendeckende Gesundheitsversorgung gehört.

Abwarten ist keine Option

Ist Strategieentwicklung also in einer solchen Umbruchsituation sinnlos? Ist Abwarten angesagt, bis man genau weiß, wohin der Hase nun

laufen soll? Eine rein rhetorische Frage, denn Krankenhäusern, für die schon vor zehn Jahren oder noch länger zurück eine weitsichtige Führung eine Strategie für alle relevanten Bereiche entwickelt hat, stehen auch in der aktuellen Situation oft besser da als andere. Sie haben zudem über die Jahre ihre Strategie den aktuellen Bedingungen angepasst, die sich ja immer wieder veränderten und sie tun das auch jetzt gerade wieder.

Eine Strategie beruht ja zunächst auf Annahmen. Vorhersagen können falsch sein, eine

neue Regierung, ein neuer Bundesgesundheitsminister können wichtige Veränderungen anstoßen, auf die man reagieren will, die aber wiederum durch politische Vorgaben – oder auch den allseits beauftragten G-BA – in ihr Gegenteil verkehrt werden können. Das haben wir schon erlebt. Auch die bisherigen Diskussionsrunden zur Reform sind ja mit der für den Sommer geplanten Vorlage von Eckpunkten für einen Referentenentwurf noch längst nicht zu Ende. Der Teufel steckt, wie man weiß, immer im Detail. Und dann wird es auch noch eine Konvergenzphase von

mehreren Jahren geben. Sie wird aber an der grundsätzlichen Richtung vermutlich nichts mehr ändern.

Die Richtung ist vorgegeben

In welche Richtung die grundlegenden Veränderungen gehen werden, ist seit Dezember 2022 kein Geheimnis mehr. Inzwischen scheint klar, dass Nordrhein-Westfalen tatsächlich eine Blaupause sein wird. Hier hat man vor drei Jahren mit einem neuen Landeskrankenhausplan die Weichen gestellt. NRW-Gesundheitsminister Laumann konnte daher in den Bund-Länder-Arbeitsgruppen auch meinungsstark



Autor

Dr. Jens-Uwe Schreck

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

aufzutreten. Er hatte bereits die Praxis auf seiner Seite. Wie auch die Bund-Länder-Treffen – und das war zu erwarten – schon zu einer Annäherung von Bund und Ländern geführt haben. Die Länder haben als Verantwortliche für die Krankenhausplanung einen sehr genauen Blick auf die Vorschläge der Experten.

Es ist kaum anzunehmen, dass Strukturwandel vom grünen Tisch in Berlin aus für alle Kliniken funktioniert. Ein Blick auf die Kranken-

Umsetzungsfragen? Auch wenn im Frühjahr viele Detailregelungen noch unklar waren, so konnte man den Vorstellungen zu den vorgesehenen Strukturen sowie den Ergebnissen aus den Bund-Länder-Arbeitsgruppen und inzwischen bereits mit Praktikern doch entnehmen, in welche Richtung es schließlich gehen wird. Bereits in den Praxisberichten 2022 sagte Wolfgang Mueller, Vorsitzender der VKD-Landesgruppe NRW, die Führungskräfte in NRW wüssten, dass es zu gravierenden Umbrüchen

„ In welche Richtung die grundlegenden Veränderungen gehen werden, ist seit Dezember 2022 kein Geheimnis mehr. Inzwischen scheint klar, dass Nordrhein-Westfalen tatsächlich eine Blaupause sein wird. “

hausstrukturen in den Bundesländern zeigt die erheblichen Unterschiede. Schema F ist nicht sinnvoll und würde auch erheblich in die Länderkompetenzen eingreifen. Die Länder reagieren auf solche Vorhaben zu Recht mit Ablehnung. Auf jeden Fall ist ihre enge Einbeziehung in den Prozess der Erarbeitung und Ausgestaltung der Reform als Korrektiv zwingend notwendig.

Eine einheitliche, bundesweite Systematik der vorgesehenen Leistungsgruppen ist sicher zu begrüßen. Diese kann aber nicht schematisch auf die Situation in den Regionen umgesetzt werden. Es sieht auch nicht so aus, dass dies so kommt. Am Ende ist das Gesetz durch den Bundesrat zustimmungspflichtig. Lauterbach hat nach seiner irritierenden Aussage in Düsseldorf eingelenkt und zugesagt, Vorarbeiten aus NRW bezüglich der Leistungsgruppen aufzugreifen. Wie es so richtig heißt: Trifft ein Plan auf die Realität, gewinnt immer die reale Welt. Davon kann man vermutlich bei der Entwicklung oder Weiterentwicklung der Strategie ausgehen.

Natürlich wird es erhebliche Anpassungen geben. Doch werden sie strategisch wirklich relevant sein oder eher für die darauf beruhenden

kommen könne und hätten sich im Vorfeld so weit wie möglich vorbereitet. Er verwies aber auch darauf, dass der Umsetzungsprozess Zeit brauche, wenn man nicht wolle, dass es zu Brüchen durch schnelle, unüberlegte Aktionen komme. Eine Befürchtung war aber offenbar ebenfalls, dass es Unwägbarkeiten gebe, die u.a. von der Bundesebene kommen könnten.

Die große Linie und die wichtigen Details

Bekanntlich steckt der Teufel immer im Detail – und die Details der Reformumsetzung sind ja noch nicht bekannt – „die „Spiegelstriche“, wie es Dr. Matthias Geiser im Interview in diesem Heft nennt. Am Ende wird meist immer noch der Gemeinsame Bundesausschuss einbezogen, der mit seinen Detailregelungen durchaus schon Anliegen des Gesetzgebers konkretisiert hat.

Bei der Umsetzung der Krankenhausreform brauche man die Expertise und Anregungen vieler Akteure, um „am Ende ein gutes Ergebnis für alle zu erzielen“, sagte nach der dritten Bund-Länder-Runde Baden-Württembergs Gesundheitsminister Manfred Lucha (Grüne). Unser Verband ist dieser Ansicht ebenfalls und

„ **Am Ende kommt es darauf an, was für die Bürger vor Ort und für die Patienten das Beste ist. Eine vernetzte moderne Versorgungsstruktur ist ohne Veränderungen selten zu haben.** “

fordert, die Praktiker in die Erarbeitung der Reform enger einzubeziehen, weil sie sonst nicht funktionieren werde. Sie sind es, die am Ende die Reform umzusetzen haben.

Nachdem die DKG bereits Anfang des Jahres ihre Studie zu den Auswirkungen des Vorschlags der Expertenkommission vorgestellt hatte, kündigten Bund und Länder nun für April einen sogenannten Basisvorschlag an, der ebenfalls die Konsequenzen aus den Kernelementen des Reformprojektes vor Ort zeigen sollte. Dann werde man sehen, welche Krankenhäuser profitieren und welche Häuser Probleme mit Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit bekommen könnten. Flexibler als ursprünglich vorgesehen sollte die Zuordnung von Häusern nach Leistungsangeboten vorgenommen werden können. Dafür müssten dann aber Qualitätskriterien klar definiert werden. Daran orientiere sich, welche Leistungen sie erbringen dürften. Die Frage ist zu stellen, warum der Vorschlag der Regierungskommission einer solchen Auswirkungsanalyse nicht gleich unterzogen worden ist – und warum

man offenbar der von der DKG beauftragten Analyse nicht traut. Das alles wird aber nichts an den Eckpfeilern der Reform ändern – und diese sind ausschlaggebend für strategische Planungen der Krankenhäuser.

Die Reform wird kommen

Schon heute müssen sich Klinikunternehmen, die ihre Strategie auf Basis der bereits bekannten grundsätzlichen Strukturveränderungen sowie des geplanten Finanzierungssystems festgelegt haben, damit auseinandersetzen, welche Reaktionen ihre Vorstellungen in der Bevölkerung, aber auch bei den Mitarbeitern auslösen werden. Wenn in Unternehmen mit mehreren Standorten Abteilungen verlagert werden, wenn ein kleines Haus des Unternehmens zu einem Gesundheitszentrum werden soll, muss das gut kommuniziert werden. Auch ein Gesundheitszentrum kann für eine gute Basisversorgung wichtig sein, wenn es im Unternehmen gut vernetzt ist, wenn in gut erreichbarer Nähe sich zum Beispiel ein größeres Krankenhaus befindet. Warum nicht? Krankenhausunternehmen mit mehreren Standorten unterschiedlicher Größe und Ausrichtung haben das in ihre strategischen Überlegungen natürlich bereits einbezogen, planen dafür bereits. Am Ende kommt es darauf an, was für die Bürger vor Ort und für die Patienten das Beste ist. Eine vernetzte moderne Versorgungsstruktur ist ohne Veränderungen selten zu haben.

Sinnvolle, auf die jeweilige Region bezogene strategische Entscheidungen können nicht falsch sein, weil sie Lösungen für die grundlegenden Herausforderungen und Probleme sowie die damit verbundenen Ziele berücksichtigen. Das hat nicht nur mit gesetzlichen Vorgaben zu tun. Das zeigen auch deutlich die im Folgenden vorgestellten Unternehmen, die in ihrer ganz unterschiedlichen Aufstellung genau das berücksichtigen – und dies oft schon seit Jahren. Anpassungen, die das neue Krankenhausgesetz erfordert, werden daran nichts Grundsätzliches ändern. Die Reform wird kommen. Sie ist überfällig. Darüber herrscht Einig-



„ Sinnvolle, auf die jeweilige Region bezogene strategische Entscheidungen können nicht falsch sein, weil sie Lösungen für die grundlegenden Herausforderungen und Probleme sowie die damit verbundenen Ziele berücksichtigen. “

keit bei allen Beteiligten. Abwarten ist für die Krankenhäuser aller Größenordnungen daher keine Option. Auch die kleinen Häuser sollten hier selbstbewusst ihre Strategie entwickeln und potenziellen Partnern auf Augenhöhe begegnen, denn die großen Häuser brauchen die kleinen, weil die Menschen eine ortsnahe Grundversorgung wünschen, die ihnen ohnehin zusteht. Das haben wir in der Pandemie gelernt. Weil aber auch die großen Häuser mit ihrer teuren Medizintechnik, ihrer teuren Infrastruktur sowie ihrem vielfach ganz speziell ausgebildeten Personal Basisleistungen viel zu teuer erbringen würden.

Ohne Frage wird sich auch der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern verschärfen, gleichzeitig werden Vernetzung und Kooperationen zunehmen. Das würde aber auch ohne das Reformgesetz passieren. Strategische Entscheidungen fallen – so sollte es sein – vor allem mit Blick auf die Notwendigkeiten einer guten Patientenversorgung in der Region, in der ein Klinikunternehmen tätig ist. Wenn das Ziel der Krankenhausreform gute Medizin ist, wie ja Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach erklärte, sollte das zusammenpassen. Es wäre uns ALLEN sehr zu wünschen!



Wir haben bereits in der Pandemie unser Leistungsprofil weiterentwickelt

DER ZUSÄTZLICHE DRUCK FÜR STRUKTURVERÄNDERUNGEN KOMMT AUCH AUS DEM PERSONALBEREICH

Entscheidungen im Rahmen der Unternehmensstrategie sind langfristig orientiert. Das erfordert immer wieder Anpassungen an eine sich zunehmend schnell verändernde Welt. Gerade für Krankenhäuser stellt sich derzeit die Frage, welche strategischen Anpassungen nach drei Jahren Pandemie mit allen damit verbundenen Auswirkungen notwendig sind und ob die Strategie angesichts der geplanten Krankenhausreform noch trägt. Das Interview zu diesem Thema mit Dr. Matthias Geiser, Geschäftsführer des Schwarzwald-Baar Klinikums Villingen-Schwenningen.

Sehr geehrter Herr Dr. Geiser, Sie sind Geschäftsführer eines Zentralklinikums, das sich in den vergangenen Jahren sehr erfolgreich entwickelt hat. Wie würden Sie die Strategie dahinter definieren? Auf welchen wesentlichen Voraussetzungen

und Einschätzungen beruht die Strategie des Schwarzwald-Baar-Klinikums – und wann wurde mit der Strategieentwicklung begonnen?

Dr. Matthias Geiser: Strategie ist ein langfristiger Prozess, der im Grunde nie endet. Bei uns hat die systematische Beschäftigung damit vor etwa 20 Jahren begonnen. In den ersten Jahren hatten wir sechs Standorte. Strategisches Ziel war es, schrittweise auf zwei Standorte zu kommen. Wir setzten dieses Ziel durch den Bau eines Klinikums auf der grünen Wiese um, das wir 2013 bezogen haben.

Entscheidend war es für uns, dass es an diesen zwei Standorten – die es noch immer gibt – keine Doppelvorhaltungen geben sollte. Wir führen den kleineren Standort wie ein Nebengebäude, sind also ein Zentralversorger an zwei Standorten. Hier kommt bereits die geplante Krankenhausreform ins Spiel, deren

Vorschläge ein solches Modell bisher leider nicht abbilden.

Der zweite Aspekt war, dass wir am zweiten, kleineren Standort so viele Spezialisierungen anbieten wollten, dass wir aus diesem Angebot heraus auch eine Notfallversorgung für diese Region leisten konnten. So beherbergt der kleinere Standort zum Beispiel ein Lungenzentrum mit Thorax-Chirurgie.

„ Wir verfolgen seit Jahren eine integrierte Strategie mit vier Säulen, die wir mittelfristig rollierend immer festlegen – Leistungsprofil, Prozesse, Mitarbeiter sowie Kultur und Führung. “

Mit dem Konzentrationsprozess wollten wir zudem eine kritische Größe erreichen, die auch weitere Spezialisierungen erlaubt, so dass wir aus heutiger Sicht mit dem größeren Standort das Level 3, wie es im Reformvorschlag definiert ist, erreichen können. Aufgeteilt wäre das nicht zu schaffen.

Und schließlich wollten wir mit unseren Investitionen, vor allem in den Klinikbau, natürlich auch Effizienzvorteile erreichen.

Die Situation hat sich mit der Pandemie für alle Kliniken verändert. Wie gehen Sie nun strategisch weiter vor?

Dr. Matthias Geiser: Bis zum Beginn der Pandemie ging unsere Strategie auf. Die Entwicklung unseres Klinikums verlief positiv und war erfolgreich. Diese Entwicklung wurde dann durch Corona unterbrochen, das stetige Fallzahlwachstum der Vor-Corona-Jahre ist zu Ende.

Wir haben es nun insgesamt mit einer neuen Situation zu tun, die auch strategische Anpassungen verlangt. Die Ambulantisierungsdebatte tut ein Übriges. Man könnte es das

Long-Covid-Syndrom der Krankenhausfinanzierung nennen.

Wie entwickeln Sie in Ihrem Klinikum nun Ihre Strategie weiter?

Dr. Matthias Geiser: Wir verfolgen seit Jahren eine integrierte Strategie mit vier Säulen, die wir mittelfristig rollierend immer festlegen – Leistungsprofil, Prozesse, Mitarbeiter sowie Kultur und Führung.

Wir haben bereits in der Pandemie unser Leistungsprofil weiterentwickelt – mit unserem eigenen Knowhow. Wir verfügen mit unseren 23 Chefarzten über genügend Kompetenz dafür. Nur die Moderation übernahm ein externer Partner. Wir definierten Leistungssegmente, in denen wir Weiterentwicklungspotenzial sahen – diese gehen wir jetzt an, unabhängig von politischen Wechseln. Dabei sehen wir natürlich auch unseren Versorgungsauftrag für die Region. Beides müssen wir austarieren. Pandemie und Vorschläge der Regierungskommission machen für uns erst einmal keinen Unterschied.

Wie sinnvoll sind strategische Anpassungen und konkrete Veränderungen zur wirtschaftlichen Stabilisierung von Krankenhäusern, wenn sie dann gegebenenfalls wegen der Reform wieder aufgegeben werden müssen?

Dr. Matthias Geiser: Grundsätzlich trägt unsere Strategie weiterhin. Dass wir in der aktuellen Diskussion nicht so viele Baustellen haben wie andere Häuser, zeigt das deutlich. Dennoch werden auch bei uns Feinjustierungen notwendig sein. Hier müssen wir allerdings auch die Spiegelstriche im Gesetz abwarten. Schon heute kann man aber sagen, dass wir für die Versorgung in der Region noch stärker über die Kreisgrenzen hinausdenken müssen.

Ich gehe davon aus, dass es zunächst eine sehr kompetitive Situation zwischen den Trägern



Das Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen

Das Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg und mit 1.000 Betten an zwei Standorten einer der großen Zentralversorger im südlichen Baden-Württemberg. Das Klinikum gehört zu den zehn größten nicht universitären Kliniken in Baden-Württemberg, zu den 80 größten Kliniken in Deutschland und ist das leistungsstärkste Zentralklinikum der Region. Mit 25 hoch spezialisierten Hauptabteilungen und zwei Belegabteilungen, zumeist auf universitärem medizinischem Niveau, bietet es ein zukunftsorientiertes Leistungsspektrum. Es werden 3.300 Mitarbeiter beschäftigt. Stationär behandelt werden jährlich 49.000 Patienten, ambulant sind es 162.000 Patienten. Angegliedert sind die ATA/OTA-Ausbildung sowie eine Kooperation mit dem Hebammenstudiengang der Hochschule Furtwangen.

geben wird. Allein darüber wird sich jedoch keine gute Versorgungsstruktur bilden. Danach werden mehr Kooperationsgespräche geführt werden und es wird zu stärkeren Feinjustierungen kommen.

Zufällig war im Februar Prof. Dr. Boris Augurzky in die Klausurtagung unseres QuMik-Verbundes (QuMik-Klinikverbund – Qualität und Management im Krankenhaus) aus 12 großen kommunalen Kliniken eingeladen. Er ist ja Mitglied der Regierungskommission für die Krankenhausreform und natürlich ging es auch darum. Ich denke schon, dass die Experten der Kommission wissen, was sie tun. Die Vorschläge, die gemacht wurden, waren erst mal recht radikal – doch es sollte ja auch Veränderungsdruck aufgebaut werden. Die Frage war schon im Februar, wie lange man diesen Druck aufrechterhalten kann. Wichtig und notwendig ist aus meiner Sicht, dass Fehlentwicklungen

vor Ort verhindert werden. Die Auswirkungsanalyse der DKG und auch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe haben ja sehr bald den notwendigen Änderungsbedarf am Papier der Regierungskommission gezeigt.

Es war von Anfang klar, dass sich an dem Reformvorschlag einiges ändern und der offensichtliche Unsinn schon bereinigt werden würde. Ich denke nur an das Beispiel, dass eine Stroke Unit und eine Geburtshilfe zusammen notwendig sind für ein Haus Level II. Beides gehört ja nicht zwingend zusammen. Aber der aufgebaute Druck führt dazu, dass man sich intensiv und schnell mit solchen Regelungen beschäftigen musste und muss.

Personal ist ein entscheidendes Thema der Zukunft. Passen Sie im Schwarzwald-Baar-Klinikum die Personalstrategie an?

Dr. Matthias Geiser: Das tun wir. Eine Situation wie die Pandemie führt eben auch zu neuen Erkenntnissen. Das Thema Personalentwicklung haben wir jetzt deutlicher im Fokus als in der Vergangenheit. Vor den Pandemie Jahren stand die Gewinnung wichtiger Leistungsträger im ärztlichen Dienst im Vordergrund. Inzwischen sehen wir Personalentwicklung nicht nur auf eine Gruppe bezogen, sondern als Aufgabe, die alle Berufsgruppen umfasst.

In den vergangenen drei Jahren war der Leistungsdruck geringer, so dass wir das nicht deutlich registriert haben. Inzwischen ist unübersehbar, dass sich auf der Personalseite etwas verändert hat.

Zwar sind wir im ärztlichen Dienst moderat gewachsen und im Pflegedienst haben wir ebenso viel Personal wie vor drei Jahren. Aber die Verfügbarkeit dieser Mitarbeiter ist nicht mehr so groß wie vor der Pandemie. Wir verlieren überall Personalstunden. Das wird sich nicht mehr ändern. Die Mitarbeiter wollen flexibler arbeiten und fordern das auch ein.

Das bedeutet, dass wir ihnen die flexiblen Angebote machen, unterschiedliche Arbeitszeitmodelle, Kurzschichten, Poolbeschäftigung usw. Es bleibt aber nun einmal Tatsache, dass die Schichtarbeit – 24 Stunden am Tag, sieben Tage in der Woche – in einem Krankenhaus immer unvermeidbar ist. Daran wird auch die jetzt propagierte Tagesbehandlung nichts ändern. Und natürlich ist die Personalgewinnung für Bereiche mit Schichtarbeit besonders schwierig. Nehmen Sie als Beispiel die Radiologie. Hier im Krankenhaus muss sie immer verfügbar sein – also ist Schichtbetrieb notwendig. Eine Radiologieassistentin, die das nicht möchte, kann dann aber bei einem niedergelassenen Radiologen arbeiten.

„ Wir haben bereits in der Pandemie unser Leistungsprofil weiterentwickelt – mit unserem eigenen Knowhow. Wir definierten Leistungssegmente, in denen wir Weiterentwicklungspotenzial sahen – diese gehen wir jetzt an, unabhängig von politischen Wechseln. “

Ein anderer Aspekt neben den Wünschen und Forderungen des Personals sind die vorgegebenen Personalschlüssel. In der Vergangenheit hat man in Belastungsspitzen gesagt: Das bekommen wir hin. Wir überstehen diese Spitze. Das gibt es heute so nicht mehr. Die Personalvorgaben sind einzuhalten und werden eingefordert. Im Prinzip brauchen wir deshalb mehr Personal und würden es auch einstellen. Wir haben natürlich eine Krankenpflegeschule, die Ausbildungsplätze sind voll besetzt. Das funktioniert. Das reicht aber nicht.

Kurz: Der zusätzliche Druck für Strukturveränderungen kommt auch aus dem Personalbereich und das ist der neue Aspekt an der anstehenden Krankenhausreform.

Personalstrategie ist in der Strategieentwicklung das Schwierigste. Wenn wir rote Zahlen



Im Interview: Dr. Matthias Geiser, Geschäftsführer des Schwarzwald-Baar Klinikums

schreiben, müssen wir kurzfristige Maßnahmen im wirtschaftlichen Bereich ergreifen. Da geht der Blick schnell auf den größten Kostenbock, die Personalkosten. Gleichzeitig ist der Fachkräftemangel offensichtlich. Es ist da nicht einfach, die richtige Balance zu finden und das auch mit der Belegschaft zu kommunizieren.

Sie erwähnten die Ambulantisierung als schwierigen Aspekt, der künftig eine große Rolle spielen wird. Welche Herausforderungen sehen Sie hier?

Dr. Matthias Geiser: Die Ambulantisierung wird sich natürlich auch auf unsere Strategie auswirken, denn es geht um eine neue Angebotsstruktur für das Krankenhaus. Darauf ist vermutlich kaum ein Krankenhaus schon umfassend vorbereitet. Wir haben hier außerdem aber auch ganz kurzfristige Probleme. Der neue AOP-Katalog ist in Kraft. Neben dem strukturellen Aspekt – wir müssen die notwendigen Strukturen aufbauen, Organisation und Prozesse abstimmen, das Personal ausbilden – haben wir damit auch ein massives Vergütungsproblem.



Standort Donaueschingen

So, wie der Katalog jetzt ausgestaltet ist, wird sich das erheblich auf unsere stationären Erlöse auswirken. Betroffen wären 10 bis 20 Prozent unserer Leistungen. Damit müssen wir uns natürlich sehr intensiv auseinandersetzen. Es gibt Leistungen, die wir ambulant dann nicht mehr anbieten können. Welche ambulanten Operationen sind für uns noch wirtschaftlich zu erbringen? Wir können nicht Leistungen anbieten, bei denen wir wissen, dass wir mit jedem Eingriff negative Deckungsbeiträge erwirtschaften.

Mir ist unverständlich, dass der Gesetzgeber und die Selbstverwaltung, die ja Teil dieser Entscheidung ist, nicht erkennen, dass es wirtschaftliche Anreize braucht, damit die gewünschte Entwicklung in Gang kommt.

Durch die niedrigen Vergütungen im ambulanten Operieren werden die Krankenkassen einsparen. Das ist aber kurzfristig. Wenn wir Krankenhäuser diese ambulanten Strukturen mit negativem Deckungsbeitrag betreiben sollen, werden wir Vermeidungsstrategien suchen.

Es wird ja für die Krankenhausreform eine Übergangszeit von mehreren Jahren geben – wie seinerzeit bei Einführung der DRGS. Genügt das, sich darauf einzustellen?

Dr. Matthias Geiser: Der Unterschied ist, dass die DRG-Entwicklung ja zuerst relativ abstrakt verlief. Dieses Mal aber trifft es die Versorgung vor Ort unmittelbar. Die Lage ist für viele Kliniken sehr schwierig. Bei vielen Krankenhäusern ist es fraglich, ob sie eine Konvergenzphase, in der sie ihre Unternehmensstrategie anpassen können, überhaupt noch erreichen. Wenn kommunale Träger jetzt regelhaft zweistellige Millionenbeträge in ihre Einrichtungen stecken müssen, um sie zu erhalten, werden sie das nicht lange durchhalten.

Mit dem Fachkräftemangel haben wir zudem einen erheblichen Treiber für Veränderungen. So, wie es derzeit ist, kann die Versorgung in der Breite nicht mehr aufrechterhalten werden.

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach hat öffentlich erklärt, mit der Krankenhausreform soll die DRGS abgeschafft werden. Die Medizin soll wieder einen höheren Stellenwert erhalten als die Ökonomie. Wenn es denn tatsächlich so käme – wonach es derzeit nicht mehr wirklich aussieht – würde das auch auf strategische Entscheidungen großen Einfluss haben.

Dr. Matthias Geiser: Der Minister trat vor die Presse und sagte wir schaffen die Fallpauschalen ab. Wie wir inzwischen wissen, wird es nicht zu einer kompletten Abschaffung kommen. Was aber jetzt vorgeschlagen wurde, ist tatsächlich ein noch komplexeres System, das neben das alte gestellt werden soll.

Sie meinen die Vorhaltepauschalen?

Dr. Matthias Geiser: Wir haben mit dem Pflegebudget bereits ein Selbstkostendeckungsinstrument. Mit der vorgesehenen Vorhaltefinanzierung wird der Bereich noch größer. Je mehr uns aber vorgeschrieben wird, was wir tun sollen, was wir dürfen und was nicht, desto schwieriger wird es, Deckungsbeiträge für

Investitionen zu erwirtschaften. Dann wird die Investitionsfinanzierung zum Knackpunkt.

Je strikter die Vorgaben, je weniger unternehmerische Freiheiten, desto weniger sind Investitionen außer der Reihe möglich. Damit sind wir an dem Punkt der Ordnungspolitik – wie viel Wettbewerb wollen wir im System überhaupt haben? Hier drückt sich die Politik vor der Entscheidung.

Die Eckpunkte der Regierungskommission für die Krankenhausreform zielen u.a. auf die Stärkung der Hochleistungshäuser und stärkere Zentralisierung. Damit wäre Ihr Haus ja eigentlich ein Profiteur. Braucht Ihre Klinik die kleinen Häuser überhaupt? Der VKD – Sie sind ja Landesvorsitzender und Mitglied des Vorstandes – warnt vor der Entkernung der flächendeckenden Versorgung. Wie sieht das mit Kooperationen in Ihrer Region aus?

Dr. Matthias Geiser: Kooperationspartner wird es auch in Zukunft für größere und kleinere Häuser geben. Richtig gut funktionieren wird Kooperation aber erst dann, wenn es eine gesellschaftsrechtliche Verbindung der Partnerhäuser gibt.

Ich glaube zudem, dass wir in Zukunft mit weniger Krankenhausstandorten klarkommen können. Häuser der Versorgungsstufe 1 ohne Notfallversorgung sind aus meiner Sicht allerdings keine Krankenhäuser mehr – vielleicht noch pro forma, damit die Investitionsfinanzierung gesichert ist.

Der niedergelassene Bereich wurde aus dem Reformentwurf ausgeklammert. Vielleicht wäre das dann zu komplex gewesen?

Dr. Matthias Geiser: In unserer Region wartet niemand darauf, dass Leistungen aus dem Krankenhaus in den ambulanten Bereich wechseln. Der kann das wegen des Ärzteman-

gels gar nicht bewältigen. Und dann sollen auch noch die Häuser des Levels II von KV-Ärzten mit betreut werden. Auch hier werden die Krankenhäuser einspringen müssen. Es wird sicher ambulante OP-Zentren geben, die ganz spezialisiert ein enges Spektrum ambulanter Eingriffe gut abdecken, aber die Versorgung wird leiden, wenn diese kleinen Krankenhäuser nicht mehr am Netz sind.

Wie sieht die wirtschaftliche Situation des Schwarzwald-Baar-Klinikums derzeit aus? Ist Ihr Klinikum gut aus dem Jahr 2022 herausgekommen?

Dr. Matthias Geiser: Wir werden zunächst sicher nicht mehr wachsen, wollen aber die Belegungszahlen aus der Vor-Corona-Zeit wieder erreichen. Die Unterstützung vom Bund ist weggefallen. Dennoch werden wir für 2022 mit einem blauen Auge davonkommen – einem knapp ausgeglichenen Ergebnis. Die Vorzeichen für 2023 sind aber schlecht.

„Kooperationspartner wird es auch in Zukunft für größere und kleinere Häuser geben. Richtig gut funktionieren wird Kooperation aber erst dann, wenn es eine gesellschaftsrechtliche Verbindung der Partnerhäuser gibt.“

Das ändert nichts an der Tatsache, dass die finanzielle Decke für alle Krankenhäuser angesichts der enormen Kostensteigerungen, die wir nicht weitergeben können, zu kurz ist. Für das „Krankenhaus Post Covid Syndrom“ brauchen wir dringend eine Lösung. Diese Grundproblematik bekommen wir auch mit der besten Strategie nicht vor Ort gelöst.



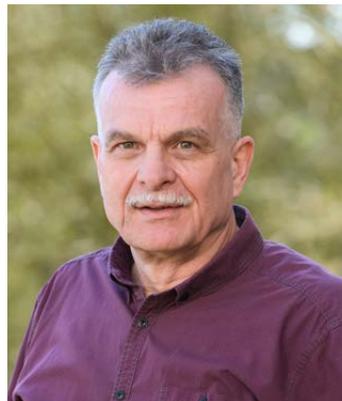
Standort
Villingen-Schwenningen

Auf den Umbruch in der Gesundheitsversorgung vorbereitet sein

LEISTUNGEN DER SCHWERPUNKTVERSORGUNG SICHERN,
AMBULANTE STRUKTUREN UMFASSEND AUSBAUEN,
WIRTSCHAFTLICHE STABILITÄT ERHALTEN

Die Gesellschaft für Leben und Gesundheit (GLG) sieht sich strategisch als Vollversorger für die Region zwischen Oder, Berlin und Schorfheide im Nordosten Brandenburgs. Die Entwicklung in den anhaltenden Krisen der vergangenen Jahre und deren Auswirkungen auf die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung haben diese Strategie bestätigt. Sie hat dazu geführt, dass der damit beschrittene Weg kontinuierlich fortgesetzt werden konnte. Das Unternehmensziel ist die ambulante und stationäre Rundumversorgung der Bevölkerung. Sie ist verbunden mit dem Anspruch auf Qualitätsführerschaft.

Das Jahr 2022 war für alle Krankenhausunternehmen mit seinen drei parallelen Krisen – Corona-Pandemie noch nicht ganz vorbei, enormen Energiepreisteigerungen sowie der allgemeinen Teuerung und einem nie dagewesenen, damit einhergehenden Personal-mangel – mit Belastungen verbunden, die so vermutlich alle Gesundheitsunternehmen in Deutschland bewältigen mussten. Gleichzeitig war uns klar, dass es nicht nur diese aktuelle Krise zu bewältigen galt. Es würde zu einem erheblichen Umbruch in der Gesundheitsversorgung insgesamt kommen, auf den wir uns einstellen mussten. Dieser Umbruch würde na-



Autor

Andreas Gericke

Leiter Öffentlichkeitsarbeit der
Gesellschaft für Leben und
Gesundheit (GLG)

türlich auch für unseren Konzern Veränderungen notwendig machen.

In Krisenzeiten die richtigen Zukunftsentscheidungen treffen

Die Bilanz des Jahres 2022 ist ein klarer Ausdruck dafür, dass die GLG ihre Strategie schon frühzeitig belastbar auf die zu erwartenden Herausforderungen eingestellt hat. Erste Schritte des notwendigen Umbruchs wurden schon vollzogen. Dieser soll die wirtschaftlichen Grundlagen der GLG auch in Zukunft sichern und den weiteren bedarfsgerechten Ausbau der Kapazitäten ermöglichen. Unsere Unternehmensgruppe hatte Stabilität bewiesen – und das sollte auch so bleiben. Erste Schritte zur künftigen wirtschaftlichen Sicherung wurden daher schon eingeleitet, um so auch den weiteren bedarfsgerechten Ausbau der Kapazitäten zu ermöglichen. Es war wichtig, in diesen Krisenzeiten die richtigen Entscheidungen für die weitere Entwicklung zu treffen.

Am 12. Dezember 2022 informierte der GLG-Aufsichtsrat die Beschäftigten zur wirtschaftlichen Entwicklung des zurückliegenden Jahres und begründete die angesichts der außerordentlich schwierigen Bedingungen als notwendig erkannten richtungsweisenden Entscheidungen, die erforderlich sein würden, um

die wirtschaftliche Stabilität als unverzichtbare Basis für die medizinische Versorgung der Patienten und die Sicherung der Arbeitsplätze aller Beschäftigten im GLG-Verbund zu erhalten.

Geschäftsführer Dr. Jörg Mocek erklärte: „Der weitere erfolgreiche Weg der GLG wird nicht möglich sein, ohne Umbrüche in den Steuerungsprozessen, in Organisation und Struktur zu vollziehen. Dabei sind wir von den kommenden Herausforderungen keineswegs überrascht. Schon vor fünf bis sechs Jahren haben wir die Fragen diskutiert, die uns nun in vollem Umfang treffen. Die Probleme des Gesundheitswesens und speziell der Finanzierung der Krankenhäuser sind nicht neu. Ihre Lösung wird jedoch durch die außerordentlichen Belastungen der Corona-Pandemie und der weiteren, in diesem Jahr hinzugekommenen Krisen umso dringlicher.“

Hoher Veränderungsdruck

Der erhebliche Veränderungsdruck würde sich, das war klar, auf viele Bereiche des Unternehmens auswirken. Es müssten neue Ressourcen erschlossen, Reserven mobilisiert werden. Diesen Herausforderungen würden wir aber gewachsen sein. Die vom Bundesgesundheitsministerium angekündigte große Krankenhausreform erhöhte mit ihren vorgesehenen neuen Schwerpunktsetzungen den Veränderungsdruck dann noch einmal erheblich.

In den letzten Jahren bereits Vorsprung erarbeitet

Geschäftsführerin Dr. Steffi Miroslau betonte in den GLG-Klausurtagungen und beim GLG-Pflegesymposium im Dezember 2022 die besonderen Vorteile unseres Gesundheitskonzerns. Sie verwies darauf, dass die GLG in den zurückliegenden Jahren bereits einen Vorsprung auf dem Weg in eine stabile, zukunftstaugliche Gesundheitsversorgung erlangt habe. Die Besonderheit der GLG, die das Ergebnis zielgerichteter Entwicklungen

und Strukturveränderungen des Konzerns in den letzten Jahren ist, bestehe vor allem darin, dass der GLG-Verbund alle Versorgungsstufen umfasse, durch seine Heterogenität von Außenfaktoren unabhängiger sei und sich daher auf sich ändernde Konstellationen flexibel einstellen könne.

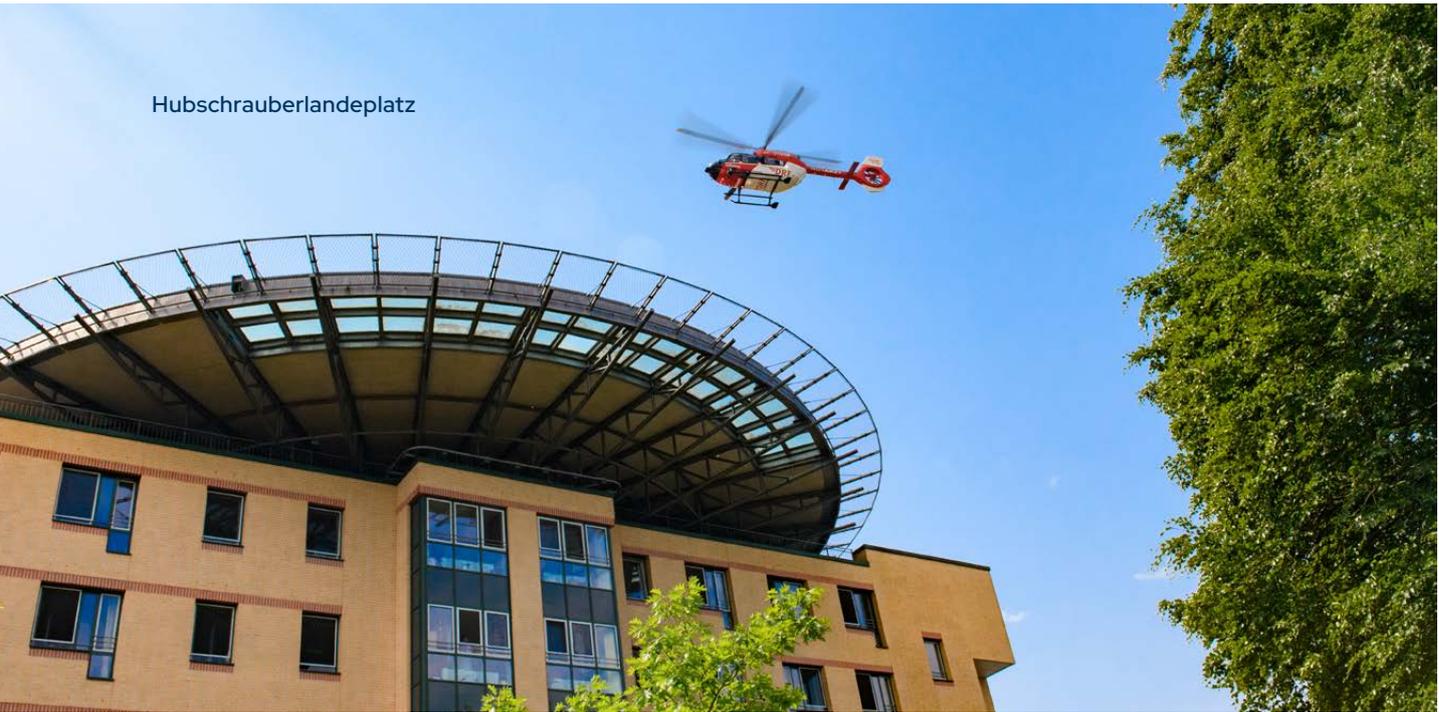
Trägerübergreifender Erfahrungsaustausch

Das wurde nicht zuletzt beim trägerübergreifenden Erfahrungsaustausch mit den Leiterinnen und Leitern anderer großer Gesundheitsunternehmen deutlich, den die GLG im Rahmen des Clinotel-Verbunds regelmäßig pflegt. Anfang Mai vorigen Jahres waren wir erstmals Gastgeber für die Leitungen der Clinotel-Mitgliedshäuser zur Jahresversammlung im Ringhotel Schorfheide.

GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit

Die GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH ist der größte Verbund von Gesundheitsunternehmen im Nordosten Brandenburgs und umfasst unter anderem fünf Krankenhäuser, eine Fachklinik für Rehabilitation, 14 Tageskliniken, 27 Arztpraxen, Medizinische Versorgungszentren und ein ambulantes Rehabilitationszentrum. Insgesamt stehen für die Versorgung der Patienten 1.185 stationäre und teilstationäre Betten zur Verfügung. Die der GLG angehörenden Unternehmen beschäftigen zusammen mehr als 3.658 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und sind damit der größte Arbeitgeber der Region. Träger des GLG-Verbundes sind die Brandenburger Landkreise Barnim (71,1 %) und Uckermark (25,1 %) sowie die Stadt Eberswalde (3,8 %). Gegründet wurde die GLG im Jahr 2006.

Hubschrauberlandeplatz



Nach dem Grundsatz „Von den Besten lernen. Zu den Besten gehören“ geht es den Clinotel-Mitgliedern um einen ständigen Wissenstransfer auf allen Ebenen mit dem Ziel einer hohen Qualität der Patientenversorgung bei gleichzeitiger Sicherung der Wirtschaftlichkeit.

Die Teilnehmer werteten die Corona-Pandemie als eine Art „Stresstest“, den sie zumindest mit Blick auf die Patientensicherheit sehr gut bestanden hätten. So habe sich unter den Pandemiebedingungen die hohe Kompetenz der ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräfte gezeigt, die auch unter der für alle bislang so noch nicht erlebten Situation in ihren Häusern und auf den Stationen gewusst hätten, was zu tun sei. Kritisch betrachtet wurde aber auch die Einwirkung externer Gremien, durch die sich die Häuser oft weniger unterstützt als zusätzlich belastet sahen.

Sicherheit und hohe Kompetenz für die Patienten am wichtigsten

Der Faktor Sicherheit und die hohe Kompetenz der Behandler gehören zu den wichtigsten Kriterien, nach denen Patienten die Leistungen

von Kliniken bewerten. Unsere Spezialistinnen und Spezialisten nehmen daher regelmäßig an großen Fachtagungen teil, um auf dem neuesten Stand von Wissenschaft und Forschung zu arbeiten und sind selbst auch an Innovationen und Projekten beteiligt.

Dr. Steffi Miroslau. „Gerade in diesem Jahr, in dem Präsenzveranstaltungen wieder möglich wurden, hat sich das sehr deutlich gezeigt. Die Expertise in den GLG-Kliniken ist sehr hoch. Im Laufe der vergangenen Jahre haben wir hier zahlreiche Spezialisierungen aufgebaut, unsere Zentren sind mit vielen Kooperationspartnern und mit der Universitätsmedizin der Charité vernetzt. In neun medizinischen Fachbereichen verfügt die GLG über ein Alleinstellungsmerkmal in der Region.

Auf vielen Gebieten können wir uns auf überregionale Schwerpunkte stützen, so beispielsweise in der Onkologie, der HNO, der Augenheilkunde, der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.

Im Jahr 2018 hat die GLG mehrere neue medizinische Zentren etabliert, u.a. das Onkologische Zentrum Barnim, ein Gefäßzentrum,

ein Kontinenz- und Beckenbodenzentrum, sowie neue Spezialabteilungen, wie z.B. die Schmerztherapie. Damit wurde das Leistungsspektrum weiter ausgebaut.“

Strategische Anpassungen notwendig

Doch Marktführer zu sein, ist natürlich kein dauerhaft gegebener Zustand. Er muss gehalten und ausgebaut werden. Hinzu kommen neben der Sicherung hoher Kompetenz weitere strategische Erfolgsfaktoren, die zielgerichtet besser genutzt werden. Dazu gehören die richtige Patientensteuerung, die Optimierung der Infrastruktur und der Prozesse, Vernetzung und Digitalisierung, bis hin zur Erschließung von Wachstumsfeldern und neuen Märkten. Das ist gerade angesichts der absehbaren Strukturveränderungen durch die kommende Krankenhausreform besonders wichtig.

Dazu gehört, dass es nicht mit mehr und noch mehr Klinikbetten getan ist. Auch die GLG-Einrichtungen werden deutlich stärker als bisher stationär erbrachte Leistungen ambulant behandeln. Ambulantisierung ist ein Zukunftsthema, das wir bereits in Angriff genommen haben. Die Umstellung auf ambulant-stationäre Leistungen wird sich außerordentlich dynamisch vollziehen. Hier waren und sind strategische Anpassungen notwendig.

Die GLG ist hier bereits auf einem Weg, der Teil der Neuordnung der Gesundheitsversorgung nicht nur im Land Brandenburg ist, sondern der sich bundesweit abzeichnet. Je nach Finanzierungsmodell sollen die Zentren eine Notfallversorgung, eine Überwachungsstation, eine Grundversorgung der Inneren Medizin und der Chirurgie bieten. Ein oder zwei Nächte in einer Überwachungseinheit sollen künftig als Regelleistung finanziert werden, so die Vorstellung aus dem Gesundheitsministerium in Potsdam. In Zusammenarbeit mit niedergelassenen Fachärzten können auch die Leistungen eines MVZ sowie ambulante Operationen angeboten werden.

Die Verlegung einzelner Bereiche, Anpassungen im Leistungsportfolio, notwendige Entscheidungen auch über ganze Leistungsbereiche benötigen in der Regel bauliche Veränderungen, Neubau, Modernisierungen.

„Der weitere erfolgreiche Weg der GLG wird nicht möglich sein, ohne Umbrüche in den Steuerungsprozessen, in Organisation und Struktur zu vollziehen. Dabei sind wir von den kommenden Herausforderungen keineswegs überrascht. Schon vor fünf bis sechs Jahren haben wir die Fragen diskutiert, die uns nun in vollem Umfang treffen.“

Geschäftsführer Dr. Jörg Mocek

Statt neuem Bettenhaus ambulant OP-Zentrum

Die GLG hat darauf bereits reagiert und u.a. ursprüngliche Planungen eines zusätzlichen Bettenhauses am GLG Werner Forßmann Klinikum aufgegeben und investiert nun in die Erweiterung des Eberswalder Schwerpunktklinikums durch ein ambulant OP-Zentrum. Ein Bauvorhaben mit einer vorgesehenen Bauzeit bis 2026, in das etwa 15 Millionen Euro fließen werden.

Krankenhaus wird ambulant-stationäres Gesundheitszentrum

Angesichts der demografischen Entwicklung mit einer deutlichen Alterung der Bevölkerung gerade auch in ländlichen Regionen Brandenburgs war es eine wichtige strategische Entscheidung, das GLG-Kreiskrankenhaus Prenzlau in ein ambulant-stationäres Gesundheitszentrum umzuwandeln. Dafür werden derzeit bereits die ineinandergreifenden strukturellen und baulichen Voraussetzungen geschaffen. In Prenzlau sind die medizinische Grundversorgung, Arztpraxen, ambulante Pflege und Beratung geplant. Beschlossen wurde außerdem, hier eine Geriatrische Fach-

Klinik zu etablieren und die geriatrischen Kapazitäten des GLG-Verbunds vollständig dort zu konzentrieren.

99 Die Besonderheit der GLG, die das Ergebnis zielgerichteter Entwicklungen und Strukturveränderungen des Konzerns in den letzten Jahren ist, besteht vor allem darin, dass der GLG-Verbund alle Versorgungsstufen umfasst, durch seine Heterogenität von Außenfaktoren unabhängiger ist und sich daher auf sich ändernde Konstellationen flexibel einstellen kann. 66

Geschäftsführerin Dr. Steffi Miroslau

Haus D im Bereich des Prenzlauer GLG-Krankenhauses soll künftig der Aufnahme von Arztpraxen dienen. Es wurde bereits im Pandemiejahr 2021 in seiner baulichen Substanz umfassend auf diese Bestimmung vorbereitet – die Arbeiten am Rohbau wurden zu 90 Prozent ausgeführt, der Trockenbau, die Rohinstallationen und Malerarbeiten bis zu 80 Prozent fertiggestellt und es wurden zusätzliche Parkplätze geschaffen. Eröffnet werden konnte das Haus dann im März dieses Jahres. Weitere Schritte sind die Erweiterung der Küche und der Cafeteria.

Neues Ärztehaus für die GLG-Arztpraxen

Ebenfalls im Frühjahr 2023 war das neue Ärztehaus in Eberswalde bezugsfertig. Neun GLG-Arztpraxen und eine Apotheke haben hier nun modernste, zeitgemäße Bedingungen für die Patientenversorgung. In Planung befinden sich außerdem der Neubau der Krankenhausapotheke am GLG Werner Forßmann Klinikum.

Darüber hinaus wird das zur GLG gehörende Ärztehaus in der Eberswalder Karl-Liebknecht-Straße in Teilbereichen modernisiert und für die Aufnahme eines MRT zur Erweiterung der Radiologie vorbereitet.

Geplant ist die Erweiterung der GLG Ambulanten Rehabilitation um nahezu das Doppelte der Fläche.

Womit allerdings auch wir in unserem Unternehmen zu kämpfen haben, ist die Situation im Bauwesen, insbesondere, was Materialverfügbarkeit und Preise betrifft – ein Problem, das aktuell bundesweit wohl alle betrifft, die bauen wollen. Das wirkt sich auf die Umsetzungspläne an vielen Stellen aus und ist mit Verzögerungen verbunden.



Ein Bauprojekt wurde bereits 2019 abgeschlossen – die Eröffnung der neuen Kinderklinik einschließlich der Kinderchirurgie. Sie hat ihren Platz dort bekommen, wo sich auch der Hubschrauberlandeplatz befindet. Schon lange hatten sich die Mitarbeiter eine Modernisierung der Kinderstation gewünscht. Sie kam im Herbst 2022 dann auch Berliner Kindern zugute, die in den hauptstädtischen Kliniken nicht mehr aufgenommen werden konnten und in Eberswalde behandelt wurden.



Insgesamt investierte die Gesellschaft für Leben und Gesundheit im Jahr 2022 9.982.300 Euro in Baumaßnahmen und Ausstattung, Medizintechnik und IT.

Kostenentwicklung macht zu schaffen

Wie die meisten anderen Krankenhäuser sind auch wir natürlich von den aktuellen Kostenentwicklungen betroffen. Der Energiebedarf des GLG Werner Forßmann Klinikums ist etwa vergleichbar mit dem einer Kleinstadt. Wie mehr als 90 Prozent aller deutschen Kliniken nutzen wir auch in Eberswalde neben anderen Energieträgern Erdgas zur Wärmeerzeugung. Allein beim Energieträger Gas müssen wir mit Mehrkosten in zweistelliger Millionenhöhe rechnen, beim Strom werden die Kosten im laufenden Jahr voraussichtlich um mehr als fünf Millionen Euro steigen. Noch für das Jahr 2022 mussten GLG-weit bereits Mehrbelastungen durch Energiepreissteigerungen von etwa einer halben Million Euro einkalkuliert werden.

Dabei war sparsames, energieeffizientes und umweltschonendes Wirtschaften für die GLG schon in den vergangenen Jahren ein klarer Unternehmensgrundsatz und Teil unserer Strategie. Schon seit Jahren sind Blockheizkraftwerke an den Standorten in Eberswalde und in der GLG Fachklinik Wolletzsee im Betrieb. Energiesparmaßnahmen prüfen wir auch für das GLG Martin-Gropius-Krankenhaus und das GLG Kreiskrankenhaus Prenzlau. An allen Standorten mit älterer Bausubstanz wurden Sanierungen mit entsprechender Dämmung

vorgenommen, Leuchtmittel auf LED umgestellt, energieintensive Anlagen erneuert, die Gewinnung von Solarstrom erweitert. Das alles wird aber noch nicht ausreichen, die neuen Kostenbelastungen auszugleichen. Wir wollen, wo es möglich ist, Maßnahmen der Raumtemperaturbegrenzung und Optimierung von Lüftungszeiten einführen. Und natürlich appellieren wir an unsere Beschäftigten, energiebewusst zu handeln.

Strategische Schwerpunkte für die kommenden Jahre

Personalpolitik

Unser Unternehmen ist der größte Arbeitgeber in der Region. Kliniken, Praxen und Versorgungszentren bilden ein Netzwerk, in dem die Mitarbeiter einrichtungsübergreifend zusammenarbeiten. Dabei ist es sehr wichtig, dass sich alle in der GLG wohlfühlen. Wir suchen mit ihnen nach optimalen Lösungen für ihren Einsatz, der ihre familiäre Situation berücksichtigt und bieten ihnen vielfältige Gleitzeit- und Teilzeitmöglichkeiten. Wir unterstützen regionale Vereine und Aktivitäten, bieten Freizeitmöglichkeiten, betreiben eigene Ferienhäuser und ermöglichen für die Kinder unserer Beschäftigten Aufenthalte in Ferienlagern.



Dr. Steffi Miroslau,
Medizinische Geschäftsführerin der GLG



Dr. Jörg Mocek,
Kaufmännischer Geschäftsführer der GLG

rechts: Berufsmesse; unten: Messestand



Der Landkreis Barnim ist nicht nur eine beliebte Freizeitregion für die Bürger, sondern auch für viele Berliner. Er grenzt an die Hauptstadt. Die Fahrt vom Berliner Hauptbahnhof nach Eberswalde dauert ganze 24 Minuten – und wird täglich von zirka 350 Berufspendlern genutzt, die im Werner Forßmann Klinikum arbeiten. Rund 20 Mediziner kommen jeden Tag zudem aus Polen über die Oder. Sie waren uns im Lockdown 2020 eine große Stütze, denn die meisten blieben in dieser Zeit hier bei unseren Patienten. Für die Pendler stellen wir am Bahnhof E-Bikes zur Verfügung.

Eines der wichtigsten strategischen Ziele im Personalmanagement sind natürlich auch die Ausbildung und Gewinnung von Fachkräften sowie die Personalentwicklung. Hier arbeiten wir eng mit der Medizinische Schule Uckermark, der Akademie der Gesundheit Berlin/Brandenburg, der Ergotherapieschule Regine Hildebrandt in Angermünde, dem Gewerblich-technischen Oberstufenzentrum II Barnim sowie den Oberstufenzentren I Barnim, Cottbus und „Johanna Juist“ in Potsdam zusammen.

Auch die Aktivitäten zur Fachkräftegewinnung aus der Region, wie mit dem GLG-Stipendium, verstärken wir weiter.

Rehabilitation

Ein strategischer Schwerpunkt für die kommenden Jahre ist der weitere Ausbau der Re-

habilitation. Wir sehen ihn als unverzichtbaren Teil einer vollständigen Behandlungskette. Bereits heute können wir einem großen Teil der Patienten Maßnahmen der Rehabilitation im eigenen Unternehmen vermitteln. So können wir Patienten mit Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen sowie neurologischen Erkrankungen nach ihrer stationären Behandlung im Krankenhaus im Anschluss daran eine stationäre Rehabilitation in unserer GLG Fachklinik Wolletzsee ermöglichen. Hier betreuen wir auch Patienten mit chronischen Erkrankungen dieser Fachbereiche, z. B. der Multiplen Sklerose, im Rahmen des sogenannten stationären Heilverfahrens.

Zielrichtung für 2023 und 2024

„Die notwendigen Umbrüche der nächsten Jahre werden darauf gerichtet sein, die Leistungen der Schwerpunktversorgung im GLG-Verbund mit den entsprechenden medizinischen Zentren zu sichern und gleichzeitig die ambulanten Strukturen umfassend zu erweitern“, heißt es in der Jahresbilanz 2022. Dabei sollen die Vorteile der GLG durch gezielte Vernetzung stationärer, teilstationärer und ambulanter Bereiche genutzt werden. Unter den weiterhin extrem schwierigen Rahmenbedingungen werde der Erhalt der wirtschaftlichen Stabilität aller GLG-Unternehmen, die Gewährleistung hoher Qualität der Versorgung und der Ausbau der Kapazitäten die Zielrichtung für die Jahre 2023 und 2024 sein.

Der Plan: Fit werden für die nächsten 30 Jahre

DER NEUE GESUNDHEITSCAMPUS – DIE BAUPROJEKTE DES KLINIKUMS LANDSBERG AM LECH

Das Klinikum Landsberg am Lech gewährleistet gemeinsam mit zahlreichen Facharztpraxen eine optimale Gesundheitsversorgung im Landkreis Landsberg. Mit wichtigen strategischen Entscheidungen und deren Umsetzung reagieren das Haus und Landkreis auf die wachsenden erheblichen Anforderungen sowie auf die Entwicklungen der Gesellschaft. Dazu gehört u.a. ein umfangreiches Bauprogramm und der damit vorgesehene Wandel zu einem Gesundheitscampus. Der demographische Wandel und der Fachkräftemangel seien nur zwei von vielen großen Herausforderungen, denen man sich stellen müsse, so der Landrat des Kreises, Thomas Eichinger. Der entstehende neue Gesundheitscampus mit Facharztzentrum, Ausbildungscampus, Funktionsneubau und vielem mehr solle alle erforderlichen Leistungen vereinen und für die Bürgerinnen und Bürger einen zentralen Anlaufpunkt schaffen. Das Klinikum wird fit für die nächsten Jahrzehnte gemacht.

Vor mehr als einem Jahr fiel eine wichtige strategische Entscheidung für das Klinikum Landsberg am Lech. Um es für die nächsten 30 Jahre fit zu machen, soll es Stück für Stück in einen Gesundheitscampus verwandelt werden. Das bedeutet nicht nur die Realisierung eines umfangreichen Bauvorhabens über mehrere Jahre. Gleichzeitig sind damit wichtige erhebliche Strukturveränderungen verbunden.

Entstehen sollen ein großer Funktionsneubau samt größerer Notaufnahme, neuem OP-Trakt mit vergrößerter Intensivstation und Mutter-

„ Benötigt würden heute nicht nur einfache Bettenhäuser, sondern angesichts verkürzter Liegedauer und Ambulantisierung der Medizin ambulante und tagesklinische Strukturen. Das müsse sich auch baulich niederschlagen.“

Kind-Zentrum, eine schöne neue Pflegeschule, ein Facharztzentrum samt Apotheke und Gesundheitsamt, ein Pflegeheim, Mitarbeiterwohnungen, ein Parkhaus und vieles mehr.

Die einzelnen Bauprojekte wurden von Landrat Thomas Eichinger und Klinik-Vorstand Marco Woedl Anfang 2022 der Öffentlichkeit vorgestellt. Das leistungsstarke Landsberger Klinikum soll damit auf die nächste Stufe gehoben und so zukunftsfähig gemacht werden.

Benötigt würden heute nicht nur einfache Bettenhäuser, sondern angesichts verkürzter Liegedauer und Ambulantisierung der Medizin ambulante und tagesklinische Strukturen. Das müsse sich auch baulich niederschlagen. So werde die Zentrale Notaufnahme im Neubau, aber auch die Intensivstation sehr viel größer werden als bisher. Es werde mehr ambulante und mehr Intensiv-Patienten geben.

Angesichts der Entwicklung im Bereich der Energiekosten seit Januar 2023 – die Gaspreise werden sich für das Klinikum etwa veriebenfachen – werde jetzt auch ein energetisches Gesamtkonzept für die geplanten Bauprojekte erarbeitet.



Das Klinikum Landsberg am Lech

Das Klinikum Landsberg am Lech ist ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 218 Betten sowie zwölf teilstationären Schmerztherapieplätzen. Es umfasst die medizinischen Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Anästhesie, Kinder- und Jugendmedizin sowie die Belegabteilung HNO. Das Kommunalunternehmen betreibt eine Berufsfachschule für Pflege und ist Träger eines chirurgischen MVZ. 1994 wurde das Krankenhaus Eigenbetrieb des Landkreises Landsberg. Seit 2002 wird es in der Rechtsform eines Selbstständigen Kommunalunternehmens geführt. Das Klinikum gehört zur Region im Städtedreieck München – Augsburg – Ingolstadt. Es definiert sich als Gesundheitsversorger für die Bevölkerung im Landkreis.

Vorstand Marco Woedl zu den in enger Abstimmung mit der Stadt Landsberg für die in den kommenden Jahren geplanten Bauprojekten:

Der Ausbildungscampus

Im kommenden Jahr wird ein besonders wichtiges Bauprojekt des Klinikums gestartet – der neue, schöne und große Ausbildungscampus für Pflegekräfte. Er ist das erste Teilprojekt, das ca. 2024/2025 eröffnet werden soll.

Ein wichtiger Startpunkt, denn damit soll dem Pflegenotstand direkt vor der Haustür entgegengewirkt werden. Die Finanzierung von rund fünf Millionen Euro wird gefördert durch den Freistaat und den Landkreis Landsberg. Die alte Berufsschule weicht gemeinsam mit anderen Altgebäuden für Verwaltung und Gesundheitsamt dem geplanten Facharztzentrums-Neubau.

Der Bedarf an Pflegepersonal steigt, die bisherige Berufsschule ist zu klein geworden und

auch nicht mehr zeitgemäß. Geplant ist ein attraktiver, großer und moderner Ausbildungscampus, in dem künftig Platz sein wird für 96 Auszubildende. Derzeit gibt es 66 Plätze. In der Planung berücksichtigt sind weitere auch mögliche Erweiterungen.

„Angesichts der Entwicklung im Bereich der Energiekosten seit Januar 2023 – die Gaspreise werden sich für das Klinikum etwa versiebenfachen – werde jetzt auch ein energetisches Gesamtkonzept für die geplanten Bauprojekte erarbeitet.“

„In die Detailplanung werden die Schüler und Lehrer in einem eigenen Projektteam miteinbezogen. Es soll das gebaut und umgesetzt werden, was sich die Anwender wünschen“, so Klinik-Vorstand Marco Woedl. Besonders viel

Wert wird natürlich auf die digitale Infrastruktur gelegt – und auf Freiräume für neue Lernformen.

Geplant ist ein zweigeschossiger Baukörper mit Flachdach und Lichthof. Vorgesehen sind Stellplätze für die Mitarbeiter, Auszubildenden, fünf Stellplätze für Menschen mit körperlichen Einschränkungen und Fahrradabstellbereich. Neben Klassen- und Gruppenräumen, Aufenthaltsraum sowie Räumen für die Verwaltung und Technik gibt es Übungsräume mit Pflegebetten.

Das Gebäude wird in Massivbauweise errichtet. Der kompakte Baukörper wirkt sich sehr positiv auf die Energiebilanz des Gebäudes aus. Das Flachdach wird zum Großteil mit Photovoltaik bestückt. Ein großzügiger, begrünter Freibereich für Auszubildende und Lehrkräfte gehört ebenfalls dazu.

Das barrierefreie Gebäude erhält eine hochgedämmte Gebäudehülle, dadurch werden die Wärmeverluste auf ein Minimum begrenzt.

Nach derzeitiger Planung kann der Campus im Jahr 2025 bezogen werden.

Das Facharztzentrum

Bis 2025/2026 entsteht ein großes, zweistöckiges Facharztzentrum mit Apotheke, chirurgischem

MVZ, Sanitätshaus, acht Facharztpraxen und Gesundheitsamt (zwei Eingänge) – ein weiterer Schritt hin zum Gesundheitscampus. Es haben bereits zahlreiche Fachärzte ihr Interesse bekundet, sich dort niederlassen zu wollen. Die Verwaltung zieht dann in das bisherige Klinikgebäude, das Gesundheitsamt wird bis zur Fertigstellung des neuen Facharztzentrums ausgelagert.

Kurze Wege für Patienten und Mitarbeiter, praktisch Synergien zwischen den Beteiligten zu schaffen – das ist Ziel des geplanten 6845 Quadratmeter großen Facharztzentrums gleich gegenüber dem Eingang des Klinikums. Einziehen werden hier Facharztpraxen, das Gesundheitsamt des Landkreises und das chirurgische MVZ des Klinikums, Apotheke sowie weitere Anbieter von Gesundheitsleistungen. Baubeginn ist hier für 2024/2025 vorgesehen.

Der Funktionsneubau

Geplant ist ein dreistöckiger Funktionsneubau mit einer Grundfläche von rund 8.000 Quadratmetern. Er wird an das bisherige Klinikumsgebäude angrenzen. In zwei Bauabschnitten soll zunächst der Neubau als Anbau entstehen. Im zweiten Schritt werden dann die frei werdenden Bereiche im Bestandsgebäude (ca. 1.600 Quadratmeter Nutzfläche) umgebaut. Auf rund 8.000 Quadratmetern Fläche



Landrat Thomas Eichinger (links) und Vorstand Marco Woedl stellen die Planungen vor

„ Der Patient steht bei uns im Mittelpunkt! Es gibt viele Baustellen und Problem drum herum, die manchmal wahnsinnig großgemacht werden. Diese haben aber nichts mit der Medizin und mit dem Gesundwerden des Kindes zu tun. Man darf aber nie aus dem Blick verlieren, dass es um den kleinen Patienten geht. Dass dieser sich hier wohl fühlt und schnell wieder gesund wird. “

Chefarzt Dr. Alexander Schnelke

finden im Neu- und Bestandsbau dann ein stationärer OP-Trakt, Intensivtherapie und Intensivüberwachung, Sterilgutversorgung, Geriatriestation, die Zentrale Notaufnahme mit Aufnahmestation, Verwaltungsbüros, Funktionsdiagnostik, Innere Medizin, Endoskopie, Herzkatheterlabor, Labor und Bereitschaftsdienstzimmer sowie die Palliativmedizin Platz. Erweiterungen erfolgen auch für die Kindermedizin mit Räumen für Level 2, Neonatologischer Intensivstation, neuer Kinderstation, und es entsteht eine neue Gynäkologie-Station mit Wöchnerinnen und Neugeborenenpflege und Entbindungsstation.

Das große Ziel der Funktionsneubauplanung sei es, so Vorstand Marco Woedl, die Abläufe zu optimieren und die Wege für alle Mitarbeiter so kurz wie möglich zu gestalten. Unter anderem mit der größeren Notaufnahme, dem neuen OP-Trakt, der Erhöhung der Intensivbettenanzahl (22 statt bisher 11) und dem eigenen Mutter-Kind-Zentrum reagiere man auf den aktuell großen und weiterhin steigenden Bedarf in all diesen Bereichen.

Bei der Finanzierung des Funktionsneubaus (Förderung durch den Freistaat und den Landkreis Landsberg) stehe man noch in Verhandlungen. Als Baubeginn ist 2025/2026 anvisiert.

Kinder- und Jugendmedizin

Die Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums gibt es in der jetzigen Form unter der Leitung von Chefarzt Dr. Alexander Schnelke seit rund vier Jahren. Die Abteilung ist ein Perinataler Schwerpunkt. Es werden immer mehr Frühgeborene und immer mehr erkrankte Neugeborene behandelt, immer mehr Kinder kommen im Klinikum zur Welt. Auch die Schwere der Krankheiten hat sich verändert. Daher wurden mehr Geräte angeschafft und eine komplette Station mit einer Monitoranlage ausgestattet. Planerisch werde man jetzt versuchen, ein Level 2-Haus zu werden.

Viele Kinder, die inzwischen hier mit dem zentralen Monitoring liegen, wären früher wahrscheinlich auf Intensiv gelandet, weil nur dort eine Sauerstoffbehandlung durchgeführt werden konnte. Auf der Kinderstation in Landsberg ist das Monitoring inzwischen reine Routine. Wenn der Trend so weitergeht, wird es ein bisschen eng auf der Kinderstation. Die künftige Abteilung wird daher größer werden. Schon jetzt ist es so, dass München viele junge Patienten ins Landsberger Klinikum schickt. Auch die Kinder- und Jugendmedizin muss zudem dem Trend hin zu mehr ambulanten Strukturen und Intensiv-Strukturen folgen.

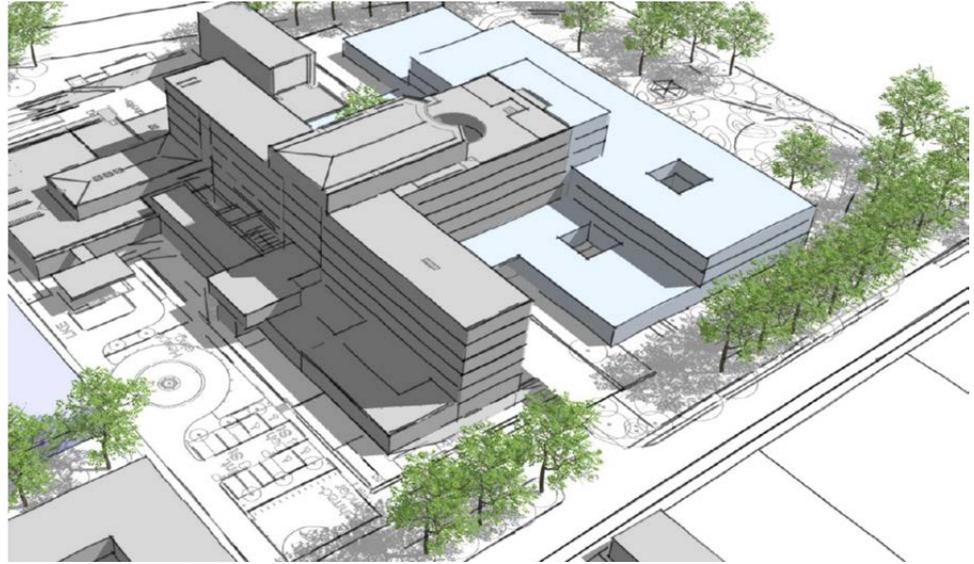
Geburtenrekord

Die Zahl der Geburten im Klinikum Landsberg stieg von 1.306 Babys im Jahr 2021 auf 1.342 Babys im Jahr 2022. Ein großes Team an Hebammen, Ärzten und Pflegepersonal macht solch einen Rekord überhaupt erst möglich.

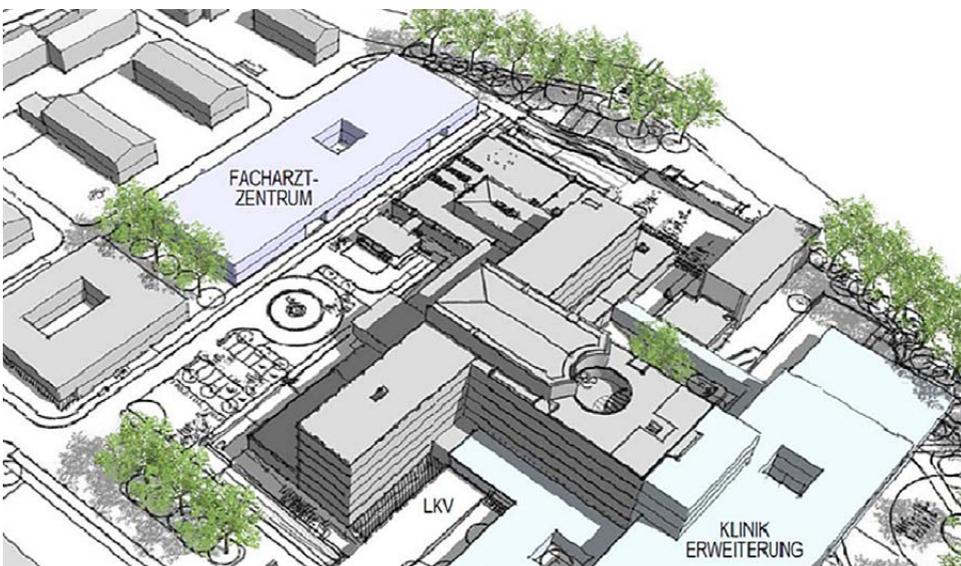
Zweiter CT für die Radiologie zur besseren Diagnostik

Auch medizinisch wird noch stärker aufgerüstet. So ist inzwischen ein zweiter Kardio-CT hinzugekommen. Er habe eine große medizinische Relevanz für die Notfallversorgung, da er viele Herzkatheter-Untersuchungen ersetzen könne. Patienten müssten nicht mehr zur Diagnostik in andere Einrichtungen bzw. Landkreise fahren.

Der künftige Funktionsneubau



Die neue Pflegeschule



Facharztzentrum mit Funktionsneubau

Abbildungen: Klinikum Landsberg am Lech



Pflegeheim mit Kurzzeitpflege

Ein Pflegeheim mit Kurzzeitpflege ist ein weiterer Schritt beim Ausbau des Klinikums zum Gesundheitscampus. Hier ist man noch in der Konzeptphase. Vorgesehen sind 100 Pflegebetten und 20 Plätze für die Kurzzeitpflege. Dieses Pflegeheim baut und betreibt nicht der Landkreis, sondern ein externer Kooperationspartner. Fertiggestellt sein soll es 2026/2027. Hier sieht das Klinikum u.a. den Vorteil, entlassene Patienten kurzzeitig unterzubringen, die zuhause noch nicht allein zurechtkämen.

Mitarbeiterwohnungen

Geplant ist auch der Bau von 60 bis 120 Mitarbeiterwohnungen am Klinikum. Hier baut der Landkreis Landsberg mit einem Wohnungsbau-Förderprogramm des Freistaates Bayern für Mitarbeiter aus dem Landkreis.

Parkhaus

Ebenfalls geplant ist ein Parkhaus mit 800 Stellplätzen. Es soll ab 2026/2027 fertiggestellt sein. Weitere Parkplätze entstehen unter dem neuen Facharztzentrum.

Umstrukturierungen

Umstrukturiert wird in diesem Jahr die Abteilung Innere Medizin. Aus einem großen Fachbereich mit sehr breitem Spektrum werden so drei bettenführende Abteilungen plus Zentraler Notaufnahme – und statt einem Chefarzt

vier Leitende Ärzte/Ärztinnen. Auch dies eine zukunftsweisende Entscheidung.

Derzeit werden sowohl fachliche als auch organisatorische Themen des Bereichs Innere Medizin analysiert und gemeinsam mit den Mitarbeiter*innen ein Maßnahmenplan erstellt. Dieser soll sukzessive umgesetzt werden. Dies beinhaltet auch die medizinstrategische Entscheidung, die Innere Medizin im Sinne eines Kollegialsystems (vier spezialisierte Abteilungen, vier Leitende Ärzte) neu aufzustellen: Kardiologie und Neurologie, Akut-Geriatrie, Zentrale Notaufnahme.

Ziel der neuen Struktur ist eine fachbezogene Patientenbetreuung nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Vorgesehen ist in der Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte auch eine zunehmende Spezialisierung – nicht nur die allgemeininternistische, sondern auch eine Schwerpunktweiterbildung (Kardiologie, Geriatrie, Gastroenterologie und Notfallmedizin) soll im Klinikum möglich sein. Zudem müssen gesetzliche Vorgaben erfüllt werden, die diese Umstrukturierung erforderlich machen.

Die Umstrukturierung ist auch eine Vorbereitung für die anstehenden Bauprojekte. Durch den vorgesehenen Funktionsneubau wird Raum für eine viel geräumigere Notaufnahme, für eine große Geriatrie mit 40 Betten, zwei Herzkatheterlabore und damit eine stark

wachsende Kardiologie und vieles mehr geschaffen.

Eine zweite große Umstrukturierung betrifft die neue Unfallchirurgie/Orthopädie. Auch hier werden aus einer bislang gemeinsamen Abteilung zwei einzelne Abteilungen. Sie werden Hand in Hand gemeinsam ein Muskuloskelettales Zentrum aufbauen.

Große Herausforderung: Personal gewinnen

Eine echte Herausforderung ist laut Vorstand Marco Woedl weiterhin die Gewinnung von Fachpersonal – dies betrifft sowohl den ärztlichen Bereich, als auch den Bereich der Pflege, der Hebammen und alle anderen Bereiche. Die Absolventen der Universitäten und Schulen reichen kaum noch aus, um die entsprechenden Stellen zu besetzen. Vorhandene Fachkräfte werden von allen Krankenhäusern sehr umworben. Verschärft wird die Situation durch die Weiterbildungsanforderungen. Die weiter voranschreitende Spezialisierung erschwert das Erreichen der geforderten Mindestmengen. Entgegenwirken will man dieser schwierigen Situation im Klinikum mit einer großen Rekrutierungsoffensive, um mehr Personal in allen Abteilungen zu akquirieren. Im vergangenen Jahr wurde bereits vier Prozent mehr Personal aufgebaut, so Marco Woedl.

Forum Klinikum – gemeinsam für die Patienten

In 2019 gab es das letzte „Forum Klinikum“ – eine Veranstaltung des Krankenhauses gemeinsam mit vielen niedergelassenen Ärzten.

Beim „Forum Klinikum“ trafen sich in diesem Frühjahr wieder viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aus dem ganzen Landkreis mit den Kolleginnen und Kollegen im Klinikum Landsberg. Rund 80 Personen kamen, tauschten sich aus, informierten sich über viele Neuerungen und freuten sich darüber, dass dieses Zusammentreffen und persönliches Netzwerken nach der langen, coronabedingten Pause überhaupt wieder möglich war. Und dabei ging es nicht vordergründig um Corona.

Klinikums-Vorstand Marco Woedl hatte die Idee, den Ärztinnen und Ärzten aus den unterschiedlichen Fachpraxen des Landkreises zwölf Thementische anzubieten: „Kardiologie/Neurologie“, „Viszeralchirurgie“, „Orthopädie“, „Baumaßnahmen“, „Geriatric“, „Anästhesie“, „Zentrale Notaufnahme“, „Kindermedizin“, „Gynäkologie“, „Unfallchirurgie“, „Allgemeine Innere Medizin“ und „Schmerztagesklinik“. So konnten die Gäste sich an den Thementischen mit den jeweils zuständigen Kolleg*innen aus dem Klinikum austauschen.

Neben der Ärzteschaft des Klinikums waren Landrat Thomas Eichinger, Personaldirektorin Dr. Julia Schäfer, Vorstand Marco Woedl, Kaufmännischer Leiter Maik Tomuschat, der stellvertretende Pflegedirektor Dominik Postler und weitere Mitarbeiter des Klinikums dabei, um mit den Gästen ins Gespräch zu kommen.

Was kann besser gemacht werden? Wo könnte die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Klinikum noch ausgeweitet werden, alles im Sinne der bestmöglichen medizinischen Versorgung – sowohl stationär, als auch ambulant? Genau für solche Fragestellungen gebe es diesen Austausch im Forum Klinikum, das fortan zweimal im Jahr stattfinden soll.

Es zählt jetzt allein die Wirkung beim Patienten

STRATEGISCHE AUSWIRKUNGEN AUF EINE ORGANISATION DURCH DEN WECHSEL VOM REGELSYSTEM HIN ZU EINEM MODELLVORHABEN

Die Umsetzung eines Modellvorhabens klingt spannend und ereignisreich. Für eine Organisation ist es von existenzieller Bedeutung, wenn das komplette System über alle Leistungsarten hinweg gewechselt werden soll. An dieser Stelle kann bereits vorweggenommen werden, dass es für die Abrechnung von Leistungen bei unserem Modellvorhaben im Pfalzkllinikum so gut wie keine Veränderung gab. Für die Leistungserbringung selbst und deren erforderliche Organisationsstruktur aber durchaus.

Allein die Freiheit zu haben, mit dem Patienten gemeinsam auf Augenhöhe zu entscheiden, welche Versorgungsform zum aktuellen Zeitpunkt die richtige ist und Wechsel zwischen Versorgungsformen problemlos möglich sind, stellen die Organisation und das Personal vor Herausforderungen. Die bestehenden Denkmuster und administrativen Rahmen sind nicht mehr vorhanden. Es zählt allein die Wirkung beim Patienten.

Von daher muss vor dem kompletten Umstieg in ein Modellvorhaben intern gut abgestimmt sein, ob die Organisation für diesen Evolutionssprung bereit ist und auch dazu bereit ist, Fehler zu machen. Denn es gibt keine Blaupause für ein erfolgreiches Modellvorhaben.



Autor

René Berton

Pfalzkllinikum für Psychiatrie
und Neurologie

Die Rahmenbedingungen des Modellvorhabens

Das Modellvorhaben des Pfalzklinikums wurde mit allen Krankenkassen abgeschlossen, die an der Pflegesatzverhandlung teilnehmen. Diese sind dadurch direkt zum Vertragspartner geworden. Weitere Krankenkassen konnten und sind nachträglich dem Vertrag nach § 64b SGB V beigetreten. Somit beinhaltet dieser Vertrag gut 95 Prozent aller Versicherten, die im Pfalzkllinikum im psychiatrischen SGB V-Kontext behandelt und betreut werden. Eingeschlossen sind alle voll- und teilstationären sowie ambulanten Angebote des Pfalzklinikums.

Das Modellvorhaben des Pfalzklinikums wurde mit allen Krankenkassen abgeschlossen, die an der Pflegesatzverhandlung teilnehmen. Diese sind dadurch direkt zum Vertragspartner geworden. Weitere Krankenkassen konnten und sind nachträglich dem Vertrag nach § 64b SGB V beigetreten. Somit beinhaltet dieser Vertrag gut 95 Prozent aller Versicherten, die im Pfalzkllinikum im psychiatrischen SGB V-Kontext behandelt und betreut werden. Eingeschlossen sind alle voll- und teilstationären sowie ambulanten Angebote des Pfalzklinikums.

Der Vertrag hat eine Laufzeit von acht Jahren und ein über alle Leistungssektoren hinweg fest vereinbartes Budget. Das sorgt für Planungssicherheit auf beiden Seiten und einen klar definierten Rahmen für die Leistungserbringung. Hervorgehoben werden kann hierbei die Anzahl der Leistungen, die mit dem Budget verbunden sind. Dies sind 15.507 Versicherte pro Jahr mit einem Korridor von +/- 5 Prozent. Damit wurde vertraglich ein populationsorientierter Ansatz für eine Versorgungsregion verfolgt und kein leistungsorientierter Ansatz. Für Neuland, wozu Modellvorhaben nach §64b einfach gehören, obwohl es sie schon seit fast 20 Jahren gibt, ist dieser Leistungsansatz einfach zwingend notwendig, um kreative und patientenzentrierte Angebote

entwickeln zu können, die auch von Beginn an nicht immer gleich richtig auf die individuelle Versorgungssituation und Leistungserbringer zugeschnitten sind. Anders ausgedrückt werden im Laufe der Vertragslaufzeit auch Fehler gemacht, denn es gibt kein Best Practice für die Umsetzung eines Modellvorhabens.

Wechsel in der Steuerung von Leistungen

Die Anzahl der Versicherten als einzige Leistungsvereinbarung! Das klingt erst einmal einfach, doch in der Praxis ist das mehr als herausfordernd. Bisher waren wir es als Pfalzkrlinikum, wie alle anderen psychiatrischen Leistungserbringer auch, sehr gewohnt, konkrete Leistungsparameter mit den Kostenträgern zu vereinbaren – die klassischen AEB-Dokumente, Verträge zur PIA-Leistung und Soziotherapie – und diese im Rahmen von Pflegesatz- und oder Preisverhandlungen auszuhandeln. An diesen Leistungsparametern orientiert sich die interne Leistungssteuerung und das Erlösmanagement. Mit der nun im Modellprojekt festgelegten Anzahl der Versicherten als einzigem Leistungsparameter sollten eigentlich alle anderen bisher bekannten Leistungsparameter vom Tisch sein. Die Abrechnung an sich diente nur noch dem „Geldtransport“ des vereinbarten Budgets vom Kostenträger hin zum Leistungserbringer.

Leider muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass es den Vertragsparteien nicht gelungen ist, ein innovatives Vergütungssystem parallel zum innovativen Versorgungsansatz zu vereinbaren. Somit ist es im Arbeitsalltag bei der klassischen Abrechnung von voll- und teilstationären Leistungen nach PEPP und der PIA nach Quartalspauschalen geblieben. Allein für das Angebot des assertive community treatments (ACT oder Zuhause-Behandlung) ist es gelungen, eine passende tagesbezogene Vergütung zu vereinbaren. Die restlichen abrechnungsrelevanten Parameter haben den Sprung in eine Modellwelt nicht geschafft und sind in der „alten Abrechnungslandschaft“ verblieben.

Die Anforderungen daraus

Für alle beteiligten, Kostenträger sowie Leistungserbringer, ergab sich damit eine Wissenslücke, die mit dem bisher erlernten Können nicht gestopft werden konnte. Fallzahl, PEPP-Punkte, Anzahl Scheine usw. sind für die Steuerung der Anzahl von Versicherten nicht geeignet, haben aber einen gemeinsamen Bezugspunkt. Der Versicherte erhält all diese Leistungen, zählt dabei jedoch nur einmal, unabhängig davon, wie viele Leistungen er wo erhält. Allein die Ermittlung der Versichertenanzahl stellte das Medizin-Controlling vor die Herausforderung, Versicherte nicht mehrfach innerhalb eines Kalenderjahres zu zählen, denn die Summe der Einzelleistungen ist halt nicht die Summe der Versicherten. Daher wurden die bisherigen Auswertungen dahingehend umgearbeitet, dass die Anzahl an

„ Es gibt keine Blaupause für ein erfolgreiches Modellvorhaben. “

Versicherten valide ermittelt werden konnte. Im Vergleich zur Summe der Einzelleistungen erscheint einem diese Maßzahl als sehr niedrig. Und genau hier liegt eine der Kernherausforderungen in einem populationsorientierten System. Man hat absolut kein Gefühl für diese Leistungszahl. Für alle anderen Leistungsparameter hat man ein sehr hohes Erfahrungswissen und massenhaft Vergleichswerte, doch für die Anzahl der Versicherten eben nicht.

Wird das um die Veränderung der Art und Weise der Leistungserbringung erweitert, ergeben sich zwei wesentliche Herausforderungen:

- a. Wie steuere ich die Anzahl der Versicherten, um die vereinbarte Leistung zu erreichen?
- b. Wie sichere ich den vollständigen Budgettransport, wenn sich die abrechnungsrelevanten Leistungsmengen stark verändern?

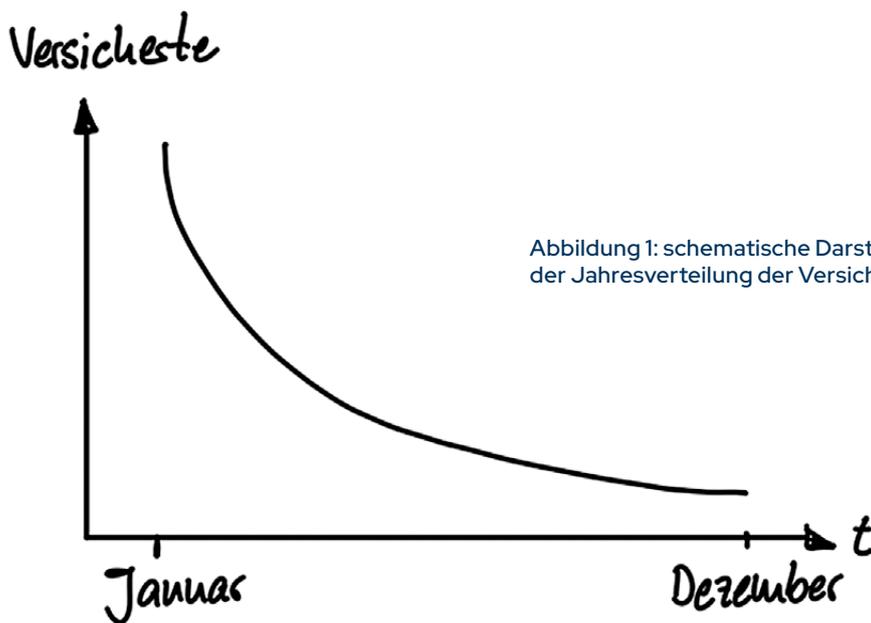


Abbildung 1: schematische Darstellung der Jahresverteilung der Versichertenanzahl

Wie beschrieben hat die Anzahl der Versicherten nichts, absolut nichts, mit der Fallzahl und der Anzahl der Scheine (hier seien nur zwei Parameter hervorgehoben) zu tun. Der grafische Verlauf, wie in Abbildung 1 zu sehen, folgt keiner bisher bekannten Verteilung auf das Jahr hin.

Grund hierfür ist einfach, dass jeder Versicherte nur einmal gezählt werden darf, egal wann, wo und wie viele Leistungen erbracht worden sind, und dass jeder Versicherte zu Beginn des Jahres neu im System ist. Damit sind aus bisherigen Erfahrungen im ersten Quartal eines Jahres mindestens 50 Prozent und mehr aller Versicherten das erste Mal Leistungsempfänger im Modell. Mit fortschreitender Dauer des Jahres wird es immer unwahrscheinlicher, dass ein neuer Versicherter ein Leistungsangebot erhält.

Ganz anders verhält sich die Verlaufskurve der Leistungserbringung. Diese ist relativ konstant und gleichmäßig über das Jahr verteilt. 50 Prozent Versicherte bedeuten auf keinen Fall 50 Prozent des vereinbarten Erlöses, weil 50 Prozent der Leistung erbracht wurden. Leistung und Erlös sind somit vollkommen voneinander entkoppelt.

An dieser Stelle wird bewusst das Wort Leistung für den Versicherten verwendet, denn die klassische Leistung aus dem Regelsystem ist in diesem Modell „nur eine Abrechnungseinheit“. Aktuell ist es noch so, dass über die klassischen Parameter auf Seiten der Kostenträger die Transparenz geschaffen wird, die erforderlich ist, um das Modell bewerten zu können. Dies trifft sicherlich nicht auf die Personen auf Seiten der Kostenträger zu, die direkt an den zahlreichen Gesprächen über die letzten Jahre beteiligt waren. Aber viele andere Menschen, die keinen so direkten Bezug zum Modellvorhaben besitzen, bewerten das Modell mit dem Rahmen, den sie kennen. Das sind die Erkenntnisse und Erfahrungen aus dem Regelsystem.

Veränderung des Volumens abrechenbarer Leistungen

Um noch einmal auf die Veränderung des Volumens der abrechenbaren Leistungen einzugehen: Hier findet gewollt und erwartungsgemäß ein Wechsel von stationären, hochpreisigen Leistungen, hin zu nichtstationären, günstigeren Leistungen, statt. Dies kann zu Beginn eines Modellvorhabens nicht bewertet werden, da keine realen Erfahrungen vorliegen.

Budgetär geschieht folgendes: Die Leistungsmengen werden in der vereinbarten Form nicht erbracht. Dies trifft vor allem auf die stationären Leistungen zu. Dafür werden deutlich mehr Leistungen aus dem nichtstationären Bereich vorhanden sein. Diese sind aber in der Anzahl und über den Preis nicht in der Lage, ein vollständiger Ersatz für das fehlende stationäre Budget zu sein. Somit bleibt strukturell ein Budgetbetrag offen, der nicht transportiert werden kann. Zumindest im ersten Jahr.

Über die Ausgleichsregelungen im stationären Kontext könnte das Budget aber im nächsten Jahr transportiert werden. Die Voraussetzung wäre, dass es in der Vergütungsvereinbarung gelingt, den Basisentgeltwert anzuheben und die Preisgestaltung für die nichtstationären Angebote auch nach oben zu korrigieren. Gelingt beides nicht im erforderlichen Umfang, schiebt das Klinikum strukturell einen Budgetbetrag vor sich her, der ggf. jährlich steigt. Daher ist es wichtig für ein solches Modell, wenn es den Vertragsparteien gelingt, eine

Mengen- und Preiszusammenstellung zu erreichen, die in der Lage ist, das vollständige Budget zu transportieren.

Sollte dies nicht der Fall sein, können verschiedene Effekte entstehen, die einen nicht ganz so guten Einfluss auf die Leistungserbringung haben.

a. Die Liquiditätssituation verschlechtert sich.

Wenn strukturell nicht das volle Budget abgerufen werden kann, müssen zwangsläufig finanzielle Mittel nachgeschoben werden, um die Liquidität aufrecht zu erhalten, was zu einer Kostenbelastung führt.

b. Der Druck auf die stationäre Belegung steigt, um das Budget zu erreichen.

Die stationäre Belegung ist auch bei sehr erfolgreichen Modellen immer noch der größte Erlösbereich. Somit ist sie auch der größte Hebel für den Transport des vollen Budgets.



Das Pfalzlinikum

Das Pfalzlinikum als psychosozialer Komplexanbieter in der Rechtsform Anstalt öffentlichen Rechts betreibt an seinen 15 Standorten in der Pfalz Angebote in den Bereichen Gemeindepneumatrie, Maßregelvollzug, Allgemein-, Geronto-, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen, Neurologie und Schlafmedizin. Dies wird ergänzt durch Angebote in der Tagespflege und ein multidisziplinäres Medizinisches Versorgungszentrum. Diese Leistungen werden von mehr 2.300 Beschäftigten erbracht. (Foto: Standort Klingenmünster)

„Sobald finanzielle Anreize die Überhand nehmen, verfällt das System in seine altbekannten Muster. Damit dies aber nicht passieren kann, braucht es ein sehr großes Vertrauen zwischen den Vertragspartnern und eine Freiheit in der Preisgestaltung, die sich oftmals an Referenzpunkten messen lassen muss.“

Wenn das Budget nicht transportiert werden kann, weil die Leistungsmengen und die Preise des nichtstationären Bereiches nicht ausreichen, um den Belegungsabfall finanziell zu kompensieren, entsteht Druck auf die Belegung, verbunden mit dem Wunsch, dass diese steigt. Dies ist jedoch vollkommen konträr zum eigentlichen Anspruch eines Modellvorhabens.

c. Nichtstationäre Leistungen sinken in der gefühlten Wertigkeit.

Im gefühlten Wertesystem der medizinischen Versorgung haben hochpreisige Leistungen einen deutlich höheren Stellenwert im Management und Controlling und damit auch bei den Beschäftigten. Zu Beginn eines Modellvorhabens stehen diese Leistungen aber voll im Fokus der Entwicklung von neuen Angeboten. Durch die Veränderung des Leistungsangebotes wird allerdings strukturell eine wirtschaftliche Problematik erzeugt, die das Management zum Handeln drängt. Die Maßnahmen werden sich jedoch nicht weiter auf die nichtstationären Leistungen konzentrieren, sondern auf das bekannte und beherrschte Geschäft der stationären Angebote.

Operative Wirkungen auf die Leistungserbringung

Allein durch den Effekt des nicht vollständigen Transportes des Budgets entstehen operative Wirkungen auf die Leistungserbringung im Modell. Somit muss ein Umstand erzeugt

werden, der den Leistungserbringer in die Lage versetzt, mit seinen Leistungen das vollständige Budget zu transportieren. Dreh- und Angelpunkt hierfür ist das „Preisblatt“, wie es liebevoll im Pfalzklitorium genannt wird. Das Preisblatt beinhaltet alle Preise für die abrechenbaren Leistungen im Modell. Multipliziert mit den tatsächlich erbrachten Mengen muss das Budget dabei herauskommen. Dies kann sehr gut am Beispiel eines abgelaufenen Kalenderjahres geprüft werden. Sollte das nicht der Fall sein, gibt es nur zwei Möglichkeiten. Entweder die Leistungsmengen sind anzupassen, wenn es die patientenzentrierte Versorgung erfordert. Oder die Preise für die Leistungen sind anzupassen. Hier ist es vorteilhaft, verstärkt die nichtstationären Angebote in den Fokus zu nehmen. Man denke an die Wertediskussion.

Überspitzt formuliert muss man sich nur auf das Preisblatt konzentrieren. Es zeigt dann auch den Kostenträgern, dass der Leistungserbringer „einen guten Job“ macht.

Nur so kann auch ein finanzieller Druck aus dem Modell genommen werden. Das aber ist unabdingbar für Kreativität und Mut bei der Neugestaltung von Versorgung. Sobald finanzielle Anreize die Überhand nehmen, verfällt das System in seine altbekannten Muster. Damit dies aber nicht passieren kann, braucht es ein sehr großes Vertrauen zwischen den Vertragspartnern und eine Freiheit in der Preisgestaltung, die sich oftmals an Referenzpunkten messen lassen muss.

Spezialisiert und flächendeckend

ZUKUNFTSFÄHIGE STATIONÄRE MEDIZINISCHE VERSORGUNG DER REGION HANNOVER

Ziel der Medizinstrategie 2030 des KRH Klinikum Region Hannover ist es, die stationäre medizinische Versorgung für die gesamte Region Hannover auf eine zukunftsfähige Basis zu stellen. Investitionsstau, Fachkräftemangel, der zunehmende Trend zu ambulanten Behandlungen und steigende Ansprüche an die Behandlungs- und Pflegequalität machen Strukturveränderungen unumgänglich. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen auf Landes- und Bundesebene sowie die Krankenhausfinanzierung zielen auf eine stärkere Spezialisierung in größeren Kliniken ab. Gleichzeitig muss eine flächendeckende Versorgung sichergestellt werden.

In mehreren Klausurtagungen hat sich der KRH Aufsichtsrat wiederholt intensiv mit der Zukunft der stationären Versorgung in der Region Hannover auseinandergesetzt. In einem fast einjährigen Prozess hatte das KRH mit Hilfe des Beratungsunternehmens Lohfert&Lohfert zunächst die zukünftigen Versorgungsbedarfe vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung in der Region Hannover und des zu erwartenden medizinischen Fortschritts ermittelt. Das alles wurde in einer Vielzahl von Abstimmungsrunden gemeinsam mit fast 250 Expert*innen und Führungskräften aus dem KRH abgeglichen und weitergeführt. Das Ziel war, die sich abzeichnenden Veränderungen in der Krankenhausgesetzgebung zu berücksichtigen, medizinisch leistungsfähige Einheiten zu beschreiben, nachhaltige und attraktive Arbeitsbedingungen für das hoch qualifizierte Fachpersonal darzustellen und auch Möglichkeiten zu nutzen, das strukturelle Defizit des Konzerns deutlich zu reduzieren.

Nach einer Erstbefassung mit der groben Zielstruktur der Medizinstrategie im Dezember 2022, einer zweiten Sitzung mit dem Schwerpunkt der Einordnung und Beurteilung durch regionale Partner und Expert*innen aus dem niedersächsischen Sozialministerium, der Notfallversorgung und aus der Gesundheitswirtschaft, wurde die komplette Medizinstrategie, ihre Herleitung und Einordnung, ausgiebig dargestellt und beraten. Weitere Bewertungen der Strategie und Einordnungen lieferten unter anderem die beiden Mitglieder der Reformkommission der Bundesregierung Prof. Dr. Boris Augurzky, RWI- Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und Prof. Dr. Christian Karagiannidis, Präsidiumsmitglied der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Zudem standen mehrere Fachexperten aus der klinischen Versorgung des KRH für die Erläuterungen zur Verfügung.

In einem beteiligungsorientierten Prozess war auch die KRH-Belegschaft in die Entwicklung der Medizinstrategie eingebunden und unterstützt das jetzt vorliegende Ergebnis. „Wir sind

Das Klinikum Region Hannover

Das KRH ist mit 10 Standorten – acht somatischen und zwei Psychiatrischen Kliniken – 3.000 Betten und mehr als 8.000 Beschäftigten der drittgrößte kommunale Krankenhauskonzern in Deutschland. Jährlich werden in den mehr als 72 Kliniken und Instituten mehr als 300.000 Patienten versorgt. Der Slogan des Unternehmens: „Aus Verantwortung gemeinsam für gute Medizin“.

Der Aufsichtsrat des Klinikums Region Hannover: Regionspräsident und Aufsichtsratsvorsitzender Steffen Krach, Dr. Matthias Bracht, Geschäftsführer Medizin, Barbara Schulte, Geschäftsführerin Finanzen und Infrastruktur, Michael Born, Geschäftsführer Personal, und Michael Borges, Stellvertretender Aufsichtsratsvorsitzender



beeindruckt von der hohen Professionalität, wie über Fach-, Hierarchie- und Professionsgrenzen hinweg inhaltlich diskutiert und gestritten wurde“, resümiert Michael Born, KRH Geschäftsführer Personal.

Regionspräsident Steffen Krach, Vorsitzender des KRH Aufsichtsrates: „Die Rückmeldungen zeigen uns auf der einen Seite, dass wir in der Region Hannover einer der Vorreiter in Deutschland sind, wenn es darum geht, die Strukturen auf sich verändernde Rahmenbedingungen anzupassen und damit zukunftssicher zu gestalten. Auf der anderen Seite nehmen wir deutlich wahr und konnten es schon in den zurückliegenden Wochen erleben, wie schwer es ist, diese komplexen Themen und die damit verbundenen Umstrukturierungsvorschläge einer breiteren Öffentlichkeit nachvollziehbar zu erklären.“

Präzisierungen und Einordnungen

Die Geschäftsführung erhielt den Auftrag, weitere Erarbeitungen und Präzisierungen vorzunehmen. Grundsätzlich sollten dabei betriebsbedingte Kündigungen sowie das Outsourcing an Dritte ausgeschlossen werden.

Um die Attraktivität der Arbeitsplätze zu steigern, sollten im Rahmen der Versorgungsstrategie u.a. Maßnahmen zur Entlastung sowie leistungs- und verantwortungsgerechten Personalausstattung nach anerkannten Verfahren ergriffen werden, u.a. durch die frühestmögliche Einführung der PPR 2.0.

Detailliert aufgelistet werden sollten die Kapazitäten in den Notfallzentren für alle Standorte,

sowohl bezogen auf die IST-Situation als auch für die Zielstruktur.

Konkretisieren sollte die Geschäftsführung auch die Pläne für die Standorte in Laatzen und in der Nordstadt. Für den Standort in Langenhagen sollte ein Zeitplan zur Nachnutzung vorgelegt werden.

Die Beauftragung enthielt zudem die Erarbeitung eines Kommunikationskonzeptes mit externer Expertise sowie die Vorlage eines Vorschlags zur Kommunikation mit allen und in alle 10 Standorte hinein.

Zur Beschlussfassung dem Aufsichtsrat vorzulegen sei zudem eine mittelfristige Finanzplanung zu den Auswirkungen der Versorgungsstrategie 2030.

23. März: Der Aufsichtsrat beschließt die KRH Medizinstrategie 2030

Das KRH ist einer der ersten kommunalen Klinikverbände, der auf die sich verändernden Rahmenbedingungen mit einer so umfangreichen strategischen Neuausrichtung reagiert. Ziel ist es,

- für die Menschen in der Region Hannover eine hochmoderne Gesundheitsversorgung aus kommunaler Hand anzubieten,
- für die Beschäftigten im KRH sichere Arbeitsplätze, gute Arbeitsbedingungen und ein attraktives Arbeitsumfeld zu schaffen und
- das KRH als drittgrößten kommunalen Klinikkonzern Deutschlands langfristig in öffentlicher Hand zu sichern.

Die Gesamtstrategie erfasst neben der strukturellen Weiterentwicklung des Versorgungsangebots die inhaltliche Entwicklung der Pflege-, der Personal- und der Digitalstrategie.

Geplant ist die Entwicklung eines breit gefächerten, abgestuften Versorgungsangebots in der Grund- und Regelversorgung, der Schwerpunkt- und der Maximalversorgung sowie deren Ergänzung durch interdisziplinäre Versorgungsformen und ambulante Angebote.

„Das Klinikum Region Hannover wird mit der Medizinstrategie 2030 bundesweit eine führende Rolle in der Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft einnehmen und damit perspektivisch zu den modernsten Klinikkonzernen bundesweit gehören“, sagte der KRH-Aufsichtsratsvorsitzende Regionspräsident Steffen Krach.

Dabei bezog er sich auch auf die Rückmeldung führender Expert*innen für Gesundheitswirtschaft. Die Medizinstrategie stärke die stationäre und ambulante Versorgung auf einem hohen Qualitätsniveau und zielen auf eine Verbesserung der Arbeitsplatzattraktivität ab. Eine zentrale Botschaft an die Beschäftigten sei der Ausschluss betriebsbedingter Kündigungen und sowie eines Outsourcings an Dritte im Zuge der Medizinstrategie.

„Wir wissen um die hohe Komplexität der Strategie und um die besonderen Herausforderungen, die ihre Umsetzung für die Beschäftigten des KRH und auch die Einwohner*innen mit sich bringt“, erklärte der KRH-Aufsichtsratsvorsitzende Krach. „Gleichzeitig sind wir aber auch überzeugt davon, dass wir mutig sein müssen, den richtigen Weg weiter zu gehen, um die medizinische Versorgung in der Region nachhaltig zu verbessern und zu sichern.“

Die neue Standortstruktur

Vor dem Hintergrund stärkerer Spezialisierung und Schwerpunktbildung an bestimmten Standorten sieht die Medizinstrategie 2030

Die Standorte

- KRH Klinikum Agnes Karll Laatzen
- KRH Klinikum Großburgwedel
- KRH Klinikum Lehrte
- KRH Klinikum Neustadt
- KRH Klinikum Nordstadt
- KRH Klinikum Robert Koch Gehrden
- KRH Klinikum Siloah
- KRH Geriatrie Langenhagen
- KRH Psychiatrie Langenhagen
- KRH Psychiatrie Wunstorf

für die Region Hannover ein gestuftes Versorgungsmodell vor. Dieses beinhaltet künftig u.a.

- Vier somatische Standorte für die Versorgung von Menschen mit körperlichen Erkrankungen und Verletzungen mit den angestrebten Versorgungsstufen: Klinikum Mitte als Maximalversorger, Klinikum Ost und Gehrden als Schwerpunktversorger, Klinikum Neustadt als Grund- und Regelversorger und Klinikum Laatzen als Klinik für Intersektorale Versorgung
- Zwei psychiatrische Standorte in Wunstorf und Langenhagen (perspektivisch Nordstadt)

Das KRH braucht künftig einen Maximalversorger, um das gesamte Spektrum einer gestuften Versorgung in der Region abbilden zu können. Daher werden die Standorte Nordstadt und Siloah am Standort Siloah mit einem umfassenden Versorgungsangebot zum Klinikum Mitte zusammengeführt. Der Verzicht auf einen Maximalversorger würde bedeuten, dass alle schwer erkrankten Patient*innen in der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) als einzigem Maximalversorger behandelt werden müssten, der bereits heute an seine Kapazitätsgrenzen stößt. Damit könnte die Versorgungssicherheit in der Region Hannover nicht mehr garantiert werden. Die Fusion der Fachabteilungen des Nordstadtkrankenhauses und des Klinikums Siloah löst dieses Problem. Dazu soll am Standort Siloah ein Erweiterungsbau geplant und realisiert werden.

„ Wir wollen heute Menschen dafür begeistern, morgen im Krankenhaus arbeiten zu wollen. Darum ist es genau richtig, jetzt die Weichen zu stellen, um hoch attraktive Arbeitsplätze in einem modernen und zukunftsfähigen Unternehmen zu schaffen.“

Michael Borges
Stellvertretender Aufsichtsratsvorsitzender

Die Gebäude der Psychiatrie (PSY) Langenhagen (LGH) sind in höchstem Maße sanierungsbedürftig. Hierfür wird eine Lösung in zwei Schritten geschaffen, die mit der Schaffung des Klinikums Mitte zusammenhängt: Der bereits im Grundsatz beschlossene und begonnene Umzug der Akutgeriatrie aus Langenhagen auf das Gelände des Nordstadt-Krankenhauses wird vollständig umgesetzt. So können die jetzigen Räumlichkeiten der Akutgeriatrie in einem ersten Schritt durch die Psychiatrie genutzt werden. Der zweite Schritt folgt nach Fertigstellung des Erweiterungsbaus in Siloah und darauf folgender Verlagerung der heutigen somatischen Fachabteilungen vom Standort Nordstadt: Die Psychiatrie in Wunstorf wird fortgeführt und inhaltlich entsprechend der Psychiatriestrategie weiterentwickelt. Die dortigen Neubauprojekte werden fortgeführt.

Aktuell mangelt es sowohl am Standort Großburgwedel als auch in Lehrte an Fachkräften. In Lehrte kann die Notfallversorgung immer häufiger nicht in vollem Umfang angeboten werden. Eine Zusammenführung beider Häuser am Standort Großburgwedel liefert hierfür eine Lösung und sichert die langfristige Versorgung der Patient*innen im Osten von Hannover. Ziel ist die Bildung eines Schwerpunktversorgers, um hier für das Fachpersonal beider Standorte ein verlässlicheres Arbeitsumfeld zu schaffen.

Die stationären Leistungen aus Lehrte werden ebenso nach Großburgwedel verlagert. So kann in Lehrte ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) als Gesundheitscampus mit attraktivem und bedarfsgerechtem ambulanten Angebot in kommunaler Trägerschaft

entstehen. Dieses soll in einem Neubau errichtet werden. Hier sollen die bereits vorhandenen ambulanten Versorgungsstrukturen des KRH MVZ genauso untergebracht werden wie zusätzliche Praxissitze für Allgemeinmedizin.

Am Standort Gehrden werden schon heute hochspezialisierte Leistungen wie Aorten Chirurgie, die Therapie erkrankter Herzklappen und intensivmedizinische Komplexbehandlungen erbracht. Dieser wird als Schwerpunktversorger weiter gestärkt. Dazu wird die Verlagerung der Neurologie und einer noch neu aufzubauenden Neurologischen Frührehabilitation von Laatzen nach Gehrden vorbereitet und vollzogen. Für den Neubau des Standortes wird der zweite Bauabschnitt wie geplant fortgesetzt.

Dem Standort Neustadt kommt in der künftigen Standortstrategie eine wichtige Rolle zu: Er versorgt in eher ländlich geprägter Lage ein großes Einzugsgebiet im Nordwesten von Hannover. Ein Wegfall würde bedeuten, dass mehr als 45.000 Menschen mit dem Auto länger als 45 Minuten zum nächsten Krankenhaus brauchen. Daher wird er als Grund- und Regelversorger fortgeführt.

Um die medizinische Versorgung in der Region weiter zu stärken, sollen ambulante Angebote als Ergänzung der stationären Versorgung etabliert werden.

Der Standort Laatzen wird als Grund- und Regelversorger fortgeführt und um ambulante sowie Nachsorgeangebote, etwa eine stationäre Überleitungs- und Haus- und Fachärzte*innen, Physiotherapeut*innen sowie Kurzzeitpflege, ergänzt. Diese Angebote sollen gemeinsam mit qualifizierten Partner*innen eingeführt und auch von anderen Häusern des KRH in Anspruch genommen werden können.

Für die bauliche Weiterentwicklung des Standortes - insbesondere der Notaufnahme - sollen die bereits von der Region Hannover zur Verfügung gestellten Mittel in Höhe von 3,8 Mio. Euro erhalten bleiben. Die Modernisierung der zentralen Notaufnahme wird fortgesetzt.

Auch deutlich positive ökonomische Wirkungen

Die Medizinstrategie 2030 hat auch deutlich positive ökonomische Wirkungen: Nach ihrer Umsetzung geht das KRH Stand heute von einer jährlichen Ergebnisverbesserung in Höhe von 17 bis 21 Millionen Euro pro Jahr aus. Damit würde der Konzern in die Lage versetzt, operativ ausgeglichene Ergebnisse zu erwirtschaften.

Durch die Konzentration der Infrastruktur können die Aufwendungen für Instandhaltungen über die nächsten 20 Jahre um 656 Millionen Euro reduziert werden. Dagegen steigt der Investitionsbedarf im Vergleich zu den Planungen der Medizinstrategie 2025 um 105 Millionen Euro auf 743 Millionen Euro. Hier besteht allerdings eine realistische Chance auf zusätzliche Investitionsmittel, da Bund und Länder die zukünftig notwendigen strukturellen Veränderungen der Krankenhauslandschaft auch mit zusätzlichen Investitionsmitteln über einen Strukturfonds fördern wollen.

Das Fazit

Deutschlands Krankenhäuser stehen vor immensen Herausforderungen – Investitionsstau, Fachkräftemangel, der zunehmende Trend zu ambulanten Behandlungen sowie steigenden Ansprüchen an die Behandlungs- und Pflegequalität – machen Strukturveränderungen zwingend notwendig.

Auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen auf Landes- und Bundesebene sowie die Krankenhausfinanzierung zielen auf stärkere Spezialisierung der angebotenen Leistungen in größeren Kliniken bei gleichzeitiger Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung.

Das KRH ist einer der ersten kommunalen Klinikverbände, der mit strategischer Neuausrichtung reagiert; damit wird das Unternehmen perspektivisch zu einem der modernsten Klinikkonzerne Deutschlands.

Vor allem aber bietet die Medizinstrategie 2030 den Menschen in der Region Hannover auch in Zukunft hochmoderne Gesundheitsversorgung aus kommunaler Hand und schafft sichere, hoch attraktive Arbeitsplätze, gute Arbeitsbedingungen und ein spannendes Arbeitsumfeld.

Notwendig dafür ist ein breit gefächertes, abgestuftes Versorgungsangebot in Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung – bei sinnvoller Ergänzung durch neue Versorgungsformen, die die Lücke zwischen ambulantem und stationärem Bereich schließen helfen.

Zugang und Erreichbarkeit von bedarfsgerechten Versorgungsangeboten für alle Einwohner*innen der Region müssen dabei immer handlungsleitend sein.

Allerdings muss heute dafür nicht mehr an jedem Krankenhausstandort die gesamte Breite der Medizin vorgehalten werden. Qualität und Versorgungsmöglichkeiten im KRH-Netzwerk sind wichtiger als Nähe allein. Daher werden Ressourcen für bestimmte Leistungen an einzelnen Standorten konzentriert und es werden Behandlungsschwerpunkte gebildet.

Diese Struktur führt vor allem auch zu mehr Qualität und stärkerer Versorgungssicherheit in der Notfallversorgung: Denn nur entsprechende Zentren können sehr komplexe Notfälle und solche, die schneller Interventionen von Spezialist*innen bedürfen, versorgungs- und qualitätsgesichert erbringen.

Korrespondierend ist eine Prozessoptimierung in den Notaufnahmen und sowie die stärkere Nutzung ambulanter Versorgungsstrukturen bei leichten Notfällen notwendig.

Nach der Verabschiedung der Strategie durch den Aufsichtsrat wird sich die Regionsversammlung mit der KRH Medizinstrategie 2030 beschäftigen und dann auch final darüber abstimmen.

JUNGER VKD

es geht nur gemeinsam

Impulse aus der Praxis wichtig

Diskussionen bündeln und kommunizieren

Gemischte Altersstruktur in Gremien

Netzwerke sind ein Mehrwert



Immer nur im Hinterstübchen sitzen funktioniert nicht

WIR MÜSSEN AUS DER PRAXIS HERAUS WICHTIGE IMPULSE FÜR GESUNDHEITSPOLITISCHE ENTSCHEIDUNGEN GEBEN

Andreas Tyzak ist Mitglied der AG Junger VKD und seit kurzem Vorsitzender des Betriebswirtschaftlichen Ausschusses des VKD. Zuvor war er bereits in der Task Force des FABW, die derzeit an einem neuen Handbuch Betriebswirtschaft des VKD arbeitet. Im Interview begründet er, warum er sich entschieden hat, diese doch aufwändige ehrenamtliche Tätigkeit zusätzlich zu seinen beruflichen Belastungen zu übernehmen und welche Ziele und Vorstellungen er damit verbindet.

Sehr geehrter Herr Tyzak, warum ist es Ihnen wichtig, sich in der AG Junger VKD und nun auch im FABW zu engagieren?

Andreas Tyzak: Natürlich ist es eine Arbeit zusätzlich zu meinen beruflichen Aufgaben, aber es ist aus meiner Sicht zwingend notwendig, dass wir aus der Praxis heraus wichtige Impulse für gesundheitspolitische Entscheidungen in die Politik geben. Wenn wir gestalterischen Einfluss nehmen wollen, kommen wir um ein entsprechendes Engagement nicht herum. Dann dürfen wir uns jedenfalls nicht grämen, wenn die Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens ohne unseren Rat verändert werden. Es geht hier also nicht um ein Nebeneinander her von Beruf und Ehrenamt, sondern beides gehört in diesem Fall zusammen, einmal ganz konkret vor Ort und auf der Metaebene für die uns prägenden Rahmenbedingungen.

Praktiker haben wenig Zeit, daher müssen auch in der Verbandsarbeit Prioritäten

gesetzt werden. Was stellen Sie sich hier vor?

Andreas Tyzak: Eine gute Struktur ist wichtig, in die man sich einbringt, aber auch Unterstützung durch den Verband. Das bedeutet vor allem, dass sich Gleichgesinnte finden, für die ein solches Engagement ebenfalls selbstverständlich ist und die die gleichen Ziele verfolgen. Es geht nur gemeinsam und mit breiter Brust.

„Das ist ja auch ein Vorteil des VKD, dass wir nicht als Trägervertreter agieren, sondern als verantwortliche Praktiker, als Verantwortliche mit ihren aus der Praxis erwachsenen Vorstellungen.“

Außerdem müssen wir schauen, dass wir die Meinungen kanalisieren. Das ist ja auch ein Vorteil des VKD, dass wir nicht als Trägervertreter agieren, sondern als verantwortliche Praktiker, als Verantwortliche mit ihren aus der Praxis erwachsenen Vorstellungen. Hier handeln Menschen, die genau wissen, wie Krankenhäuser funktionieren, welche Herausforderungen und Probleme ganz praktischer Natur es vor Ort gibt

Die internen Diskussionen und anschließenden Positionen müssen wir als Verband nach außen tragen. Der VKD hat das Privileg, Vorschläge und Hinweise positionieren zu können, die z.B. Träger anders oder nicht so deutlich formulieren würden.



**Andreas Tyzak, LL.M.
Kaufmännischer Direktor, Prokurist,
Klinikum Gütersloh gGmbH**

Andreas Tyzak studierte Rechtswissenschaften in Osnabrück und Budapest, absolvierte sein Referendariat am OLG Hamm und startete ein Masterstudium Medizinrecht in Düsseldorf. Nach Stationen als Referent und Geschäftsführer bei der valeo Verbund Ev. Krankenhäuser in der Westfalen gGmbH, Gütersloh, arbeitete er von 2014 bis 2018 als Verwaltungsdirektor am Ev. Krankenhaus Unna und ist seit 2019 Kfm. Direktor und Prokurist am Klinikum Gütersloh gGmbH.

Dennoch fällt der Blick der Mitglieder in den Gremien natürlich auch auf die jeweiligen Träger. Wie schwierig ist es aus Ihrer Sicht, eine gemeinsame Position zu finden?

Andreas Tyzak: Die Frage ist natürlich, aus welchem Blickwinkel wir auf ein Thema schauen. Es ist schwer genug, sich auf einheitliche Positionen zu verständigen, möglichst auf der rein sachlichen, objektiven Ebene. Wenn wir aus der konsentierten Sicht im VKD am Ende des Tages zu einer für alle objektiv richtigen Position kommen, diese aber gerade für mein eigenes Haus dann schwierig ist, ist das natürlich ein Zielkonflikt. Wir müssen uns aber immer vor Augen führen, dass der demokra-

tische, politische Meinungsbildungsprozess genau so funktioniert. Wir können also zuschauen und abwarten oder uns zusammenschließen und einbringen.

Es ist natürlich auch im VKD schwierig, eine gemeinsame Meinung zu finden, weil wir es von der Größe und Zielstellung unserer Einrichtungen dann möglicher Weise doch nur schwer schaffen, uns gemeinsam zu positionieren. Uns fehlt vielfach eine gemeinsame Linie – dabei ist der VKD im Grunde prädestiniert dafür, diese einheitliche Linie zu finden, Diskussionen zu bündeln und nach außen zu kommunizieren, weil er nicht trägergesteuert ist.

Wenn das der Verband – Gremien und auch Mitglieder – so sehen und wahrnehmen, wird er auch von der Politik gesehen werden – und im besten Fall einen weiteren Blickwinkel in die Diskussionen einbringen können.

Aber natürlich hat vermutlich jeder im Hinterkopf, wie sich bestimmte Positionierungen auf sein Haus auswirken könnten. Doch in der Verbandsarbeit müssen wir unsere Rollen trennen und auch die Adressaten müssen wissen, dass die Rolle des VKD eine andere ist, als die der anderen Verbände. Insofern ist es auch immer wichtig, den Verband nach außen sprechen zu lassen und dabei die verbandliche Funktion von der individuellen hausinternen Funktion zu trennen.

Sind sie manchmal ungeduldig, weil Diskussionsprozesse zum Teil länger dauern, als gedacht?

Andreas Tyzak: Absolut! Leider ist unsere größte Schwäche als Krankenhäuser, dass wir nicht gut darin sind, schnelle und einheitliche Meinungsbilder zu erzielen. Dies ist unseren heterogenen Strukturen geschuldet. Das gelingt anderen Akteuren leider deutlich besser.

Wir werden als VKD vermutlich nicht Meinungsführer sein. Allwissend sind wir auch nicht. Aber wir können eben den anderen Blickwinkel und

andere Standpunkte in die Diskussionen einbringen, die aus unseren praktischen Erfahrungen und Problemen vor Ort resultieren.

Sozusagen die Macht des Faktischen?

Andreas Tyzak: Das könnte man so sagen. Deshalb ist es gut, dass inzwischen einige Mitglieder der AG Junger VKD schon in den Vorständen der Landesgruppen präsent sind. Dabei geht es uns im Jungen VKD nicht nur darum, eine Position zu besetzen. Wir wollen jungen Schwung einbringen. Dabei finde ich eine Mischung der Altersstruktur in den Gremien positiv, weil hier Motivation und Erfahrung von Menschen zusammenkommen, die Lust darauf haben, etwas zu bewegen. Natürlich geht es auch um Erfolg, denn nur die Zeit abzusitzen ist ja nicht besonders attraktiv und das lohnt sich dann auch nicht.

Sie sind inzwischen Vorsitzender des FABW. Was erwarten Sie sich hier?

Andreas Tyzak: Im Grunde bin ich durch die Arbeit in der Task Force in diese Position quasi „reingerutscht“. Hier sind auch junge Kollegen dabei. Natürlich ist der FABW eine Art Tanker, der in einem ganz bestimmten Fahrwasser schwimmt. Nach der Pandemie und der bald fertigen Arbeit unserer TaskForce können wir uns nun wieder den alltäglichen Fragestellungen widmen.

Es sind einige neue Kollegen dabei. Im kommenden Jahr stehen allgemein Veränderungen in den Gremien des VKD an. Daher liegt aktuell zunächst der Schwerpunkt darauf, die gegenseitigen Erwartungshaltungen abzugleichen. Am Ende bin auch ich nur Teil des Gremiums und muss schauen, ob die Erwartungen meiner Kolleginnen und Kollegen identisch sind oder wir andere Prioritäten setzen wollen.

„Dabei finde ich eine Mischung der Altersstruktur in den Gremien positiv, weil hier Motivation und Erfahrung von Menschen zusammenkommen, die Lust darauf haben, etwas zu bewegen.“

Nur die Attraktivität der ehrenamtlichen Arbeit führt dazu, dass man sich trotz aller Alltagsbelastungen dann gern die Zeit dafür nimmt. Sicher fragt sich jeder, welchen Mehrwert er selbst hat – fachlich, durch Netzwerke, aber auch, ob sein Engagement mit dazu beiträgt, dass der VKD etwas bewegen kann. Auch das ist ja ein wichtiges Motiv fürs eigene Engagement.

Das war auch für mich eine grundsätzliche Frage: Warum sollte ich im VKD-Mitglied werden? Was bewegt der Verband? Ich finde es daher gut, dass inzwischen auch junge Kandidaten in den Verband aufgenommen werden, die noch nicht die höchste Stufe der Karriereleiter erklimmen haben. Der VKD braucht möglichst viele junge, aktive Mitglieder. Es ist ja allgemein ein Problem des Ehrenamtes, dass oft dieselben Mitglieder in den Gremien sind und jüngerer nur schwer Zugang haben.

Ich erhoffe mir schon, dass der FABW ein Ort guter Diskussionen sein wird. Die Schlagzahl politischer Ideen bezüglich der Krankenhäuser ist in den letzten Jahren nicht weniger geworden. Ich würde mir wünschen, dass es uns gelingt, zu den wichtigsten Aspekten über unsere Diskussionen Standpunkte des VKD vorzubereiten und diese dann in die politische Willensbildung einfließen zu lassen. Dabei sollten wir uns immer wieder vor Augen halten, dass wir als handelnde Akteure vor Ort jeden Tag im gleichen Boot sitzen. In den wenigsten Fällen wird aus dieser Rolle heraus unsere Einzelmeinung interessieren. Wir sollten daher den VKD nutzen, um unsere Argumente gebündelt und neutral in die Öffentlichkeit zu tragen.

Ein Diskussionsprozess, der für die direkt Beteiligten wichtig und auch interessant ist, aber nach außen, in die Öffentlichkeit und die Politik hinein Gestaltungsmöglichkeiten bietet?

Andreas Tyzak: Immer nur im Hinterstübchen sitzen funktioniert nicht, auch wenn das Engagement bei all den Themen häufig nicht unbedingt vergnügungssteuerpflichtig ist. Positiv ist natürlich, dass viele Termine inzwischen digital möglich sind. Das macht es einfacher, wenn man nicht ständig eine Tagesreise einplanen muss.

In der AG Junger VKD haben wir digitale AGs für Mitglieder, die sich mit Führung oder New Work beschäftigen. Das funktioniert gut. Auch ein Mentorenprogramm befindet sich im Aufbau, um Mitglieder durch Mitglieder in ihrer Entwicklung zu fördern. Wir haben eine eigene LinkedIn-Gruppe, in der wir uns austauschen und Netzwerke knüpfen können. Diesen geschützten Raum können wir für offene Kommunikation nutzen. Schließlich muss nicht jeder das Rad neu erfinden. Am Ende sitzen wir doch alle im gleichen Boot.

„Ich würde mir wünschen, dass es uns gelingt, zu den wichtigsten Aspekten über unsere Diskussionen Standpunkte des VKD vorzubereiten und diese dann in die politische Willensbildung einfließen zu lassen.“

Es gab bereits zwei Präsenztreffen und wir haben inzwischen auch in den Landesvorständen Mitglieder und damit die Möglichkeit, bei den aktuellen Themen dabei zu sein. Dennoch sind wir noch im Aufbau, aber durchaus positiv gestimmt. Es gibt mit der AG erstmals einen Anlaufpunkt für VKD-Mitglieder, die noch am Anfang ihrer Karriere sind. Schon die Netzwerke sind für diese Kolleginnen und Kollegen ein großer Mehrwert. All das fliegt niemandem zu, sondern man muss auch aktiv teilnehmen und sich sein Thema suchen. Ich freue mich jedenfalls über jede Einzelne und jeden Einzelnen, der für sich und damit für unsere gesamte Branche einen Mehrwert in der aktiven Mitarbeit im VKD erkennt.

OPTIMISTISCHE SIGNALE

Pläne, Projekte, Innovationen

Konsequente Modernisierungen

Elektronische Patientenakte

Innovative Methoden

Zukunftsprojekte

Reduzierung von Bürokratie



Im Zeichen des Seepferdchens ins Leben starten

ERSTE GEBURTSTATION NACH KOMPLETTER SANIERUNG FERTIG

Großzügige Familienzimmer, gemütliche Lounges, ein innovatives Gestaltungs-, Farb- und Beleuchtungskonzept sowie ein offener Empfangsbereich, eine Tee- und Milchbar – am 21. März wurde gemeinsam mit Rostocks Oberbürgermeisterin Eva-Maria Kröger die erste modernisierte Geburtsstation an der Universitätsfrauenklinik am Klinikum Südstadt Rostock eröffnet.

Für rund 500.000 Euro aus erwirtschafteten Eigenmitteln des Südstadtklinikums werden beide Geburtsstationen familienfreundlicher umgebaut und eine neue Wohlfühlatmosphäre geschaffen, bei der auch eine Seepferdchen-Familie eine Rolle spielt. Im vergangenen Jahr wurden in der größten Geburtsklinik in Mecklenburg-Vorpommern mit 39 Betten und fünf Kreißsälen 2.571 Kindern geboren.

„Das ist wirklich beeindruckend geworden“, freute sich Oberbürgermeisterin Eva-Maria Kröger. „Geburten sind Augenblicke, an die sich die Eltern ihr Leben lang erinnern werden. Ein großes Dankeschön an alle, die sich hier engagiert haben.“

„Einige Monate einer herausfordernden Bauzeit liegen hinter uns und die Hälfte ist geschafft“, sagte Verwaltungsdirektor Steffen Vollrath. „Nun ist die erste Geburtsstation nach einer kompletten Sanierung und mit einer neuen modernen Einrichtung fertiggestellt und kann von frisch gebackenen Eltern mit ihrem Nachwuchs und unserem Team in Betrieb genommen werden. Wir wünschen den Familien unvergessliche Glücksmomente in den emotionalen ersten Tagen mit ihren Neugeborenen.“

Klinikum Südstadt Rostock

Das Klinikum Südstadt Rostock ist Eigenbetrieb der Hanse- und Universitätsstadt Rostock. Es sorgt schon seit 1965 im Großraum Rostock und Teilen Mecklenburg-Vorpommerns für eine fachgerechte medizinische Betreuung.

Dank konsequenter Modernisierung, struktureller Erweiterung und fundierter Aus- und Weiterbildung der Belegschaft werden für die Patienten stets eine hochqualifizierte Versorgung auf dem aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts gewährleistet. Mit ca. 1.300 Beschäftigten und 513 Betten werden im Jahr über 26.000 stationäre und teilstationäre sowie 52.000 ambulante Patienten betreut. Die Therapie- und Diagnostikverfahren entsprechen daher in sämtlichen Fachbereichen dem modernen Stand der Medizin und werden somit den akademischen Ansprüchen der Lehre und den wissenschaftlichen Aktivitäten gerecht.

Künftig sechs Familienzimmer und Platz für Geschwister

In den neuen Räumlichkeiten soll der Start ins neue Leben und die Familienerweiterung nun noch familiärer und entspannter möglich sein. „Die Modernisierung war lange geplant, mehr als überfällig und wir sind wirklich sehr froh, unseren jungen Eltern eine so familienfreundliche Umgebung vor und nach der Geburt zu ermöglichen“, betonte die Leitende Oberärzt-

tin vom Kreißsaal, Dr. Kerstin Hagen. „Künftig verfügen wir über sechs Familienzimmer und zwei davon sind sogar für jeweils ein Geschwisterkind ausgelegt. Außerdem gibt es Aufenthaltsbereiche, die für den ersten Besuch oder den Austausch mit anderen Eltern ein besonderes Ambiente bieten.“

Die Baumaßnahmen starteten im Oktober vergangenen Jahres und umfassen den Umbau der Patientenzimmer, die Neuerrichtung von Familienzimmern, die Neukonzeption und Bau einer zentralen Anmeldung und von Aufenthaltsbereichen für die Mütter, die Einrichtung einer Milchküche, Maler- und Bodenbelagarbeiten, die Wandgestaltung mit Bildgeschichte und die Erneuerung der Brandmeldeanlagen und Beleuchtung. Die komplette Modernisierung wird aus Eigenmitteln des Klinikums erwirtschaftet.

Maritime Motive, warme Farben und chilliges Licht

Die Konzept- und Projektplanung lag in der Hand der Berliner Atelier Gebel GmbH, die ihre Wurzeln in Rostock hat und schon die innenarchitektonische Ausgestaltung des Klinikums bei Umbaumaßnahmen wie die damalige Neugestaltung des Foyers wie auch der zentralen Aufnahme übernommen hat.

Die Suche nach Form, Farbe, Licht und Motiv führte zum Runden. Dabei fördern natürlich anmutende Ton in Ton-Farbkombinationen eine ruhige und entspannte Stimmung und sind der Hintergrund für eine kreative Bildgeschichte der Familie der Seepferdchen, namens Hippocampus, auch angeregt durch die Nähe zur Ostsee. Die zwei bildlich gestalteten Wesen Hippo und Campi schweben samt ihrer Familie in Form von Wandbuttons durch die Geburtsstation.

Für Mutter, Vater oder Partnerin sowie den Nachwuchs stehen gepolsterte Partnerbetten bereit, die als sichere Familienbettenlandschaft das Konzept der frühen Nähe und Bindung von Kind und Eltern unterstützen.

Aber auch an die Nachhaltigkeit wurde gedacht. Ein neuer Purline Bioboden in heller Holzoptik entspricht allen Forderungen eines bewegten Klinikalltags und besteht dabei aus einem überwiegenden Anteil aus Pflanzenölen, wie Raps- und Rizinusöl, und natürlich vorkommenden, mineralischen Komponenten wie Kreide und kommt ganz ohne Chlor, Weichmacher und Lösungsmittel aus.

Nach der Eröffnung der ersten modernisierten Geburtenstation wird die zweite Geburtenstation für den identischen Umbau freigeräumt. Spätestens im Juni 2023 sollen alle Arbeiten abgeschlossen sein.

Die Seepferdchen sind als Maskottchen der Station überall präsent und begleiten die frischgebackenen Eltern die erste Zeit mit ihrem Baby.



Glücklich über die neue Station – das Team der Geburtenstation (nicht vollständig) mit der Oberärztin Kreißsaal Dr. Kerstin Hagen (li.) und Stationsleiterin Babett Flehmig (3. v.li.).



Das Team auf Station A3-03 am Helios Amper-Klinikum Dachau freut sich über die digitalen Visitenwagen

Patienteninformationen auf einen Blick verfügbar

START DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE
AN DEN HELIOS AMPER-KLINIKEN DACHAU UND INDERSDORF

Das Helios Amper-Klinikum Dachau hat einen großen Schritt Richtung papierloses Krankenhaus gemacht. Das Klinikpersonal arbeitet dort jetzt mit der elektronischen Patientenakte. Die Helios Amper-Klinik Indersdorf soll in wenigen Wochen folgen.

Reibungslose Abläufe, eine umfassende Dokumentation und eine bessere Lesbarkeit von Gesundheitsinformationen – davon profitieren Beschäftigte sowie Patientinnen und Patienten jetzt am Helios Amper-Klinikum. In allen Fachbereichen wurde dort am 7. April die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) abgeschlossen. Binnen weniger Wochen folgt auch die Helios Amper-Klinik Indersdorf.

Einsatz von digitalen Dokumentationswagen auf Station

Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften auf den Stationen im Dachauer Klinikum steht jetzt ein Visitenwagen mit integriertem Bildschirm zur Verfügung. Patientendaten wie Vitalparameter, medikamentöse An- und Verordnungen oder pflegerische Informationen können damit direkt während der Behandlung erfasst und unmittelbar abgerufen werden.

Alle Gesundheitsinformationen per Mausklick verfügbar

Für Prof. Dr. Hjalmar Hagedorn, Ärztlicher Direktor am Helios Amper-Klinikum Dachau, lie-

Helios Amper-Kliniken Dachau und Indersdorf



Das Helios Amper-Klinikum Dachau ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung (Stufe II) mit 435 Betten. Es versorgt jährlich rund 22.000 stationäre Patienten. Weitere 30.000 Patienten werden ambulant von den über 1.000 Mitarbeitern medizinisch versorgt. Mit einer zentralen Notaufnahme sowie 16 weiteren Fachabteilungen und 17 Kompetenzzentren bietet es eine umfassende Versorgung auf Universitätsniveau. Das Klinikum ist akademisches Lehrkrankenhaus der LMU München. Die Helios Amper-Klinik Indersdorf versorgt jährlich rund 700 akutstationäre Patienten sowie 1.200 Reha-Patienten. Weitere 5.600 Patienten werden ambulant versorgt. Der medizinische Schwerpunkt ist die umfassende Versorgung geriatrischer Patienten. Die Klinik ist an das Helios Amper-Klinikum Dachau angegliedert.

gen die Vorteile der digitalen Anwendung auf der Hand: „Alle Gesundheitsinformationen können mit einem Mausklick aufgerufen werden. Und das zuständige medizinische und pflegerische Personal kann jederzeit und an allen Arbeitsstationen auf die Daten zugreifen. Im Vergleich zur handschriftlichen Patientenakte ist das eine enorme Verbesserung und bedeutet mehr Sicherheit.“

Schutz der Patientendaten

Die Datennutzung und -speicherung erfolgt gemäß der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO). Die Kliniken

haben zusätzlich umfangreiche Sicherheitsmaßnahmen getroffen, um Patientendaten, die in der elektronischen Akte hinterlegt sind, vor unberechtigtem Zugriff zu schützen. So werden die Daten nicht in einer Cloud und auf tragbaren Geräten wie Tablets oder Laptops gespeichert, sondern in gesicherten Rechenzentren von Helios. Innerhalb der Kliniken gibt es zudem ein spezielles Berechtigungskonzept für die Nutzerinnen und Nutzer. Zusätzlich sind die Krankenhäuser in Dachau und Markt Indersdorf durch eine besondere Cyber-Abwehr gegen Attacken und andere Außenangriffe gesichert. Ein Ausfallsystem steht ebenfalls jederzeit zur Verfügung.

Mit Strahlen gegen Herzrhythmusstörungen

INNOVATIVE BEHANDLUNGSMETHODE LÄSST BETROFFENE MIT NICHT BEHANDELBAREN KAMMERRHYTHMUSSTÖRUNGEN HOFFEN

Medizinerinnen und Mediziner aus der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden haben erstmals einen Patienten mit schweren Herzrhythmusstörungen mittels Strahlentherapie behandelt. Bei dem 72-Jährigen, der an einer strukturellen Herzerkrankung – der sogenannten nicht-ischämischen Kardiomyopathie – leidet, konnte mithilfe der Photonen die für die Störungen kritischen Areale im Herzen lahmgelegt werden.

„Es gab für den Patienten keine andere Therapieoption mehr“, sagt Prof. Esther Troost, Direktorin der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie. „Innerhalb von wenigen Tagen haben wir den Fokus für die Herzrhythmusstörung in Absprache mit den Kolleginnen und Kollegen aus dem Herzzentrum an unserem hochmodernen Linearbeschleuniger bestrahlt.“ Seitdem hat sich der Zustand des Patienten insoweit stabilisiert, dass er keine lebensgefährlichen Kammerrhythmusstörungen mehr hat. Nun hoffen die Medizinerinnen und Mediziner, dass sich die in der Literatur beschriebenen positiven Auswirkungen der experimentellen Behandlungsmethode auch bei ihm dauerhaft einstellen. Hier in Dresden war es die erste Bestrahlung ihrer Art.

Der so behandelte Patient leidet seit Langem an einer strukturellen Herzerkrankung, der sogenannten nicht-ischämischen Kardiomyopathie. Eine medikamentöse Behandlung der Störungen konnte ihm ebenso wenig helfen, wie die Verödung der für die Störungen ver-

antwortlichen Bereiche im Herzmuskel per Katheterbehandlung.

An dieser Stelle haben die Expertinnen und Experten aus dem Herzzentrum Rat in der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie gesucht. Denn schon seit längerem wird an Möglichkeiten geforscht, Strahlentherapie ne-

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Als Klinikum der Supra-Maximalversorgung steht das Dresdner Universitätsklinikum den Menschen der Region, aber auch darüber hinaus, in allen Bereichen der stationären wie ambulanten Krankenversorgung offen. Die Dresdner Hochschulmedizin ist führend in der Therapie komplexer, besonders schwerer oder seltener Erkrankungen. Das Universitätsklinikum vereint 26 Kliniken und Polikliniken, sechs Institute und 17 interdisziplinäre Zentren, die eng mit den klinischen und theoretischen Instituten der Medizinischen Fakultät zusammenarbeiten. Mit 1.410 Betten und 201 Plätzen für die tagesklinische Behandlung von Patienten ist es eines der größten Krankenhäuser Sachsens und zugleich das einzige Krankenhaus der Maximalversorgung in Ostsachsen. Rund 1.000 Ärzte decken im Universitätsklinikum Dresden das gesamte Spektrum der modernen Medizin ab. 2.000 Schwestern und Pfleger kümmern sich um das Wohl der Patienten.

ben der Tumorbehandlung auch zur Therapie anderer Erkrankungen einzusetzen. Die Hochschulmedizin Dresden ist unter anderem eins von sieben Studienzentren in Deutschland, die sich an der RAVENTA Studie beteiligen. Gemeinsam wollen sie die Durchführbarkeit und Sicherheit einer Hochpräzisionsbestrahlung (die sogenannte stereotaktische Strahlentherapie) für Patientinnen und Patienten mit anhaltenden und austherapierten Herzrhythmusstörungen im Bereich der Herzkammern (ventrikuläre Tachykardien) untersuchen. Weltweit wurde diese Methode erst bei 300 Menschen angewandt. In der Studie sollen Behandlungsergebnisse von 20 Patientinnen und Patienten berücksichtigt und ausgewertet werden. In Dresden wurde nun der erste Patient im Rahmen dieser Studie behandelt.

Bisher wird diese Form von Herzrhythmusstörungen entweder mit Medikamenten, einem eingesetzten Herzschrittmacher mit der Fähigkeit zur Schockabgabe oder der Verödung der betroffenen Herzmuskelareale über spezielle Katheter behandelt. Dennoch kommt es bei bis zu 50 Prozent der Betroffenen auch danach noch zu wiederholten Rhythmusstörungen. „Im vorliegenden Fall war die Behandlung der Herzrhythmusstörungen mit Bestrahlung die letztmögliche Therapieoption“, sagt Prof. Esther Troost.

Ziel des experimentellen Verfahrens ist ähnlich wie bei einer Katheterablation, die Stellen im Herzen „lahmzulegen“, von der die fehlerhaften Erregungssignale ausgehen, die zu den potentiell tödlichen Kammerrhythmusstörungen führen. Während der vorherigen Katheterablation wurde von den Rhythmologinnen und Rhythmologen eine hochauflösende 3-D-Darstellung der Herzkammer (Mapping) erzeugt, um diese Stelle genau zu lokalisieren und zu markieren. Diese Daten



Das Team aus der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am Uniklinikum Prof. Esther Troost und Dr. Annika Lattermann sowie die Kolleginnen und Kollegen aus dem Herzzentrum Prof. Sergio Richter, Dr. Micaela Ebert, Prof. Dr. Axel Linke (v.l.) zusammen mit dem 72-Jährigen Patienten.

wurden in das anschließend durchgeführte 4-D-Planungs-CT integriert. Auf dieser Grundlage konnten die Strahlentherapeutinnen und -therapeuten Prof. Esther Troost, Dr. Annika Lattermann und Dr. Fabian Lohaus – ähnlich wie bei der Bestrahlungsplanung von zum Beispiel bösartigen Tumoren – ihre strahlentherapeutische Planung und letztlich die Therapie durchführen.

„Wissenschaft und Patientenversorgung gehen an der Hochschulmedizin Dresden Hand in Hand. Der vorliegende Fall verdeutlicht dies erneut hervorragend. Nicht nur, dass wir mit innovativer, moderner Therapie dem Patienten helfen konnten. Wir leisten damit auch einen großen Anteil für die Forschung. Die RAVENTA Studie hilft dabei, die Methode in der Patientenversorgung zu etablieren“, sagt Prof. Esther Troost, Dekanin der Medizinischen Fakultät an der TU Dresden.

Interventionsarme Geburten stärken

LAND UNTERSTÜTZT HEBAMMEN-KREIßSAAL MIT 340.000 EURO

Als eines von 25 Krankenhäusern in Deutschland – davon lediglich drei in den Neuen Bundesländern – richtet das Städtische Klinikum Dessau einen hebammengeleiteten Kreißaal in seiner Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ein. Gefördert wird das Vorhaben mit rund 340.000 Euro vom Land Sachsen-Anhalt.

Sozialministerin Petra Grimm-Benne sagte bei der Übergabe im Klinikum: „Wir wollen die Arbeitsverhältnisse von Hebammen verbessern, die natürliche Geburt stärken und der steigenden Anzahl von Kaiserschnittgeburten im Land entgegenwirken.“

Im Hebammenkreißaal betreuen Hebammen eigenverantwortlich gesunde Schwangere vor, während und nach der Geburt. Ärzte unterstützen nur bei auftretenden Komplikationen. Pflegedienstleiter Dipl. Pflegewirt Daniel

Behrendt, MPH: „Mit dem Hebammenkreißaal und den ärztlich geleiteten Kreißsälen haben wir nun zwei geburtsmedizinische Optionen, die in enger Kooperation arbeiten. Zusätzliche Sicherheit und Expertise bietet das Perinatalzentrum Level 2 unseres Klinikums. Mit der Unterstützung des Landes können wir unter anderem 1,5 zusätzliche Hebammenstellen schaffen. Die adäquate Personalausstattung im hebammengeleiteten Kreißaal ist eine Grundvoraussetzung, um interventionsarme Geburten zu ermöglichen.“

Susanne Bantel, leitende Hebamme am Klinikum, pflegerische Bereichsleitung im Mutter-Kind-Bereich, hat auch schon klare Vorstellungen, wie sie die zusätzlichen Mittel einsetzen will: „Wir wollen den Kreißaal noch wohnlicher gestalten, so dass sich unsere Patientinnen wie bei einer Hausgeburt fühlen können. Zudem werden wir alternative Schmerztherapien sowie eine interventions-

Wollen natürliche Geburten fördern: Hebamme Susanne Bantel mit Ministerin Petra Grimm-Benne in einem von vier Geburtszimmern des Klinikums.



Freuen sich über den Förderungsbescheid von Sozialministerin Petra Grimm-Benne (Mitte): Pflegedienstleiter Daniel Behrendt, Hebamme Susanne Bantel, Verwaltungsdirektor Dr. André Dyrna, Chefarzt Dr. Hermann Voß und Dr. Anja Schneider, MDL (CDU).



Städtisches Klinikum Dessau

Als drittgrößter Medizinstandort in Sachsen-Anhalt verfügt der Eigenbetrieb der Stadt Dessau-Roßlau über circa 800 Betten und deckt mit seinen 23 Fachbereichen und 14 Zentren nahezu alle Spezialisierungen der Medizin ab. Die Planungen für einen Krankenhausneubau wurden unmittelbar nach der Wende aufgenommen und der durch das Land Sachsen-Anhalt geförderte Ersatzneubau wurde schrittweise realisiert. Im September 2011 wurde der 5. und letzte Bauabschnitt des Städtischen Klinikums Dessau offiziell eingeweiht. Zum 1. Januar 2021 wurde der Zusammenschluss vom Städtischen Klinikum mit dem Diakonissenkrankenhaus umgesetzt. Das vergrößerte Klinikum verfügt über zwei Standorte mit 23 Fachbereichen und 14 Zentren. Das Klinikum mit seinen 2.000 Mitarbeitern versorgt jährlich rund 100.000 Patienten.

arme Geburtsbegleitung anbieten und eine Eins-zu-Eins-Betreuung schaffen.“

Dr. Joachim Zagrodnick, Ärztlicher Direktor des Klinikums, freut sich über die Verbesserung des Angebots. „Über die Stadtgrenzen hinaus ist unsere Geburtshilfe und Neonatologie für eine familienorientierte Betreuung bekannt. Schon seit langem bieten wir werdenden Eltern in der klinikeigenen Hebammenpraxis durch verschiedene Kurs- und Sprechstundenangebote die Möglichkeit, die Geburtsräume kennenzulernen, um so möglichst angstfrei in einer vertrauten Umgebung sicher und selbstbestimmt die Geburt ihres Kindes zu erleben. Jetzt bekommen wir die Chance, ein gutes Angebot noch besser zu machen.“

Großes Interesse

Eingeladen zur interprofessionellen Auftaktveranstaltung „Hebammenkreißaal“ hatte – gemeinsam mit der Pflegedienstleitung – Susanne Bantel. Gerne und zahlreich waren sie alle erschienen und lauschten gespannt und sehr konzentriert, darunter auch der Ärztliche Direktor Dr. med. Zagrodnick, Dipl.-Pflegerwirt Daniel Behrendt, Pädiater der Kinderklinik, Pflegepersonal der Kinder-ITS und der Wochenstation, Gynäkologen und natürlich alle Hebammen der Klinik.

Kompetente Unterstützung gab es von der Gastreferentin Nicole Rostalski, Leitende Hebamme und Pflegerische Bereichsleitung am Universitätsklinikum Halle, wo das Arbeitsmodell „Hebammenkreißaal“ ergänzend zu den üblichen Strukturen bereits seit 2019 angeboten und gelebt wird. Dank der vierjährigen Erfahrung mit diesem Konzept weckte sie Mut und Freude für den Hebammenkreißaal und versuchte, Unsicherheiten aus dem Weg zu räumen. In der anschließenden Diskussionsrunde stellte sich Rostalski den vielen Fragen der interprofessionellen Belegschaft. So gestaltete sich ein interessanter Nachmittag mit regem Austausch und vielen „Aha-Effekten“.

Die Implementierung und Umsetzung des Versorgungskonzeptes Hebammenkreißaal folgt der Idee des „Verbunds Hebammenforschung“ der Fachhochschule Osnabrück und stellt für die derzeitig, in deutschen Kliniken übliche Betreuung eine Innovation dar. Sie verbindet die Förderung der physiologischen Geburt mit der Selbst- und Mitbestimmung der Frauen und Paare, die Betreuung physiologischer Geburten ausschließlich durch Hebammen, sie stärkt und fördert originäre Hebammentätigkeit, sowie interventionsarme Geburtsbegleitungen und damit auch die Patienten- und Hebammenzufriedenheit.

Spatenstich für das Neue Hauner

AM CAMPUS GROßHADERN ENTSTEHT EINE HOCHMODERNE
UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

Das „Neue Hauner“ wird Ende dieses Jahrzehnts die Nachfolge des international renommierten Dr. von Haunerschen Kinderspitals antreten. Mit dem Spatenstich am 13. März 2023 begann der Bau einer hochmodernen interdisziplinären und interprofessionellen Uniklinik für Kinder- und Jugendmedizin am Campus Großhadern. Im Neuen Hauner mit fast 200 Betten werden die Kliniken für Kinderheilkunde und Kinderchirurgie mit dem integrierten Sozialpädiatrischen Zentrum und weiteren Einrichtungen zusammengeführt.

Am Festakt mit Spatenstich waren unter anderem der Bayerische Ministerpräsident Dr. Markus Söder und Bayerns Staatsminister für Wissenschaft und Kunst, Markus Blume, beteiligt. „Bayern spielt auch bei der Medizin in der Champions League“, sagte Dr. Markus Söder beim Spatenstich. „Der Freistaat investiert rund 550 Millionen Euro in eine der größten Kinderkliniken in Deutschland und Europa. Das Hauner steht für optimale medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Und es ist eine Institution für Wissenschaft und Forschung auf weltweit höchstem Niveau. Dieses Geld ist für die Zukunft unserer Kinder hervorragend angelegt.“ Dank eines breiten bürgerschaftlichen Engagements stehen auch Spendengelder in Höhe von fast 25 Millionen Euro für die Realisierung spezieller Projekte in der Patientenversorgung sowie für Forschung und Lehre im Neuen Hauner zur Verfügung.

Mit dem Neubau der hochmodernen Kinderklinik mit insgesamt 196 Betten eröffnet sich für das LMU Klinikum die Chance, Kinder aller Altersstufen – von extrem Frühgeborenen bis

Das LMU Klinikum

Das LMU Klinikum zählt mit seinen beiden Münchner Standorten Campus Großhadern und Campus Innenstadt zu den größten Universitätsklinika in Deutschland und Europa. Jährlich vertrauen rund 500.000 Patienten der Kompetenz, Fürsorge und dem Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in 28 Fachkliniken, dreizehn Instituten und sieben Abteilungen sowie den 53 interdisziplinären Zentren. Neben den ambulanten Versorgungseinrichtungen stehen an die 2.000 Betten für teil- und vollstationäre Behandlungen bereit. 1.800 Mediziner und 3.300 Pflegekräfte kümmern sich direkt um die Versorgung der Patienten. Zu den Krankenhäusern des LMU Klinikums gehört auch das Dr. von Haunersche Kinderspital.

zu jungen Erwachsenen – und alle Krankheitsbilder an einem zentralen Standort zu versorgen. In dem siebengeschossigen Gebäude (U2, U1, EG, 1., 2., 3. Etage und Technikgeschoss) sind die Kliniken für Kinderheilkunde und Kinderchirurgie vereint. Das Neue Hauner wird direkt angebunden an die bereits bestehende Geburtshilfe im angrenzenden Bettenhaus. Auch die Abteilungen für Neonatologie, Kinderkardiologie und Kinderpalliativmedizin sind derzeit schon am Campus Großhadern angesiedelt.

Die räumliche Einbettung in den Campus Großhadern – und die kompakte Struktur innerhalb des neuen Gebäudes mit einem

Grundriss von 90 mal 90 Metern und einer Nutzfläche von 19.200 Quadratmetern – ermöglichen kurze Wege für Mitarbeitende und Patienten, die optimale Abbildung der klinischen Behandlungspfade sowie die Vernetzung von medizinischen und therapeutischen Angeboten über Fachdisziplinen hinweg. Dies macht eine bestmögliche Behandlung von Kindern mit oftmals chronischen und hochkomplexen Erkrankungen möglich.

Der Fokus auf das ganzheitliche Wohl der jungen Patientinnen und Patienten und deren Familien, das auch schon dem Gründer des Dr. von Haunerschen Kinderspitals wichtig war, spiegelt sich auch in der Architektur des neuen Gebäudes wider: Vier Innenhöfe sorgen für viel Tageslicht und eine positive Atmosphäre in allen Bereichen. Offene Flächen mit Spiel- und Aufenthaltsmöglichkeiten sowie eine Cafeteria mit Innen- und Außenbereich im Foyer schaffen ein angenehmes und familienfreundliches Ambiente.

Patientenversorgung, Forschung, Lehre und Ausbildung gut vernetzt

Nicht nur die Patientenversorgung, sondern auch Forschung, Lehre und Ausbildung nehmen im Neuen Hauner einen wichtigen Platz ein. Gemeinsame Arbeitswelten sollen den wissenschaftlichen Austausch disziplin- und berufsgruppenübergreifend fördern. Im ersten Stock entstehen moderne Labore und Seminarräume, im Erdgeschoss wird es einen Hörsaal geben. Dies knüpft an die starke Tradition der Forschung am Dr. von Haunerschen Kinderspital an: Seit der Gründung im Jahr 1846 wurden dort immer wieder bahnbrechende Entdeckungen gemacht und neue Therapieverfahren etabliert: So entwickelte Emil von Behring, der erste Nobelpreisträger der Medizin, ein Anti-Diphtherie-Serum.

Heute nimmt die Forschung am Dr. von Haunerschen Kinderspital im deutschlandweiten Vergleich eine Spitzenstellung ein. Insbesondere die Bereiche Hämatologie, Immunologie und Onkologie, Asthma und Aller-



Der erste Spatenstich für das „Neue Hauner“

gien sowie die Ernährungsforschung werden durch drei European Research Council (ERC) Advanced Grants auch in ihrer internationalen Bedeutung gewürdigt.

Der Baubeginn ist für das zweite Quartal 2023 geplant.



Außenansicht im Modell



Innenansicht im Modell

Abbildungen: LMU Klinikum

Klinikpersonal soll durch Bürokratie-Abbau entlastet werden

18 KRANKENHÄUSER IM MODELLPROJEKT BÜROKRATIEABBAU BAYERNS

Ende März startete in Bayern ein Modellprojekt zum Bürokratieabbau in Krankenhäusern. Bayerns Gesundheitsminister Klaus Holetschek betonte: „Die Personalsituation in den Krankenhäusern ist seit vielen Jahren durch zahlreiche Faktoren, vor allem Personalmangel und bürokratische Auflagen, massiv angespannt. Eine Entlastung des Personals durch weniger Bürokratie und weniger Dokumentation ist zwingend erforderlich. Den richtigen Weg wird ein Modellprojekt aufzeigen, das wir heute gestartet haben.“

Der Minister fügte nach einer Sitzung der entsprechenden Steuerungsgruppe hinzu: „Gemeinsam mit den Akteuren im Krankenhausbereich haben wir das weitere Vorgehen festgelegt. Ziel des Modellprojekts ist es, mit 18 bayerischen Krankenhäusern konkrete Ansatzpunkte für den Bürokratieabbau zu entwickeln. Wir wollen im Rahmen geltenden Rechts vor allem praktikable und allgemeinverbindliche Vorschläge machen, die jetzt schon umgesetzt werden können, ohne lange auf die Berliner Ampel-Koalition warten zu müssen.“

Er erläuterte: „Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte brauchen mehr Freiraum, um sich um die Patientinnen und Patienten zu kümmern. Wir brauchen die Hand am Bett, nicht am Kugelschreiber. Aufwand und Nutzen vieler bestehender Vorschriften sowie die Belastung und die Wertschätzung gegenüber den Menschen, die die Patientenversorgung rund um die Uhr sicherstellen, stehen in keinem Verhältnis mehr zueinander. Wir müssen die Belastung durch Bürokratie in den Blick nehmen und den Menschen ermöglichen das zu tun, wofür sie eigentlich brennen: ihren Beruf auszuüben, Menschen zu heilen und zu versorgen.“

Die überbordende Bürokratie im Krankenhaus müsse rasch zurückgedrängt werden. So werde auch die Jobzufriedenheit im Krankenhaus wieder steigen. Klar sei: Die Qualität der Versorgung dürfe nicht unter dem Abbau von Bürokratie leiden. „Dafür tragen wir mit dem Modellprojekt Sorge.“

Mit der Steuerungsgruppe ziehen das Gesundheitsministerium, die Bayerische Krankenhausgesellschaft, die AOK, der Medizinische Dienst und der Bürokratiebeauftragte der Bayerischen Staatsregierung an einem Strang.



Auf die Konzeptionierung der Untersuchung sollen die Workshops mit den Praktikern selbst in 18 bayerischen Kliniken folgen, durchgeführt unter der wissenschaftlichen Begleitung von Professor Andreas Beivers von der Hochschule Fresenius. Er leitet und moderiert das Modellprojekt.

Der Minister erläuterte: „Das Projekt kann nur gelingen, wenn zwischen den Partnerinnen und Partnern im Gesundheitswesen Vertrauen herrscht. Denn auch die Beteiligten selbst müssen überprüfen, wie sie bürokratische Hürden abbauen können, wo also beispielsweise Dokumentationsvorschriften oder Prüfpflichten abgebaut und Prozesse verschlankt und vereinfacht werden können.“ In den Blick genommen werden sollen besonders die Mehrfachmeldungen von Daten durch die Krankenhäuser an verschiedene Kassen zur Prüfung.

Weitere konkrete Vorschläge sollen in den Workshops von den Kliniken erarbeitet werden. Die 18 beteiligten Kliniken bilden die Vielfalt der Kliniken im Freistaat ab: Sie sind über die Regierungsbezirke verteilt und vertreten Krankenhäuser aller Größen und verschiedener Trägerschaften.

Im Juli sollen die Ergebnisse und Vorschläge zum Bürokratieabbau in den Kliniken vorgestellt werden. Sie sollen die Arbeit in der Praxis erleichtern und vereinfachen. Klar sei aber auch, so der Minister, dass auch bundesgesetzliche Vorgaben zu Bürokratie führten. Diese Hürden müssten also vor allem vom Bund abgebaut werden. Stattdessen baue er bislang immer neue Bürokratie auf. Auch die Krankenhausreform, komme sie nach den Vorstellungen des Bundes, lasse zum Beispiel noch mehr Bürokratie befürchten.

120 Jahre

Der VKD – 120 Jahre und kein bisschen leise

UNSER VERBAND IM DIENST DER KRANKENHÄUSER,
REHAKLINIKEN, PFLEGEHEIME

Zu einem wichtigen Vorhaben versammelten sich am 5. Juli 1903 achtzehn Verwaltungsleiter deutscher Krankenhäuser im Dresdner Johannstädter Krankenhaus. Nach rund einjähriger Vorbereitung sollte an diesem Tag die Vereinigung der Verwaltungsvorstände der Krankenhäuser Deutschlands gegründet werden. Um die Jahrhundertwende hatte sich die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland geradezu rasant vermehrt. Es schien den Verwaltungsexperten daher sehr wichtig, diesen Bereich der Krankenhausführung zu professionalisieren, sich untereinander auszutauschen, zu vernetzen, sich fortzubilden.

Das war kein ganz einfaches Unterfangen, denn es handelte sich bei den Teilnehmern um Beamte, die damals keine Vereinigungsfreiheit hatten. Die Genehmigung der vorgesetzten Behörden war dafür notwendig.

Man kam überein, die Mitgliedschaft zunächst auf Verwaltungsleiter kommunaler Krankenhäuser von Städten mit mindestens 100.000 Einwohnern zu beschränken. Sollte es Aufnahmeanträge aus kleineren Städten geben, wollte man diesen aber ebenfalls stattgeben.

Der Gründungsort Dresden hatte Symbolcharakter – die Stadt nahm auf dem Gebiet des Krankenhauswesens eine führende Rolle ein.

Zum ersten Vorsitzenden der Vereinigung wurde in der Gründungsversammlung Oberinspektor Helbig vom Städtischen Krankenhaus St. Jacob in Leipzig gewählt, der Initiator der Vereinigung. Er füllte, wie es in Chroniken

heißt, sein Amt mit Hingabe und großem Wissen und seinem reichen Erfahrungsschatz 17 Jahre lang, bis zu seinem Eintritt in den Ruhestand, aus.

Die Zahl der Mitglieder stieg in den folgenden Jahren kontinuierlich. Das Bedürfnis nach organisiertem Austausch war auch durch die rasanten Entwicklungen in den Naturwissenschaften, der Technik und nicht zuletzt in der Medizin mit all ihren Auswirkungen auf die Krankenhäuser groß. Hinzu kam die neue Sozialgesetzgebung. Den Kliniken wuchsen zahlreiche neue Aufgaben zu und die Verwaltungen hatten eine Fülle neuer organisatorischer, verwaltungstechnischer und wirtschaftlicher Herausforderungen zu bewältigen. Es musste zwangsläufig auch eine betriebswirtschaftliche Leitung erfolgen.

Was sich die Vereinigung seinerzeit als Aufgaben auf die Fahne schrieb, ist auch heute noch wichtige Grundlage der Verbandsarbeit. Die Tagesordnung der Gründungsversammlung zeigt, dass sich die Teilnehmer intensiv über die aktuellen Probleme des Krankenhauswesens, wie es damals hieß, ausgetauscht haben. Dabei ging es um innerorganisatorische Aufgaben, die Besichtigung von Einrichtungen, Anregungen für die Praxis und Betriebsvergleiche. Als ein notwendiges Instrument des Erfahrungsaustauschs wurde die Gründung einer eigenen Fachzeitschrift erkannt. Dafür sollten Verhandlungen mit der Deutschen Beamten-Zeitung aufgenommen werden.

Eine kurze Zeittafel zeigt wesentliche Entwicklungen und Aktivitäten dieses ersten Krankenhausverbandes in Deutschland:

Die 18 Gründer der Fachvereinigung:

- Verwalter Schmidler*, Städtisches Krankenhaus München rechts der Isar
- Inspektor Rosenberger*, Königliches Juliusspital Würzburg
- Verwaltungsdirektor Gerval*, Bürgerhospital Straßburg i. E.
- Verwalter Mulo*, Städtisches Krankenhaus Frankfurt a. M.
- Inspektor Krause*, Städtisches Krankenhaus Chemnitz
- Verwaltungsdirektor Borchart*, Städtisches Krankenhaus Moabit-Berlin
- Oberinspektor Diesener*, Städtisches Krankenhaus am Urban-Berlin
- Magistratssekretär Mundt*, Städtisches Krankenhaus an der Gitschiner Straße, Berlin
- Inspektor Junghans*, Städtisches Allerheiligen-Hospital Breslau
- Inspektor Funk*, Städtisches Krankenhaus Königsberg i. Pr.
- Oberinspektor Vogt*, Städtisches Krankenhaus Posen
- Verwalter Fackler*, Städtisches Krankenhaus Augsburg
- Inspektor Schaper*, Städtisches Krankenhaus Barmen
- Inspektor Kammann*, Herzogliches Krankenhaus Braunschweig
- Oberinspektor Nordmann*, Städtisches Krankenhaus Stettin
- Oberinspektor Bahmann*, Städtisches Krankenhaus Friedrichsstadt, Dresden
- Oberinspektor Einert*, Städtisches Krankenhaus Johannstadt, Dresden
- Oberinspektor Helbig*, Städtisches Krankenhaus St. Jacob, Leipzig



5. Juli 1903

1905

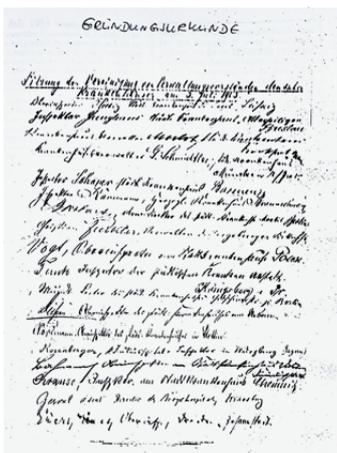
Erste Satzung und eigene Zeitschrift

Gründung des Verbandes „Vereinigung der Verwaltungsvorstände der Krankenhäuser Deutschlands“ in Dresden

Eine **erste Satzung** wurde dann in der Jahrestagung 1905 in München festgelegt. Danach sollte Aufgabe der Vereinigung der Austausch von Erfahrungen in Fragen der Verwaltung, Einrichtung und Organisation von Krankenanstalten sein. Zu berücksichtigen waren dabei der Stand der wissenschaftlichen Forschung und alle praktischen, technischen und hygienischen Neuerungen und Erfordernisse im Interesse der zweckmäßigsten Anstaltsverwaltung und Bewirtschaftung.

Geregelt wurde ebenfalls die Frage, wer Mitglied werden konnte. Als ordentliche Mitglieder konnten leitende Verwaltungsbeamte von Krankenhäusern, Hospitälern, Lazaretten, Irren- und Pflegeanstalten, Kur- und Badeanstalten, Heilstätten und Sanatorien aufgenommen werden, aber auch Ärzte, die mit der Verwaltung betraut waren. Geregelt wurde auch schon die Ernennung von Ehrenmitgliedern.

Bereits am 1. Januar 1905 erschien erstmals die **Zeitschrift für Krankenanstalten** als Halbmonatsschrift und Organ der Vereinigung – die erste deutsche Krankenhauszeitschrift. Sie veröffentlichte u.a. einen Vergleich der Betriebsausgaben der großen Krankenanstalten aus dem Jahr 1902.



→ Die Gründungsurkunde

Abbildung: VKD

1906 -
1913



→ Inserate aus der Zeit dokumentieren den Aufschwung



1914

Zehn Jahre des Aufschwungs

Die Zeit bis zum Ausbruch des ersten Weltkriegs war ein Jahrzehnt **wirtschaftlichen Aufschwungs** und wissenschaftlich-technischer Innovationen. Das kam natürlich auch den Krankenhäusern zugute. Es wurde umgebaut, neu gebaut, erweitert.

Auch dies führte zu steigenden Anforderungen an die Krankenträger sowie die Anzahl und Arbeit der Führungskräfte – was sich wiederum auf die **Mitgliedszahl der Vereinigung** auswirkte. Von 22 im Gründungsjahr stieg sie auf 149 im Jahr 1914. An den Tagungen der Fachvereinigung nahmen nicht nur Mitglieder teil, sondern auch Ärzte, Bausachverständige sowie Interessenten aus dem Ausland.

Abruptes Ende einer positiven Entwicklung

Diese positive Entwicklung wurde abrupt durch den **Ersten Weltkrieg** unterbrochen. Die Krankenhäuser mussten eine oft erhebliche Anzahl von Betten für Verwundete freihalten. Gleichzeitig fehlten Ärzte und Schwestern, die in den Lazaretten und an der Front **verwundete Soldaten** versorgten. Jedes Krankenhaus musste mit Personalmangel, Rohstoffknappheit, fehlenden Bedarfsartikeln kämpfen. Auch dies waren Herausforderungen und Probleme, die von den Krankenhausverwaltungen zu bewältigen waren. Während des Krieges konnte die Vereinigung ihre Arbeit nicht fortsetzen.

Die Jahrestagungen fielen aus. Viele Führungskräfte wurden zum **Kriegsdienst** einberufen.

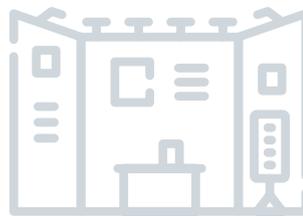
Die Arbeit wurde fortgesetzt, das Ziel war größerer Einfluss nach außen

Auch die Jahre nach dem **Kriegsende** waren schwierig. Beschaffungsschwierigkeiten, Substanzminderung bei den Kranken- und Pflegeanstalten sowie weiterhin **Personalmangel** waren Folgen des Krieges nach 1918. Hinzu kam die enorme Geldentwertung. Sie zwang zu sparsamster Wirtschaftsführung. In den Jahren der **Inflation** war alle Kraft darauf gerichtet, notdürftig den Betrieb der Krankenhäuser zu sichern. Erst als die Währung sich wieder stabilisierte, konnten sich auch die Krankenhäuser erneut auf die neuen Möglichkeiten des medizinischen und technischen Fortschritts konzentrieren.

Die Zeit zwischen den beiden Weltkriegen wurde dann intensiv genutzt, Fachthemen aufzugreifen. Angesichts der Fülle von Problemen, die von den Verwaltungen gelöst werden mussten, wurde die **Vereinsarbeit** umso wichtiger. Die erste Jahrestagung nach dem Ende des Krieges fand im September 1919 in Leipzig statt. Ein Ziel war es, eine breitere Basis für die Arbeit zu schaffen und auch größeren Einfluss nach außen zu erlangen. Dafür wurde beschlossen, künftig auch Staatsbehörden, Provinzialverbände, Kreise, Stadt- und Gemeindeverwaltungen, Stiftungen, Vereine und sonstige Verbände, die Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten besaßen oder verwalteten, als ordentliche Mitglieder aufzunehmen.

1919

1925



Erstmals eine eigene Ausstellung

Im Jahr 1925 – die **Jahrestagung** fand in Kassel statt – gab es erstmals auch eine **begleitende Ausstellung**. Vorgestellt wurde Neues auf dem Gebiet der Krankenhauseinrichtungen und des wirtschaftlichen Betriebes. Diese Ausstellung wurde nun zu einer Dauereinrichtung und gewann nach und nach die Bedeutung einer Messe.

Die **Fachzeitschrift** wurde thematisch erweitert und erschien von 1926 an mit dem Titel „Zeitschrift für das Krankenhauswesen“. Nachdem diese eingestellt worden war, nahm der damalige Kulmbacher Verleger E. C. Baumann eine Publikation „Anstalts-Bedarf“ in sein Verlagsprogramm auf. 1927 wurde diese mit einer Auflage von 12.500 Exemplaren herausgegeben. 1931 wurde sie in Anstalts-Umschau umbenannt.

In der Jahrestagung 1930 in Eisenach folgte die **Umbenennung** der Vereinigung in **Fachvereinigung der leitenden Verwaltungsbeamten Deutscher Krankenanstalten**. Damit sollte ihr Zweck in der Öffentlichkeit deutlicher herausgestellt werden.

1933

Schwierige Zustände und politische Verhältnisse

Die **Machtergreifung der Nationalsozialisten** führte in den Krankenhäusern zu **scharfen Einschnitten**. Jüdische Ärzte und politisch missliebige Beamte wurden entlassen. Den Ärzten entzog man die Approbation. Die Krankenpflege wurde gleichgeschaltet, Gewerkschaftsorganisationen zerschlagen, Krankenhausleitungen und andere wichtige Positionen mit treuen Nationalsozialisten besetzt. Die **Änderungen der politischen Verhältnisse** gingen natürlich nicht spurlos an der Fachvereinigung vorüber. So musste sie ihre Satzung nach dem „Führerprinzip“ ausrichten und beschloss im Mai 1934 in Erfurt u.a. folgende Satzungsbestimmung: Führer der Fachvereinigung ist der Vorsitzende... Ihm zur Seite steht ein Führrat...

1934

Noch kann die Vereinsarbeit fortgesetzt werden

Noch konnte die Arbeit fortgesetzt werden. Auch in den Folgejahren gab es noch Jahrestagungen. Die nächste Jahrestagung fand 1934 in Erfurt statt. Die innenpolitischen Zustände waren schwierig geworden, die Häuser erneut in **wirtschaftlichen Schwierigkeiten**. Thematisiert wurden der Mangel an Mitteln, der notwendige Erneuerungen, Ergänzungen der Anlagen und Einrichtungen, von Apparaten, Instrumenten, medizinischen Geräten verhinderte. Es wurde von der Substanz gelebt. Hinzu kam eine ungenügende Belegung, die keinesfalls am guten Gesundheitszustand der Menschen im Lande lag, sondern am restriktiven Verhalten der Versicherungsträger und Wohlfahrtsämter, wie ein Referent in der Jahrestagung schilderte.

1938 wurde in Berlin die **Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)** gegründet, zu der seitdem enger Kontakt bestand. Das Datum der Gründung weist auf die den Krankenhäusern zugeordnete Rolle im geplanten Krieg hin – auch hier war Gleichschaltung das Ziel.

Inzwischen hatte sich die Fachvereinigung bereits in **Fachvereinigung der Verwaltungsleiter der Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten** umbenannt.



→ das damalige Logo

1939

Die Arbeit der Fachvereinigung kommt erneut zum Erliegen

Der **Zweite Weltkrieg** brachte erneut die Arbeit der Fachvereinigung zum Erliegen. Mit Ausbruch des Krieges wurden keine Jahrestagungen mehr durchgeführt. Die Jahreshauptversammlung, für 1940 in Leipzig geplant, fiel aus.

Krankenhäuser wurden wieder zu **Reservelazaretten**. Die zivile Krankenversorgung fand ausgelagert in Hilfskrankenhäusern statt. Ärzte wurden eingezogen, Kliniken im Luftkrieg schwer beschädigt. Die **Zerstörung** der medizinischen Infrastruktur führte zu massiven Versorgungskrisen.



→ Kriegslazarett

Im Jahr 1943 kam es dann nochmals zu einem bemerkenswerten Beschluss – offenbar nicht auf ganz freiwilliger Basis. In der Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen, Jahrgang 1943, erklärten der damalige Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Dr. Zeitler, und der damalige Vorsitzende der Fachvereinigung, Oehler, eine EntschlieÙung zur organisatorischen Eingliederung der Fachvereinigung in die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Sie trug von da an die Bezeichnung **Deutsche Krankenhausgesellschaft Fachvereinigung der Verwaltungsleiter der Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten**. Damit hatten die Nationalsozialisten auch die Krankenhäuser und ihre Führungskräfte gleichgeschaltet und unter Kriegsaspekten zentral steuerbar gemacht.

1945

Krise der Krankenversorgung

Die Situation der Krankenversorgung nach Ende dieses zerstörerischen Krieges als desolat zu bezeichnen, wäre weit geschönt. **Schwerste Gebäudeschäden**, Schwesternschaft und Ärzte erschöpft, **Mangel** an allem – Medikamenten, Verbandstoffen, Nahrungsmitteln, Wäsche, Heizmaterial, kurz allem, was ein Krankenhausbetrieb benötigt. Hinzu kamen erhebliche **Seuchengefahren**.



→ Die zerstörte Dresdner Innenstadt

Erfolgreiche Neuaufstellung

Doch die Größe der Probleme führte auch bei den verantwortlichen Führungskräften zu einem großen **Bedürfnis nach Erfahrungsaustausch** und dem Wunsch, den eigenen Verband wieder aufleben zu lassen. Die gesamten Umstände sprachen noch dagegen, aber schon 1947 wurde dieses Ziel von einer größeren Gruppe von Verwaltungsleitern besprochen. 1948 fand dann die **erste Tagung nach dem Krieg** mit 120 Teilnehmern statt. Festgestellt wurde dabei, dass die Eingliederung der Fachvereinigung in die Deutsche Krankenhausgesellschaft nicht weiter Bestand haben sollte. Die Begründung: Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist eine Vereinigung der Krankenhausträger, die Fachvereinigung dagegen eine Vereinigung der einzelnen Verwaltungsleiter. Hierin, so wurde festgestellt, lägen grundsätzliche Unterschiede. Da sich aber Interessen und Aufgaben berühren würden, sei eine enge Zusammenarbeit auch künftig notwendig. Festgelegt wurde ebenfalls, dass die **Fachvereinigung parteipolitisch und konfessionell streng neutral** sein müsse.

Angesichts der **Teilung Deutschlands** wurde außerdem zum Ausdruck gebracht, dass das Ziel eine **gesamtdeutsche Fachvereinigung** sein solle. Zum Vorsitzenden wurde Kollege Hausen aus Hagen gewählt.

1948

1949

Wichtige Beschlüsse für die Zukunft der Fachvereinigung

Die Jahreshauptversammlung 1949 beschloss die **Bildung von Landesverbänden**.

Beschlossen wurde außerdem, die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft herausgegebene **Zeitschrift Das Krankenhaus** zum **Organ der Fachvereinigung** zu wählen. Ein Jahr später wurde dann auch die Anstalts-Umschau zum Fachorgan erklärt. Sie beschäftigte sich vor allem mit den praktischen Problemen der Verwaltungsleiter. 1950 wurde die Anstalts-Umschau zum offiziellen Organ der Fachvereinigung erklärt. Im April 1957 wurde daraus dann die Krankenhaus Umschau – heute „ku gesundheitsmanagement“. Schriftleiter waren über viele Jahre nach dem Krieg Verwaltungsdirektoren und Mitglieder der Fachvereinigung bis schließlich Anfang der neunziger Jahre eine Redaktionsleitung mit dem Ziel einer professionellen journalistischen Weiterentwicklung eingesetzt wurde.

Fachausstellungen etabliert

Der Gedanke an eine **eigene Krankenhaus-Ausstellung** wurde schon zum Gründungszeitpunkt der Fachvereinigung diskutiert. Erste Ausstellungen gab es dann verschiedentlich in den zwanziger und dreißiger Jahren, die aber kriegsbedingt nicht weiterverfolgt werden konnten. 1950 fiel die Entscheidung, mit den Jahrestagungen auch wieder eine Ausstellung zu verbinden – die **Fachausstellung für Anstaltsbedarf (FAB)**. Anlässlich der Deutschen Krankenhaustage kam 1958 die **Interhospital** als zweite Krankenhaufachmesse hinzu.

Seit 1958 fanden FAB und Interhospital im Wechsel statt. Die 35. FAB, die anlässlich der 65. Jahrestagung der Fachvereinigung vom 11. bis 14. Mai in Hannover stattfand, konnte mit 500 Ausstellern und 45.000 Besuchern aus 26 Ländern zu den großen Krankenhaufachmessen gezählt werden.



→ mobile Röntgentechnik aus dem Jahr 1952

1950

1951



→ Krankenhausvisite in den 1950er Jahren

Erneute Umbenennung

Die Mitgliederversammlung beschloss in ihrer 34. Jahrestagung im Juni 1951 in Aachen, den Verband in **Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten e.V.** umzubenennen.

Die Zahl der Mitglieder wuchs – auf der **Jahrestagung** 1952 in Karlsruhe unter dem Motto „Wir dienen dem Kranken“ nahmen bereits **600 Mitglieder und Gäste** teil.

Zusammenarbeit mit anderen Verbänden

Schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt hat die Fachvereinigung auch mit anderen Verbänden im deutschen Krankenhauswesen zusammengefunden, um sich untereinander auszutauschen, eigene Standpunkte zu erläutern und sich mit den Argumenten der anderen auseinanderzusetzen.

1953 wurde die **Arbeitsgemeinschaft Deutsches Krankenhaus (ADK)** gegründet. Mitglieder waren neben der Fachvereinigung die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands und die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände sowie der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege. Ziele waren, die **Entwicklung und die Leistungen der deutschen Krankenhäuser zu fördern**, sie in ihrem Bestand sichern zu helfen und auf die gute Zusammenarbeit aller im Krankenhaus Tätigen hinzuwirken. Seit 1958 gehörte zu den Aufgaben auch die Ausrichtung des Deutschen Krankenhaustages und der Ausstellung Interhospital.

Besonders enge Beziehungen bestanden zur **Deutschen Krankenhausgesellschaft**, dem Trägerverband der damals bundesweit noch rund 3.500 Krankenhäuser.

1953



Immer wieder ähnliche Herausforderungen

Anlässlich des **50. Jubiläums** der Fachvereinigung 1953 in Düsseldorf wurden in einer kleinen **Jubiläumsbroschüre** zur Geschichte des Verbandes die Themen und Probleme dargestellt, mit denen sich die Verwaltungsleiter über all die Jahre immer wieder herumschlagen mussten.

Ein kurzer Exkurs verdeutlicht das:

Betriebsvergleich

Es ging um das Problem des Betriebsvergleichs, mit dem sich bereits die Gründungsversammlung beschäftigt und an einem einheitlichen Schema zur Erfassung der notwendigen Unterlagen gearbeitet hatte. Dieses Thema zog sich dann durch viele Tagungen, denn es war klar, dass Vergleiche nur möglich wären, wenn die Krankenhäuser gleiche Maßstäbe, gleiche Berechnungsmethoden und Begriffsbestimmungen anwenden würden.

Ausreichende Pflegesätze

1922 forderte die Fachvereinigung die Deckung der Selbstkosten durch die Pflegesätze. Wobei man sich der Verpflichtung klar war, dass man die Kosten niedrig halten musste. Es gelang allerdings nicht, eine den Notwendigkeiten gerecht werdende Gestaltung der Pfl-

gesätze zu erreichen. Die finanzielle Notlage zwang daher, dem Kostenproblem immer wieder Aufmerksamkeit zu widmen.

Schließlich appellierte die Mitgliederversammlung 1952 an die Ministerien des Bundes und der Länder eindringlich, durch geeignete Maßnahmen Pflegesätze zu gewähren, um die Existenzgrundlage der Krankenhäuser zu sichern: Die erheblichen Substanzverluste, die völlig unzureichenden Pflegesätze seit 1945 hätten zu einer schweren Krise geführt, von der vor allem die freigemeinnützigen Häuser betroffen seien. Sie stünden vor einer Katastrophe! Und den kommunalen Häusern müssten aus öffentlichen Mitteln immer weiter steigende Zuschüsse gewährt werden, die angesichts weiterer wichtiger Aufgaben nicht verantwortet werden könnten. Die Kriegszerstörungen könnten aus eigener Kraft von den Krankenhausträgern nicht aufgebracht, notwendige Anschaffungen für eine moderne stationäre Versorgung nicht vorgenommen werden. Vorsichtig geschätzt betrage der Nachholbedarf rund 300 DM pro Krankenbett. Die kurzfristige Verschuldung vor allem der freien gemeinnützigen Häuser habe beängstigende Ausmaße angenommen.

Angesichts all dieser Probleme forderte die Fachvereinigung eine sofortige, großzügige Hilfsaktion sowie ausreichende Pflegesätze die bewilligt und tatsächlich bezahlt würden.

Kinderpflegesätze

Als besonders dringendes Problem im Rahmen der Pflegesatzgestaltung wird die Regelung der Kinderpflegesätze betont. Die Kinderheilkunde war zu einem Spezialfach geworden und die Kosten eines Kinderpflegetales blieben hinter denen für Erwachsene nicht mehr zurück. Hier wurde in einer Denkschrift an die Ministerien, die Preisbildungsstellen und Krankenhausgesellschaften sowie in der „Anstalts-Umschau“ veröffentlicht eine Angleichung gefordert. Dies offenbar sogar mit einigem Erfolg.

Ambulante Behandlungen

Festgestellt wurde, dass es unverantwortlich sei, die Krankenhäuser in ihrer ambulanten Tätigkeit zu beschneiden. Es ging dabei u.a. um die Behandlung von Kassenpatienten. Auch ihnen sollte in schwierigen Fällen die beste Versorgung ermöglicht werden. Gefordert wurde daher auch die Beteiligung der leitenden Krankenhausärzte an der kassenärztlichen Versorgung.

Nebenkosten

Anfang der fünfziger Jahre wurde die Berechnung der Nebenkosten für stationäre und ambulante Behandlungen zu einer wichtigen Frage. Während die Pflegesätze eine gewisse Einheitlichkeit hatten, war das bei den Nebenkosten nicht der Fall.

Einsparungen

Auch Einsparungen beim Wasser-, Strom- und Gasverbrauch als wichtigen Kostenfaktoren widmete die Fachvereinigung große Aufmerksamkeit.

Personalfragen

Personalfragen waren ein riesiges Thema von Beginn an. Sie wurden der Natur des Betriebes nach als besonders wichtig betrachtet. Berufspolitische Fragen, vor allem des Schwesterndienstes, wurden schon nach dem ersten Weltkrieg erörtert. Dabei ging es auch um erhöhte Anforderungen an die Pflege durch weiterentwickelte und neue Behandlungsmethoden, aber ebenso um Nachwuchsprobleme und Besoldung, die Arbeitszeit, die Beschaffung von Wohnraum und die Stellung der Oberin.

Aus- und Fortbildung der Verwaltung

Und schließlich beschäftigte sich die Fachvereinigung intensiv mit der Aus- und Fortbildung der leitenden Verwaltungsbeamten. Es fanden entsprechende Kurse statt und es wurde u.a. ein Lehrbuch „Krankenhaus-Betriebslehre“ verfasst. Der erste Fortbildungslehrgang fand 1939 statt. Die ersten Lehrgänge nach dem Krieg starteten dann wieder 1952 sowie ein Jahr später ein Nachwuchslehrgang.

Studienstiftung
gegründet

1955

Ein Schwerpunkt der Satzung war die **Schulungsarbeit**. Die Anforderungen an die Verwaltungsleiter wuchsen ständig, daher bekam die Schulungsarbeit immer mehr Gewicht – mit allen organisatorischen Folgen. Hinzu kamen **Zusammenarbeit mit anderen Verbänden des Krankenhauswesens**, wie es damals hieß, die Nachfrage als sachverständige Organisation vor gesetzgeberischen Maßnahmen – all das führte zu der Überlegung, dafür eine eigene Organisation zu schaffen, zu der natürlich engste rechtliche und personelle Bindungen bestehen sollten.

Am 23. Juli 1955 wurde in Düsseldorf die **Studienstiftung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten e.V.** gegründet. Sie hatte die Aufgabe, sich speziell der Aus- und Fortbildung im Wirtschafts- und Verwaltungsbereich der Krankenhäuser anzunehmen, u.a. durch Herausgabe von Lehr- und Schulungsmaterial, Durchführung von Lehrgängen und Vortragsveranstaltungen, Veranstaltung von Studienreisen, Unterstützung wissenschaftlicher Forschungsarbeiten u.a.m. Die Mitgliedschaft stand allen natürlichen und juristischen Personen offen, die sich für die Ziele des Vereins einsetzten. Es sollte einen klar umrissenen und eng begrenzten Aufgabenbereich geben, der von der Fachvereinigung ideell und materiell getragen sein sollte. Alle Mitglieder der Fachvereinigung erhielten die Veröffentlichungen der Studienstiftung kostenlos.

Dem Vorstand der Studienstiftung gehörten überwiegend Mitglieder an, die zugleich ein Vorstandsamt in der Fachvereinigung innehatten.

1960

Wachsende
Herausforderungen

Medizinischer Fortschritt und auch **steigende Bevölkerungszahlen** führten in den sechziger Jahren zu **Problemen** für vor allem kleine Krankenhäuser. Insbesondere hier fehlten Fachärzte und insgesamt Fachpersonal. Die Häuser waren zwar ausgelastet, erwirtschafteten aber dennoch Defizite. Durch die Gebietsreformen in den alten Bundesländern, von denen auch Krankenhäuser betroffen waren, wurden kleine Häuser geschlossen oder mit größeren Kliniken zusammengelegt. In den 1990er Jahren kam es auch zu Gebietsreformen in den neuen Bundesländern – ebenfalls mit Folgen für vor allem kleinere Häuser.



→ Ein für Krankenhäuser entwickelter Elektroroller

1970

Ungeklärte finanzielle Situation

1969



Der Bund wird aktiv

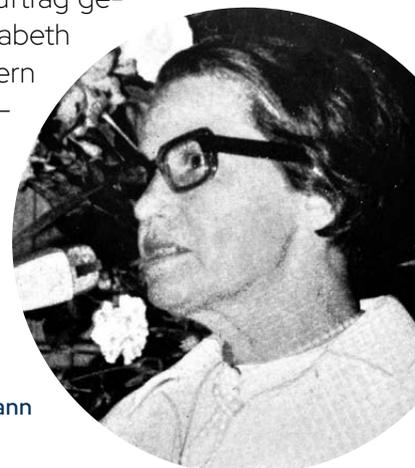
Änderung des Grundgesetzes: Die **Krankenhausversorgung** wird zur **Gemeinschaftsaufgabe** erklärt. Damit erhielt der Bund eine Gesetzgebungskompetenz für die Krankenhauswirtschaft konkurrierend zu den Ländern. Daraus resultierte 1972 das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze.

Walter Jung, Vorsitzender der Fachvereinigung, kritisierte u.a. in der Jahrestagung 1970 in Hamburg die seit 16 Jahren **ungeklärte finanzielle Lage der Krankenhäuser** sowie die in diesem Zusammenhang erfolgten – oder besser nicht erfolgten – Reformbestrebungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Der politische Wille der Sozialpolitiker müsse nun auch in gute Taten umgesetzt werden. Aus der politischen Formel sollten ökonomische Fakten werden. Auch wenn diese Formel nicht der Weisheit letzter Schluss wäre – die Krankenhäuser seien ja schon mit dem vorletzten Schluss zufrieden, wenn er denn von der Bundesregierung käme und erkennen ließe, dass im Rahmen des sozial Vertretbaren gehandelt werden könne.

Das Thema **Digitalisierung** sprach Senator Dr. H. J. Seeler, Präses der Hamburger Gesundheitsbehörde, an. Die Erkenntnisse moderner Betriebsführung müssten auf das Krankenhaus übertragen werden. Dazu gehöre auch der Einsatz der elektronischen Datenverarbeitung. Man solle aber deren Möglichkeiten nicht überschätzen, warnte er.

Die Fachvereinigung hatte zum Image der Krankenhäuser in diesem Jahr auch eine Studie beim Institut für Demoskopie Allensbach in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse Dr. Elisabeth Noelle-Neumann den Teilnehmern der Tagung vorstellte. Das Krankenhaus besitze ein starkes psychologisches Kapital in der Öffentlichkeit und dies ohne jeden Unterschied der sozialen Schichten.

→ Dr. Elisabeth Noelle-Neumann





→ Mitgliederversammlung 1972

1972

Diskussionen um das neue Krankenhausfinanzierungsgesetz

Das *Krankenhausfinanzierungsgesetz*, das am 1. Januar 1972 in Kraft trat, stellte neben der bundesweiten Planung auch die Finanzierung der Krankenhäuser auf eine neue Grundlage. Ministerialrat Herbert Harsdorf aus dem Gesundheitsministerium in Bonn erklärte gegenüber den Teilnehmern der Jahrestagung vom 7. bis 9. Juni in Essen: Man müsse sich klar vor Augen halten, dass die **finanziellen Mittel** für die Erfüllung der zukünftigen Aufgaben des Gesundheitswesens – selbst bei Einräumung der höchsten Priorität, was noch längst nicht der Fall sei – immer **begrenzt** bleiben würden. Kernpunkt des neuen Gesetzes sei die allmähliche Harmonisierung der vorhandenen und künftig zu bauenden Krankenhäuser im Rahmen eines bedarfsgerecht gegliederten Systems.

1973

Start der dualen Krankenhausfinanzierung

Wesentlicher Grundsatz des neuen *Krankenhausfinanzierungsgesetzes* waren Regelungen zu den **Investitionskosten** durch Bund, Länder und Kommunen. Die Kosten für den Krankenhausbetrieb einschließlich der Kosten für Instandhaltung, allerdings ohne Abschreibungen und Verzinsungen, sollten nun die Patienten bzw. deren Krankenkassen tragen. Das war die duale Krankenhausfinanzierung, die die von der Fachvereinigung nicht unbedingt positiv aufgenommen wurde. Zwar war damit die Deckung der Betriebskosten verbunden, aber Planungsentscheidungen traf der Staat. Die monistische Finanzierung spielte daher in Tagungen und Vorträgen der Fachvereinigung immer wieder eine Rolle.

Es zeigte sich zudem, dass die Kostenentwicklung des Krankenhausbetriebs und damit auch der Pflegesätze weiterhin nach oben zeigte. Modifizierungen folgten – ohne großen Erfolg. Der Staat kam zudem seinem Auftrag, sich an der Investitionsfinanzierung zu beteiligen, schon damals nur ungenügend nach.



→ 1974: Landesministerin Annemarie Griesinger überreicht Walter Jung das ihm vom Bundespräsidenten verliehene Bundesverdienstkreuz

Abwehrkämpfe

1978 stand eine **Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes** an, die bei der Fachvereinigung die Sorge auslöste, dass die Selbstkostendeckung faktisch aufgegeben werden sollte. Dr. Hubertus Müller, später Vorsitzender der Fachvereinigung, warnte, dass die Betroffenen – also auch die Krankenhäuser – wie bereits in der Vergangenheit praktiziert, nicht beteiligt seien. Die Entwicklung der letzten Jahre habe gezeigt, dass jede Veränderung der gesetzlichen Grundlagen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, wie es auch der vorliegende Gesetzentwurf wieder zeige, zu Lasten der Krankenhäuser gehe. Sie würden damit in eine fast permanente Abwehrstellung gedrängt. Im Bundesrat werde sich zeigen, ob die Länder weiterhin bereit sein würden, auch bei geringfügigen Zugeständnissen an Krankenträger und Krankenkassen im Bereich der Bedarfsplanung den Anspruch der **Krankenhäuser** auf Selbstkostendeckung zu verteidigen. Diese würden schließlich dafür wie kein anderer Leistungsträger im Gesundheitswesen **Einschränkungen** ihrer Entscheidungsspielräume hinnehmen müssen.

1978



→ 1976: Diskussion über das Problem der Ausbildungsstätten im Krankenhaus, auf dem Podium von links: Ltd. Ministerialrat Dr. Femmer, Oberin von Amann, Direktor Kihm (Gesprächsleiter) und Dr. Fricke

Über die Stellung des Verwaltungsleiters

1980

Auf ihrer **63. Jahrestagung** 1980 in Nürnberg stellte der Gesamtvorstand ein Papier zur Stellung des Leiters der Verwaltung des Krankenhauses vor. Darin heißt es u.a.:

„Das **Krankenhaus** ist ein kompliziertes und spezialisiertes Unternehmen besonderer Art mit einem differenzierten Leistungsangebot. Seine Dienstleistungen sind im Rahmen der Daseinsvorsorge für die Gesellschaft auf die **individuellen Bedürfnisse kranker Menschen** ausgerichtet. Die humanitäre Zielsetzung hat Vorrang in der erforderlichen Anwendung betriebswirtschaftlicher Grundsätze. Diese Grundsätze verlangen **Eigenständigkeit, Eigenverantwortung** und ein entsprechendes Maß an organisatorischer und wirtschaftlicher Selbstständigkeit der Krankenhausleitung. Hierzu bedarf die Krankenhausleitung der Ausstattung mit weitreichenden Befugnissen...“ Und weiter: „Aufgaben und Funktion des Leiters der Verwaltung verpflichten den Träger zu einer entsprechenden Wertung dieser Stellung.“



→ FAB 1974: Modenschau – Schwesterntrachten im Wandel der Zeiten



→ 1978: Informationsstand der Interhospital beim Deutschen Krankenhaustag

Denkanstoß zur Monistik

Nachgedacht wurde in der Fachvereinigung immer wieder über andere **Finanzierungsformen** und ein Denkanstoß Richtung **Finanzierung aus einer Hand** – die Monistik – wurde der Öffentlichkeit vorgestellt. Die Diskussion darüber begleitete den Verband über viele Jahre.



Der Begriff **Monistik** bezeichnet im Gesundheitswesen die Finanzierung der Krankenhäuser aus einer Hand. Nach diesem Prinzip der Krankenhausfinanzierung liegt die Entscheidungs- und Finanzierungsverantwortung für Investitions- und laufende Betriebskosten der Krankenhäuser allein bei den Kostenträgern (Krankenkassen).



1981



Stellungnahmen verhinderten manche nachteilige Formulierung

Die Fachvereinigung nahm Stellung zur **Novellierung der Krankenhausgesetzgebung** und beteiligte sich auch an den Diskussionen zur **Novellierung der Bundespflegesatzverordnung**. Wenn auch nicht in allen Fällen die Argumente berücksichtigt wurden, habe man in vielen Fällen denkbar **nachteilige Gesetzesformulierungen** verhindern können, so das Fazit. Es sei allerdings kennzeichnend für die Arbeit der Fachvereinigung, dass durch alle Überlegungen das zentrale Anliegen **„Krankenhausfinanzierung“** durchschlage. Die Zukunft werde zeigen, so die Meinung, ob die Befürchtungen, dass auch die Novelle die vorhandene Unterdeckung der Krankenhauskosten noch stärker zunehmen werde.

„Die wirtschaftliche Bedeutung des Krankenhauses“ stellte die Fachvereinigung dann in der 64. Jahrestagung heraus. Es gehe nicht nur um Kostendämpfung. Das Krankenhaus stelle auch ein beachtliches Wirtschaftspotenzial dar.

1982



Investitionsfinanzierung nur noch durch die Länder

Das **Krankenhaus-Neuordnungsgesetz** verpflichtete nun ausschließlich die **Länder** zur Förderung der Krankenhausinvestitionen. Die geänderte **Bundespflegesatzverordnung** legte fest, dass primär die Krankenhäuser und die Kostenträger die Pflegesätze festlegen sollten. Viele Fachbroschüren des VKD beschäftigten sich mit diesen Fragen ebenso wie zahlreiche praxisbezogene Vorträge, u.a. zur Krankenhausfinanzierung und zur Novellierung der Pflegesatzverordnung und deren Auswirkungen.

1984

1989

Erneute Namensänderung

Im Jahr 1989 beschloss die Mitgliederversammlung erneut eine **Namensänderung – Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD)**. Ziel war eine klare Identifizierung des Verbandes in der Öffentlichkeit. Gleichzeitig sollte sie die Aufgaben und Tätigkeiten wirklichkeitsnah erfassen sowie die künftige Entwicklung des Krankenhausbetriebs und die sich daraus ergebenden Anforderungen an das Krankenhausmanagement verdeutlichen. Die Entwicklung des Krankenhauses, die dabei zu bewältigenden Probleme der Kapazitätsplanung und der Personalwirtschaft bei begrenzten Mitteln ließen sich nicht durch bloßes Verwalten lösen.

„Die Krankenhausverwaltung geht den Weg zum Unternehmertum“ heißt es dann in der Festschrift zum **neunzigjährigen Jubiläum** des Verbandes 1993.



→ Fall der Berliner Mauer 1989

Hauptstadtbeschluss des Deutschen Bundestags

1991

Am 20. Juni 1991 beschloss der *Deutsche Bundestag*, seinen Sitz von *Bonn nach Berlin* zu verlegen. 1994 folgte das Gesetz zur Umsetzung dieses Beschlusses. Kurz zuvor hatte die Bundesregierung festgelegt, dass sie bis zum Jahr 2000 nach Berlin umziehen werde. In der parlamentarischen Sommerpause 1999 zog der Bundestag dann nach Berlin um. Auch die Bundesregierung nahm 1999 offiziell ihre Arbeit in Berlin auf. Der Bundesrat zog ein Jahr später nach.

In der Folge packten auch viele Verbände aus dem Gesundheitsbereich die Umzugswagen.

1993

Gründung der AKM

Am 7. April 1993 wurde in Ingolstadt die *Akademie für Krankenhausmanagement (AKM)* gegründet. Die Weiterbildung zum „*Krankenhausbetriebswirt*“ fand in Ingolstadt in Zusammenarbeit mit der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät Ingolstadt der Katholischen Universität Eichstätt und der Fakultät für Wirtschafts- und Organisationswissenschaften der Universität der Bundeswehr München berufsbegleitend statt. Ab 1996 unterhielt die AKM eine weitere *Weiterbildungsstätte* in Osnabrück in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Osnabrück, Fachbereich Wirtschaft, Studiengang Betriebswirtschaft in Einrichtungen des Gesundheitswesens (BIG) – dem ersten dieser Ausrichtung in Deutschland.

Die Ausbildung dauerte sechs Semester. Traditionell vergab der VKD anlässlich der jeweiligen Diplomabschlussfeier einen Preis für die beste Diplomarbeit des Jahrgangs.

Träger der AKM waren die Akademie für Krankenhaus-Management unter Beteiligung des VKD und die Bayerische Krankenhausgesellschaft.



→ Geschäftsführender Vorstand, 1993



→ „100 Jahre VKD“ Festakt am 5. Juli 2003
in Schloss Albrechtsberg

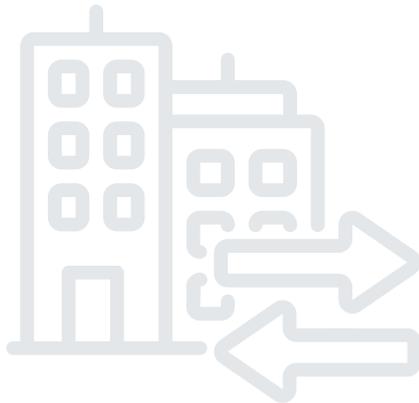


Gemeinsame IT-Projekte für die Praxis

2006

2000

Umzug der VKD-Geschäftsstelle nach Berlin



Der VKD war sicher einer der ersten Verbände aus dem Gesundheitswesen, die hier ihre **neue Geschäftsstelle** einrichteten – in der Mitte der Hauptstadt mit kurzen Wegen zum Regierungs- und Parlamentsviertel sowie zu anderen Verbänden und Organisationen. Das für den Verband gekaufte neue Domizil hatte außerdem mehr Platz als die alte – vorige Geschäftsstelle in Mülheim an der Ruhr – für Treffen der Gremien, für Projektbeteiligte, für die Jury des Golden Helix Award (s.u.) oder auch Journalisten der Hauptstadtmedien und für Gespräche mit Vertretern anderer Verbände und Organisationen.

Ein Umzug, der mit Bravour von Geschäftsführerin Gabriele Kirchner und den Mitarbeitern der Geschäftsstelle bewältigt wurde.

2006 wurde die **Entscheiderfabrik** unter maßgeblicher Beteiligung des VKD gegründet. Die ersten Projekte wurden 2008 bearbeitet. Es ging um Geschäfts- und Preismodelle, IT-Konsolidierung, Personalentwicklung, Pflichtenhefte und Schnittstellenprobleme. Seitdem arbeiten in jedem Jahr Krankenhäuser gemeinsam mit IT-Unternehmen und Beratern Lösungen für aktuelle digitale Herausforderungen. Im Jahr 2023 arbeiten im nunmehr im 17. Jahr der Entscheiderfabrik erneut Projektgruppen wieder an den fünf zum Jahresanfang auf dem Entscheider-Event in Düsseldorf definierten Schlüsselthemen.

Auch wenn die Entscheiderfabrik inzwischen deutlich verändert ist und auf neue Bereiche, etwa Fort- und Ausbildungen erweitert wurde, ist das Prozedere der ursprünglichen Initiative geblieben: Der Entscheider-Zyklus besteht aus der Wahl der **IT-Schlüsselthemen des jeweiligen Jahres**, der Ausarbeitung der IT-Schlüsselthemen in den Projektgruppen und in einem Sommer-Camp, sowie einer Ergebnis-Veranstaltung mit Präsentation der Projektergebnisse, die auch anderen interessierten Kliniken zur Verfügung stehen, im Rahmen des Deutschen Krankenhaustages im November in Düsseldorf. Vom Start der Entscheiderfabrik an fordert der VKD aber auch eine staatliche Finanzierung für die Digitalisierung der Krankenhäuser. Die Politik habe mit dem Krankenhauszukunftsgesetz die Tür zur Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft endlich aufgestoßen, so VKD-Präsident Dr. Josef Düllings. Die Pandemie habe noch einmal besonders nachdrücklich gezeigt, welcher Nachholbedarf hier bestehe.

2007

2009

Positionen für die Nachkonvergenz der DRGs

In der Mitgliederversammlung des VKD im Rahmen des 30. Deutschen Krankenhaustages vom 14. bis 17. November machte VKD-Präsident Heinz Kölking die Positionen des Verbandes für die **Nachkonvergenz** deutlich. Er betonte, dass die Zusammenarbeit mit anderen Verbänden der Gesundheitsbranche gut sei, die Positionierung gegenüber der Gesundheitspolitik im Bund gestalte sich aber schwierig. Die Zeiten für die Krankenhäuser seien schwer. Für die Mitarbeiter drücke sich **hohe Produktivität** in immer **stärkerer Leistungsdichte** aus. Sie stünden zwischen Qualität und Effizienzdruck. Angesichts der Diskussion um die Zeit nach der DRG-Konvergenz bekräftigte er das Nein des VKD zum Preiswettbewerb. Die Länder sollten in der Verantwortung für die Sicherstellung und die Krankenhausplanung bleiben, letztere allerdings als Rahmenplanung. Monistische Finanzierung sei zwar vorstellbar, aber nur zu klar definierten Bedingungen.

Im Ergebnis einer Mitgliederbefragung wurde ein Relaunch des Internetauftritts geplant. Die Arbeit von Vorstand und Präsidium sollte für die Mitglieder transparenter, die Fort- und Weiterbildung intensiviert werden.

Nach der Bundestagswahl Aufgabenstau

Nach der **Bundestagswahl** am 27. September sah sich die neue Regierungskoalition aus CDU/CSU und FDP mit einem erheblichen **Aufgabenstau im Gesundheitswesen** konfrontiert. Noch immer gab es die geplante einheitliche Telematikinfrastruktur nicht. Noch immer wurde die elektronische Gesundheitskarte nur erprobt. Selektivverträge und ergebnisorientierte Vergütung sollten eigentlich bereits Praxis sein. Das **Präventionsgesetz war gescheitert** und brauchte daher eine Neuauflage. Veränderungen sollte es auch für die Rehabilitation geben, die unter dem Preisdiktat der Krankenkassen litt.

Der VKD forderte, dass der Erhalt und **Ausbau von Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität** gesetzlich festgeschrieben werden, womit dann auch eine ausreichende finanzielle Ausstattung durch die Krankenkassen verbunden wäre. Gefordert wurden auch eine **leistungsorientierte Vergütung** für stationäre und ambulante Behandlungen sowie Planungssicherheit, Sicherheit für die Investitionsfinanzierung und **Anhebung der Investitionsquote** auf mehr als zehn Prozent.





→ Praxisberichte von 2014

2014

Treffpunkt der europäischen Krankenhauswelt in Berlin

Vom 11. bis 13. September 2014 fand in Berlin der **25. Kongress der Europäischen Vereinigung der Krankenhausdirektoren (EVKM)** statt. „Gesundheitswirtschaft – unsere Verantwortung für die Menschen“ war das Generalthema. Heinz Kölking, Präsident der EVKD, erklärte u.a. „Die Unterschiede in den Gesundheitssystemen zeigen uns, wie Herausforderungen auf andere Weise erfolgreich gelöst werden können. Was können wir in Deutschland zum Beispiel aus den Versorgungsstrukturen der skandinavischen Länder für die künftige Versorgung ländlicher Regionen lernen? Wie lässt sich Qualität tatsächlich vergleichen und fair finanzieren? Das ist nicht nur für Deutschland ein Thema, sondern spielt auch eine Rolle für die Patientenmobilität in Europa.“ Organisiert hat diesen großen Kongress – wie auch den 20 Jahre zuvor in Berlin – die Geschäftsstelle des VKD.

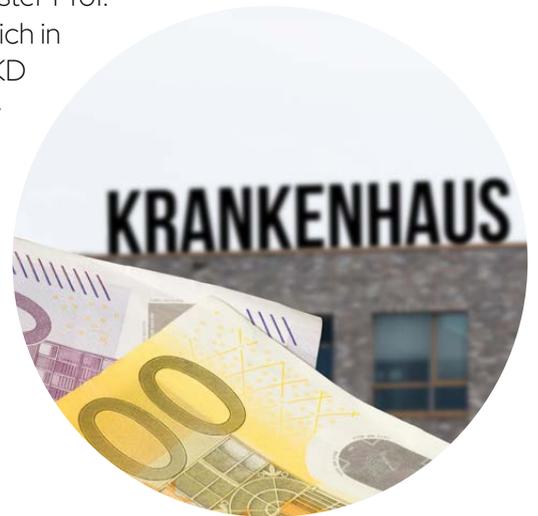
In 2014 feierte die **Arbeitsgruppe Psychiatrie** in der EVKD ihr **25. Jubiläum**. Am 20. Oktober 1989 war sie in Deutschland gegründet worden – Startpunkt für eine intensive Zusammenarbeit.



→ EVKM-Kongress 2014
links: Heinz Kölking

Reformvorschläge der Expertenkommission

Ende des Jahres 2022 hat die im Mai eingesetzte Expertenkommission für eine Krankenhausreform ihre Vorschläge vorgelegt. Die Reform soll danach **erhebliche Veränderungen in der Finanzierung der Krankenhäuser** bringen sowie **Versorgungsstrukturen nachhaltig verändern**. Die von Bundesgesundheitsminister Prof. Lauterbach angekündigte Abschaffung der DRGs fand sich in den Vorschlägen nicht. Allerdings wird eine, wie vom VKD mehrfach vorgeschlagene leistungsunabhängige Vorhaltefinanzierung vorgeschlagen. Strukturell geht die Kommission von Klinikleveln und Leistungsgruppen aus. Ungeachtet der Kommissionsvorschläge forderte der VKD, zunächst die **Krankenhäuser finanziell zu stabilisieren**. Eine solche Reform könne nicht aus einer akuten Krise heraus starten.



2022

Jahr einer neuen großen Krankenhausreform

2023

Der VKD forderte, dass angesichts der angestrebten komplexen Veränderungen innerhalb und außerhalb der Krankenhäuser sowie der Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung insgesamt, die **praktischen Erfahrungen in den Krankenhäusern** berücksichtigt werden. Ohne sie werde es nicht zu einer gelingenden Umsetzung kommen. Für die anschließenden Systemmängel, mit denen alle Beteiligten – insbesondere die Patienten – leben müssten, könnten dann nicht die Kliniken verantwortlich gemacht werden.

Eine Auswirkungsanalyse im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft hatte zudem erheblichen **Änderungsbedarf** gezeigt, wenn das Ziel der Reform – die zukunftsfeste Gesundheitsversorgung – tatsächlich erreicht werden soll. Auch die Bundesländer sahen erheblichen Änderungsbedarf, verwahrten sich gegen die vorgesehenen Eingriffe in die Krankenhausplanung und forderten schon bei den ersten Terminen der Bund-Länder-Gruppe eine Vielzahl von Öffnungsklauseln und Ausnahmeregelungen. Nach weiteren Abstimmungsrunden – endlich dann auch mit Verbänden und deren Praxisvertretern – sollten bis zum Sommer dann Eckpunkte für ein Reformgesetz veröffentlicht werden.

Das Thema Krankenhausreform beschäftigte natürlich auch die Teilnehmer der Jahrestagung am 5. und 6. Juli in Dresden. Gleichzeitig feierten sie aber auch das **120. Verbandsjubiläum**.

2013 – 2022

Jahrestagungen und ihre Themen

Wie in einem Brennglas dokumentieren die Themen der Jahrestagungen in den vergangenen Jahren die Vielzahl der Herausforderungen und Probleme, mit denen die Mitglieder des VKD konfrontiert waren. Hier seien die Themen der letzten Jahre nur kurz angerissen. Oft ging es trotz der zum Teil heftigen gesundheitspolitischen Regelungsfut immer wieder um jene Probleme, die in der gesetzlichen Umsetzung dann wiederum zu neuen Problemen führten.

25. und 26. April 2013 in Dresden

Jahr einer Bundestagswahl – Themen waren die Erwartungen an die künftige Bundespolitik, die Finanzierung der Krankenhäuser, die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen, Leistungsentwicklung mit Augenmaß, zunehmender Fachkräftemangel und das Image der Krankenhäuser. VKD-Präsident Dr. Josef Düllings: „Für die Krankenhäuser spielt es keine Rolle, ob nun der Bund oder aber die Länder die gesundheitspolitischen Hausaufgaben machen. Hauptsache sie werden erledigt.“

11. bis 13. September 2014 in Berlin

Es ging vorrangig um die beiden Schwerpunkte Qualität und Finanzierung. „Die Forderung der Regierungskoalition an die Kliniken, beste Qualität zu liefern benötigt nicht nur eine Präzisierung, sondern auch eine finanzielle Basis“, so VKD-Präsident Dr. Josef Düllings. Es sei enttäuschend, dass sich in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe in Bezug auf die Investitionsfinanzierung beide Seiten den „schwarzen Peter“ zuschoben.

20. April 2015 in Rostock-Warnemünde

Eine neue Krankenhausreform war angekündigt. Der VKD kritisierte in seinen Positionen dazu die widersprüchlichen Regelungen zwischen Markt und Wettbewerb. Der Gesetzgeber müsse sich hier entscheiden, ob er ein Marktsystem oder ein Versorgungssystem wolle. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe habe keine Lösung für die Investitionsfinanzierung gefunden. Der VKD erwarte, dass zumindest der vorgesehene Strukturentwicklungsfonds nicht nur als Schließungshilfe für Kliniken vorgesehen sei, so VKD-Pressesprecher Dr. Falko Milski.

28. und 29. Juni 2016 in Weimar

„Hospital 4.0 – was kommt auf die Krankenhäuser zu“ war das Generalthema in Weimar. Kritisiert wurde die schleppende Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes, die u.a. dazu geführt habe, dass die für das erste Jahr nach Inkrafttreten vorgesehenen Beiträge nicht bei den Kliniken ankamen. Dagegen gab es eine Geldspritze für die Krankenkassen. In der ambulanten Notfallversorgung liege die Hauptlast auf den Krankenhäusern, ohne dass das Geld der Leistung folge. Eine Forderung war, die digitale Infrastruktur der Gesundheitsversorgung müsse öffentliche Aufgabe sein. Streitpunkt war außerdem das geplante Pflegeberufe-Reformgesetz.

8. und 9. Mai 2017 in Würzburg

Das Generalthema: „Zukunftslabor Krankenhaus“. Die Frage: Welche Lösungen gibt es für die aktuellen Probleme? Die Regierungskoalition habe im Koalitionsvertrag eine flächendeckende Sicherung der wohnortnahen Versorgung formuliert. Dieses Ziel sei aber

immer wieder konterkariert worden, u.a., weil wichtige Detailregelungen von Gesetzen dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen wurden, der diese Aufträge häufig verzögert oder verfremdet hätte, so VKD-Präsident Dr. Josef Düllings. Forderungen des VKD: Reform des G-BA, der MDK muss eine neutrale Instanz werden, Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung muss den Krankenhäusern übertragen werden. Der Strukturwandel und Digitalisierung brauchen eine Investitionsoffensive.

3. und 4. Mai 2018 in Lübeck

Die Kernfrage: Wie viel Wandel braucht das Krankenhaus? Hier erklärte Dr. Thomas Gebhart, Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium: In der Pflege sei der Anfang für Verbesserungen mit dem Pflegestellenförderprogramm gemacht, die Pflegepersonal-Untergrenzen in den pflegeintensiven Bereichen gehörten dazu und würden definitiv auf alle bettenführenden Bereiche ausgeweitet, dem Sofortprogramm Pflege würden weitere Maßnahmen folgen. Der Krankenhaus-Strukturfonds habe sich bewährt und werde weitergeführt. Die Digitalisierung werde mit Hochdruck angegangen. Ziele seien Ausbau der Telematikinfrastruktur und Einführung der elektronischen Patientenakte. Die Krankenhauslandschaft brauche Strukturwandel und Standortkonzentrationen. Dr. Düllings verwies auf die wachsende Zahl von Kliniken in roten Zahlen.

9. und 10. Mai 2019 in Berlin

„Krankenhauspolitik – rasanter Start – und wie geht es weiter?“ war das Thema. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn kam und hatte den Referentenentwurf für eine MDK-Reform im Gepäck. Die Abkopplung des MDK von den Krankenkassen war vom VKD immer wieder gefordert worden. Spahn bezeichnete den Mangel an Pflegekräften als aktuelles Megathema, er mache dafür aber nicht den Geschäftsführern einen Vorwurf, sondern dem System und beklagte die mangelnden Investitionsmittel durch die Länder. Die Debatte um Mindestmengen solle noch einmal intensiver

geführt werden. Noch immer auf der Tagesordnung stehe die Notfallversorgung.

2020, das erste Jahr der Pandemie

In diesem Jahr musste die Jahrestagung und auch die Mitgliederversammlung auf Grund der Corona-Pandemie ausfallen. VKD-Präsident Dr. Josef Düllings schrieb in seinem Editorial für den Geschäftsbericht: „Es war ein Jahr, in dem die Krankenhäuser gefühlt ständig im Fokus der Öffentlichkeit, der Medien und der Politik standen. Es hat den Bürgern dieses Landes angesichts der Herausforderungen durch die Pandemie auch deutlich vor Augen geführt, wie wertvoll die Krankenhäuser aller Größenordnungen für die Sicherheit des Landes und jedes Einzelnen sind.“ Dieses erste Jahr der Pandemie habe größte Kraftanstrengungen von den Mitgliedern des VKD und von der Geschäftsstelle, höchste Flexibilität und Nervenkraft gefordert. Die Verbandsarbeit musste unter Corona-Bedingungen anders organisiert werden, Veranstaltungen mussten abgesagt oder verschoben werden, die Gremien tagten per Video-Stream oder in Telefonkonferenzen.

26. und 27. April 2021 per Video-Stream

500 Mitglieder waren digital dabei, als es um die Frage ging, wie die Zukunft der Gesundheitsversorgung organisiert werden sollte. „Sektorenübergreifend – oder wie viel Krankenhaus braucht das Land?“ war das Generalthema. Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken und Pflegeheime zeigten in der Pandemie, wie wichtig eine funktionierende medizinische und pflegerische Infrastruktur für ein Land ist. Es habe sich aber auch gezeigt, was in der Gesundheitspolitik in den vergangenen Jahren versäumt worden sei, so Dr. Düllings – Defizite, die durch jahrelanges stetiges Verschieben wichtiger gesundheitspolitischer Entscheidungen entstanden seien. In der Krankenhausfinanzierung müsse es einen Neustart geben – einschließlich der Investitionsfinanzierung. Strukturreformen seien notwendig, aber sinnvoll gesteuert und finanziert. Vernetzung funktioniere ohne Digitalisierung nicht. Ambulant im Krankenhaus – ebenfalls notwendig –

benötige aber eine entsprechende Infrastruktur. Kritisiert wurde, dass die Krankenkassen das Ziel des Pflegebudgets bereits konterkarierten, dass Gesetze und Verordnungen oft praxisfern seien.

25. und 26. April 2022 in Leipzig live und per Videostream

Das Generalthema „Geimpft, Genesen, Geschlossen!“ dokumentierte, wie sehr die aktuelle wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser, Rehakliniken und Altenpflegeeinrichtungen die Geschäftsführungen bewegte. Die Leistungen der vergangenen Jahre waren für die Belegschaften und Führungskräfte absolut herausfordernd. Es wurden dennoch Einrichtungen in dieser Zeit geschlossen, neue Schließungen

waren bereits angekündigt. Zugeschaltet war Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach, der nach dem Eindruck der Teilnehmer die notwendigen neuen Hilfen nicht zusagen wollte. Er kündigte allerdings Reformen an sowie eine Expertenkommission, die hier Eckpunkte erarbeiten sollte. Auf die immer wieder problematischen Fragen zum Pflegebudget und zur Investitionsfinanzierung gab es keine Antworten. Kerstin Ganskopf, Vorsitzende der Landesgruppe Nord, forderte eine stabile Finanzierung für die Krankenhäuser und Entscheidungen sofort. Die Reaktion des Ministers: Verweis auf Krise, Kosten, angespannten Bundeshaushalt, Pandemie. Dr. Düllings forderte zum wiederholten Mal einen Rettungsschirm für die Einrichtungen.

Wichtige Projekte aus den vergangenen Jahren des VKD



Herausforderungen, denen sich die Krankenhäuser über all die Jahre immer wieder stellen mussten, forderten natürlich auch den VKD als den Verband des kaufmännischen Managements. Sehr frühzeitig wurden Probleme erkannt, wurden Lösungen gesucht, wurden Anstöße für die Bewältigung von wichtigen Zukunftsfragen gegeben – häufig durch Projekte, die vom Verband angestoßen wurden oder an denen er sich federführend beteiligte. Einige sollen hier beispielhaft genannt sein:

Finanzierungssysteme im Wandel – wesentliche Themen des VKD

Krankenhausgesetzgebung und Krankenhausfinanzierung waren im Grunde von der Gründung an wesentliche Themen der Fachvereinigung. Die Gesetzgebung wurde kritisch begleitet, der Sachverstand der Praktiker re-

gelmäßig in Gesetzgebungsverfahren eingebracht. Gesetzgebung, Finanzierung, Krankenhausgeschäftsführung waren regelmäßig wesentliche Themen in Jahrestagungen, Fort- und Weiterbildung.

So wurde 1972 die duale Krankenhausfinanzierung als einschneidende Zäsur betrachtet, die zu einem schwerwiegenden Autonomieverlust geführt habe. Die Vereinigung warnte 1971 eindringlich vor den negativen Folgen. Die Einschätzung im 80. Jahr des Bestehens: Die gesamtwirtschaftliche Entwicklung des Krankenhauswesens habe diese Prognose eindringlich bestätigt.

Hinzu kam, dass den Krankenhäusern ein öffentlich-rechtlicher Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung der Patienten auferlegt wurde. Konstatiert wurde: „...dass politische Kräfte offenbar außerstande sind, die nachteiligen Folgen planwirtschaftlichen Vor-



oben v.l.: Dr. Falko Milski, Dr. Josef Düllings, Jens Spahn und Dr. Gerald Gaß; unten l: Impressionen der 62. VKD-Jahrestagung 2019; unten r: Dr. Josef Düllings erläutert in der GDK-Presskonferenz die Positionen des VKD

gehens voll zu überblicken.“ Hingewiesen wurde auch auf den weit verbreiteten Irrtum in der Öffentlichkeit, dass die Krankenhäuser für ihre Leistungen den notwendigen Preis erhalten würden. Tatsächlich erhielten sie nur eine Kostenerstattung, für die besondere Grundsätze entwickelt worden seien. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 sollte Möglichkeiten zur Verbesserung der Krankenhausfinanzierung eröffnen. Das ist nicht gelungen. Die duale Finanzierung habe zu keiner Lösung geführt. Die öffentlichen Finanzen seien nicht tragfähig. Wörtlich in der Jubiläumsschrift von

1983: „Finanzierungsprobleme des Krankenhauses lassen sich auch 1983 nicht dadurch lösen, dass man mit Etiketten aus dem Bereich der Wirtschaftswissenschaften die Lächer der öffentlichen Finanzierung zu überdecken versucht.“

In den folgenden Jahren waren die Krankenhäuser immer wieder mit neuen Gesetzen und Regelungen konfrontiert, die sie umzusetzen hatten. Als Beispiel sei hier nur die Bundespflegesatzverordnung von 1995 genannt, die für die Chirurgie Fallpauschalen und Sonder-

entgelte einführt. Das war dann bereits ein Wechsel in eine völlig neue Finanzierungsrichtung. Dieser erfolgte dann im Jahr 2000 durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz, mit dem die Einführung der G-DRGs für alle Krankenhäuser mit Ausnahme der psychiatrischen Kliniken beschlossen wurde. Das Selbstkostendeckungsprinzip war mit der Umsetzung in den folgenden Jahren dann Geschichte. Die offizielle Einführung erfolgte 2003.

Die Entwicklung und Einführung des DRG-Systems wurde zu einer Mammutaufgabe für die Krankenhäuser und damit den VKD. Die Kliniken in den neuen Bundesländern hatten gerade die Umstellung auf das westdeutsche Finanzierungssystem bewältigt. Nun stand für die Häuser in Ost und West die nächste, weitaus umfassendere Reform an. Diskussionen, Seminare, eine Vielzahl von Vorträgen, Artikeln in den Fachzeitschriften, Stellungnahmen forderten die Mitglieder der Gremien auf Bundes- und Länderebene, aber auch später die Führungskräfte der Krankenhäuser, die frühzeitig eingestiegen waren, die über ihre Erfahrungen berichteten, über mehrere Jahre hinweg heraus.

Nach verschiedenen Anpassungen – es handelte sich ja um ein lernendes System, stehen die Krankenhäuser heute erneut vor einer großen Krankenhausreform.

Gründung der Europäischen Vereinigung der Krankenhausedirektoren (heute Krankenhausmanager)

Die Fachvereinigung war sowohl organisatorisch als auch finanziell entscheidend an der Gründung der Europäischen Vereinigung der Krankenhaus-Verwaltungsleiter (heute Europäische Vereinigung der Krankenhausmanager) beteiligt. Die Vorbereitung für die Gründung übernahm seinerzeit federführend der damalige Vorsitzende der Fachvereinigung, Walter Jung. Ein Treffen mit Vertretern aus der Schweiz, Frankreich, Österreich und der Bundesrepublik Deutschland folgte im Jahr 1969.

Am 24. Oktober 1970 wurde dann von Delegierten aus Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Italien, der Niederlande, Österreich und der Schweiz die Europäische Vereinigung der Krankenhaus-Verwaltungsleiter in Straßburg gegründet. Erster Präsident war Walter Jung. Zu den Gründern kamen sehr bald Vereinigungen weiterer Länder hinzu. Derzeit sind 18 Verbände in der EAHM vertreten. Der erste Europäische Kongress der Krankenhaus-Verwaltungsleiter fand am 14. und 15. Mai 1976 in Straßburg statt. Rund 300 Kollegen aus 17 Ländern trafen sich hier.

Ziel der Vereinigung war die „Förderung des Krankenhauswesens durch Erarbeitung von Erkenntnissen und Austausch von Erfahrungen sowie Forschungsergebnissen auf allen Gebieten sowie die kollektive Vertretung dieser Belange in den zuständigen internationalen Gremien.“

Im Jahr 1974 erhielt die Vereinigung den Konsultativstatus beim Europarat in Straßburg. Sie ist Mitglied der Gruppe 8 der International Hospital Federation (IHF) London.

Am 29. Juni 2001 wurde die Geschäftsstelle der Vereinigung in Brüssel eröffnet. Die EVKD (heute EVKM) wollte nah am politischen Geschehen der Europäischen Staaten sein.

Studien, die von der Vereinigung durchgeführt wurden, beschäftigten sich vor allem mit Kernfragen der europäischen Krankenhausentwicklung. Es ging um Kostenentwicklungen, Modernisierung der Krankenhausstrukturen, die Beteiligung von Ärzten am Aufbau und an der Bewirtschaftung von Krankenhäusern. Inhaltlich fokussiert sich die Arbeit des Beirates für Europäische Angelegenheiten auf Qualitätsvergleiche im Management von Krankenhäusern.

Der VKD organisierte zwei große Kongresse der EVKM jeweils in Berlin sowie weitere Veranstaltungen im Rahmen des Deutschen Krankentages in Düsseldorf. Hinzu kamen kontinuierliche Treffen vor allem des Subcom-

mittees Mental Health. Hier ist die VKD-Fachgruppe Psychiatrische Einrichtungen unter Holger Höhmann, seit 2022 unter Leitung von Paul Bomke, besonders engagiert. Aktiv ist der VKD auch in den Beiräten Wissenschaft und Europäische Angelegenheiten.

Der VKD hat mit Walter Jung, Georg Schäfer, Dr. Hubertus Müller und Heinz Kölking bereits vier Präsidenten der EAHM gestellt. Die EAHM ist die größte europäische Vereinigung von Krankenhausmanagern.

Die deutsche Einheit – schnell Realität im VKD

Das Jahr 1989 war auch ein besonderes durch die Öffnung der innerdeutschen Grenze am 9. November.

Gleich nach Öffnung der innerdeutschen Grenze gab es die ersten Kontakte von Kollegen aus der DDR zur Geschäftsstelle des VKD mit der Bitte um Unterstützung bei der Gründung eines eigenen Verbandes der Verwaltungsleiter. Am 25. Januar 1990 versammelten sich ökonomischen Direktoren von Krankenhäusern der DDR in der Berliner Charité. Zur Vorsitzenden des Gründungskomitees wählten die Teilnehmer Gabriele Kirchner. An dieser ersten Sitzung nahm auch der damalige Vorsitzende des VKD, Dr. Hubertus Müller, teil. Und es ging dann schnell. Am 5. April 1990 wurde in Dresden der Verband der Krankenhausverwaltungsleiter in der DDR gegründet – angelehnt an die Satzung und Struktur des VKD. An der Gründungsversammlung nahm neben 180 Kolleginnen und Kollegen aus den Krankenhäusern der DDR auch der geschäftsführende Vorstand des VKD teil. In den neuen Ländern wurden Landesgruppen gebildet. Es bestanden bereits enge Kontakte zu den angrenzenden Landesverbänden in der Bundesrepublik, die bereits die startende Schulungsarbeit unterstützten.

Auch auf Bundesebene intensivierten sich die Kontakte. Es fanden gemeinsame Sitzungen

des geschäftsführenden Vorstands mit dem Vorstand in der DDR statt. Am 11. und 12. Juli 1990 ging es in Berlin bereits um die Schritte zur Vereinigung beider Verbände. Entsprechende Beschlüsse wurden am 9. August in Mülheim an der Ruhr vom Gesamtvorstand des VKD gefasst. Danach sollten die Kolleginnen und Kollegen aus der DDR dem VKD beitreten können, wenn die Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft gegeben waren.

Die Auflösung des gerade gegründeten DDR-Verbandes erfolgte bereits am 27. September 1990. Die gewählten Landesvorsitzenden gehörten danach dem Gesamtvorstand des VKD an.

Ein Einigungsprozess, der ruhig und unspektakulär sowie sehr schnell ablief. Damit verbunden waren aber zahlreiche neue Aufgaben und Impulse für die Verbandsarbeit.

Notwendig geworden war durch den Anstieg der Mitgliederzahlen sowie die Entwicklungen in der Gesetzgebung des Gesundheits- und Krankenhauswesens, die Stelle des Geschäftsführers zu besetzen. Der Gesamtvorstand bestellte daher am 2. November 1992 Gabriele Kirchner zur ersten Geschäftsführerin des VKD.

Der Golden Helix Award – Einsatz für Qualität aus der Praxis für die Praxis

Praktischer Nutzen für den Patienten, messbarer Vorteil und Übertragbarkeit der Ideen von Projekten auf andere Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen – das waren die Ziele die mit dem Golden Helix Award verbunden waren. Der im Jahr 1993 ins Leben gerufene deutschsprachige Preis für das Qualitätsmanagement hat 20 Jahre lang, bis 2013, das Thema Qualität vor allem in den Krankenhäusern mitgeprägt. In diesen Jahren hat das Thema stetig an Fahrt aufgenommen. Der VKD war vom ersten Wettbewerbstag im Jahr 1993 mit dabei – in den vorbereitenden Gremien, später in der Jury und schließlich als Träger des Preises.

Die Idee für den Golden Helix Award kam aus der Industrie – von Hewlett-Packard. Ziel war es, einen europäischen Wettbewerb ins Leben zu rufen, der jene Projekte und Teams auszeichnete, die zu relevanten Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen führen könnten, die daher innovativ und nachahmenswert waren. Das alles sollte aber auch mit Daten und Fakten belegt werden können.

Nachdem HP die Trägerschaft Ende 1999 beendete und die europäischen Beteiligten sich dann auch daraus verabschiedeten, übernahm der VKD diese Verantwortung und führte den Wettbewerb bis 2013 für Deutschland, Österreich und die Schweiz weiter. Das war durchaus organisatorisch ein erheblicher Aufwand sowohl für die VKD-Geschäftsstelle als auch für die Mitglieder der Jury, die aus den unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung kamen – Krankenhäusern, Krankenkassen, Krankenhausgesellschaften, der Ärzteschaft und der Pflege.

Sämtliche der eingereichten Projekte mussten von Jurymitgliedern zweimal besucht werden. In den darauffolgenden gemeinsamen Diskussionen wurden danach die Finalisten ausgewählt, die sich schließlich mit ihren Projekten nochmals vor allen Jurymitgliedern präsentierten.

VKD-Geschäftsführerin Gabriele Kirchner sagte anlässlich des 20. Jahrestags des Golden Helix-Wettbewerbs im Sonderheft der VKD-Praxisberichte 2013: „Der Anspruch des Golden Helix Award hat den Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands von Anfang an überzeugt. Projekte zu fördern und zu würdigen, die aus der Praxis der Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen kommen, die handfest sind, deren Nutzen unmittelbar wirksam und damit auch nachweisbar ist.“

Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann, Vorsitzender der Jury seit 1993 bis zum Abschluss des Wettbewerbs, würdigte das Engagement und die „motivierenden Aktivitäten“. Der Wettbe-

werb, der 20 Jahre lang Bestand hatte, sei zum „ältesten Qualitätspreis Europas im Gesundheitswesen“ geworden.

In diesen 20 Jahren des Wettbewerbs haben sich mehr als 700 meist interprofessionell aufgestellte Projektgruppen daran beteiligt. Mehr als 5000 Mediziner, Pflegende und Mitglieder anderer Gesundheitsberufe haben sich beteiligt und mit ihren Projekten die Qualität ihrer Einrichtungen verbessert. Unbekannt, wie viele andere Einrichtungen von diesen Erfahrungen profitiert haben.

Dr. Jens-Uwe Schreck, heute Geschäftsführer des VKD, damals Mitglied der Jury, verwies auch auf den im Jahr 2013 inzwischen erreichten Stand der Qualitätssicherung in den Krankenhäusern mit verpflichtender externer Qualitätssicherung, strukturierten Qualitätsberichten, unterschiedlichsten Qualitätsinitiativen, Zertifizierungen der medizinischen Fachgesellschaften und vielem mehr. Der Golden Helix Award habe einen wichtigen Beitrag zur Qualität deutscher Krankenhäuser geleistet.

Heinz Kölking, langjähriger Präsident des VKD und damals auch Präsident der Europäischen Vereinigung der Krankenhausdirektoren (heute EVKM), betonte in der Jubiläumspublikation: „Qualität braucht einen langen Atem. Diese Beständigkeit, dieses sich immer weiter verbessern wollen, zeichnet auch den Wettbewerb um den Golden Helix Award aus.“



VKD-Praxisberichte aus dem Jahr 2013

Impressum

Herausgeber

Verband der Krankenhausdirektoren
Deutschlands e. V.

Geschäftsstelle

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

Redaktion

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

Alle Interviews

Angelika Volk

Layout und Satz

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

Abbildung Titel

Jiw Ingka – stock.adobe.com

Redaktionsschluss

15. Mai 2023

ISBN: 978-3-9824997-1-0

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.



HOCHSCHULE OSNABRÜCK

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Jetzt
informieren!

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

Wir bilden Ihre Nachwuchsführungskräfte von morgen aus.

Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen B.A. (Vollzeit)

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

Pflegemanagement B.A. (berufsbegleitend)

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

Management in der Gesundheitsversorgung M.A. (Vollzeit)

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

Gesundheitsmanagement/Health Management MBA (berufsbegleitend)

- Weiterqualifikation für Managementaufgaben in Gesundheitseinrichtungen
- Interdisziplinäre Studiengruppen
- kostenpflichtig



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



Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands e. V.

120 Jahre

... und kein bisschen leise!

Gründungstag: 5. Juli 1903

Gründungsort: Dresden

