



Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands e.V.

PRAXISBERICHTE

2020



Kliniken in Krisenzeiten

**stark, innovativ,
agil und zuverlässig**



ALL OVER THE WORLD
16-19 NOVEMBER 2020

Member of  **MEDICAlliance**



virtual.
MEDICA



**MEDICA 2020 geht als `virtual.MEDICA` an den Start
- der VKD ist auch dabei!**

Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands e.V.



Die **MEDICA 2020** wird als die weltführende Informations- und Kommunikationsplattform für die Medizintechnik-Branche und den Zuliefererbereich der Medizintechnik-Industrie **vom 16. – 19. November 2020 komplett im virtuellen Format** stattfinden. Im Rahmen der `virtual.MEDICA` erwartet die Entscheider aus allen Bereichen der Gesundheitswirtschaft dann auf

<https://virtual.medica.de>

ein umfangreiches Angebot bestehend aus den drei zentralen Bereichen: `**Conference Area**` (Konferenz- und Forenprogramm), `**Exhibition Space**` (Aussteller und Produktneuheiten) sowie `**Networking Plaza**` (Netzwerken/ Matchmaking).

Der VKD unterstützt die `virtual.MEDICA` als Programmpartner. Wir werden mit einem virtuellen Stand für Sie auf der MEDICA vertreten sein. Besuchen Sie uns gerne im `Exhibition Space`. Wir freuen uns auf Sie!

**Weitere Informationen erhalten Sie zeitnah über
www.vkd-online.de.**

Editorial

KLINIKEN – DIE LEBENSVERSICHERUNG DER GESELLSCHAFT

Was bewegt uns, wenn wir auf die vergangenen Monate zurückblicken? Welche Erkenntnisse haben wir gewonnen? Wie wird sich unsere Krankenhauslandschaft nach den Erfahrungen mit der Bewältigung der Pandemie künftig weiterentwickeln? Oder fällt die Gesundheitsbranche wieder in alte Rituale zurück?

In diesen Praxisberichten zeigen wir Ihnen die unterschiedlichsten Facetten der Krisenbewältigung in den Krankenhäusern. Sie haben sich einmal mehr als Anker unserer Gesundheitsversorgung erwiesen – innovativ, kooperativ und zuverlässig. Stärker als je zuvor trat die Rolle der Pflege in den Vordergrund. Hierzu äußert sich Staatssekretär Andreas Westerfellhaus, der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung. Und aus der Universitätsklinik Essen beschreiben zwei Autorinnen die Bedeutung der Digitalisierung im Pflegebereich, die sich auch in der Bewältigung der Pandemie noch einmal eindrucksvoll gezeigt hat. Wie überhaupt digitale Instrumente vielfach verstärkt zum Einsatz kamen und kommen.



Dr. Josef Düllings
Präsident des Verbandes
der Krankenhausdirektoren
Deutschlands

Die Vorsitzenden unserer Fachgruppen im VKD schildern die Lage in ihren Bereichen – in den psychiatrischen Krankenhäusern, den Rehabilitationskliniken und den Pflegeeinrichtungen – die durchaus unterschiedlich war und ist. Es gibt beeindruckende Berichte aus Klinikunternehmen aller Größen, aus Netzwerken, die zügig gebildet wurden, von den gemeinsamen Anstrengungen, die große Herausforderung zu bewältigen.

Wenn auch nach der politisch gewollten Transformation der Krankenhäuser zur Vorbereitung auf die Pandemie jetzt klar ist, dass nicht alle Krankenhäuser gleichermaßen damit konfrontiert waren, viele Corona-Patienten aufzunehmen, so haben sich doch alle in kürzester Zeit darauf eingestellt. Sie

haben Behandlungen verschoben und ihre Intensivplätze zum Teil erheblich aufgestockt. Sie beschafften auf verschiedensten Wegen Schutzausrüstungen, was oft nicht einfach war. Sie haben ohne finanzielle Absicherung sofort zum Teil sehr umfangreiche Testmöglichkeiten für die Bevölkerung geschaffen und so einen umfassenden Sicherstellungsauftrag erfüllt, den andere Gesundheitsdienstleister zu Beginn der Krise und teilweise bis heute nicht erfüllen können.

Dabei blieb immer die Sorge bei den kaufmännischen Geschäftsführern präsent, wie sich das alles wirtschaftlich auf das eigene Haus auswirken würde. Der Schutzschirm der Bundesregierung war hier eine große Hilfe, auch wenn wir bisher noch immer nicht wissen, wie dieses Jahr wirtschaftlich für uns ausgehen wird. Viele hilfreiche Regelungen sind inzwischen beendet worden. Künftig müssen Hilfen individuell ausgehandelt werden. Als VKD erwarten wir hier aber eine sichere, versteckte Lösung. Nicht zu vergessen ist zudem, dass schon vor Ausbruch der Pandemie viele Krankenhäuser in roten Zahlen steckten. Der aktuellen

Krankenhausstudie der Unternehmensberatung Roland Berger zufolge rechnen rund 57 Prozent der Häuser für dieses Jahr mit einem Defizit – im vorigen Jahr waren es „nur“ 32 Prozent. Maßgeblicher Grund ist die fehlende Auslastung in den vergangenen Pandemienmonaten. Das abgesenkte Leistungsniveau jetzt wieder zu erreichen, dürfte schwierig werden, auch weil die Pandemie noch nicht vorbei ist.

Die Pandemie hat eindringlich gezeigt, wie wichtig die Flächendeckung unserer stationären Versorgungsstruktur ist. Die „Kleinen“ sind systemrelevant, auch wenn sie nicht immer wirtschaftlich arbeiten können. Für die Bürger stellen sie einen wichti-

gen Teil der Infrastruktur dar. Sie geben ihnen die Sicherheit, gerade in einer schwierigen gesundheitlichen Situation Hilfe in ihrer Nähe zu finden, vor allem auch dann, und dies zunehmend, wenn der ambulante vertragsärztliche Bereich sich abmeldet. Das haben inzwischen auch viele Politiker erkannt. Wenn es nach wie vor Stimmen gibt, die das in Frage stellen und auch nach den Erfahrungen der vergangenen Monate weiter massive Schließungen befürworten, ist das kaum zu verstehen und noch weniger zu verantworten.

Dass Strukturveränderungen notwendig und auch möglich sind, ohne einen Kahlschlag zu provozieren, hat die Pandemie ebenfalls gezeigt. Vernetzungen von kleinen und größeren Häusern, telemedizinische Beratung, die Expertise auch dorthin brachte, wo sie in speziellen Fällen nicht vorhanden war – das alles wurde zügig umgesetzt – durch Krankenhäuser, die stark, agil und zuverlässig die Patienten in den Mittelpunkt ihres Handelns stellten.

Tatsache ist: Wir haben Großartiges geleistet, das wir uns auch nicht kleinreden lassen. Das Gefühl der Selbstwirksamkeit, auch bei vielen unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die hier an einem Strang gezogen haben, ist gestärkt worden. Das müssen wir uns für die Zukunft bewahren, denn wir stehen vor einem Berg an Aufgaben. Strukturveränderungen, Digitalisierung, Veränderungen im Finanzierungssystem sind unausweichlich. Über allem steht zudem die Aufgabe der Personalgewinnung und Personalentwicklung, denn ohne qualifizierte und engagierte Mitarbeiter in allen Bereichen ist das nicht zu leisten. Für uns Führungskräfte bedeutet das auch, noch mehr als bisher auf sie einzugehen, noch intensiver zu kommunizieren. Wie wichtig gerade Letzteres ist, haben viele von uns in der Pandemie gelernt.

Die Corona-Pandemie ist noch nicht vorbei, aber die Zukunftsfragen werden bereits gestellt. Dabei muss immer wieder betont werden, dass wir grundsätzlich und vor allem auch im internationalen Vergleich eine sinnvoll gestaltete Krankenhaushauslandschaft haben, die sich in ihrer dezentralen Struktur und den unterschiedlichen, sich ergänzenden Größen in der Krise bewährt hat. Das lassen wir uns auch von Gutachtern und interessengeleiteten Gutachten nicht ausreden. Krankenhäuser aller Träger haben gemeinsam ihr Bestes zum Gemeinwohl und zur Daseinsvorsorge geleistet.

Es ist aber zwingend notwendig, intensiv über die Zukunftsfähigkeit der Gesundheitsversorgung insgesamt nachzudenken und – die Bundestagswahl im kommenden Jahr im Blick – auch zu tragfähigen Ergebnissen zu kommen. Es hat sich für uns als VKD eindrucksvoll geklärt, dass die Krankenhäuser die Anker dieser Versorgung sind. Der VKD hat schon im Juli seine Positionen mit Sicht auf die neuen Erkenntnisse und Erfordernisse weiterentwickelt.

Politik und Verbände ebenso wie Krankenkassen sollten sich bemühen, über die notwendigen Entwicklungen und Entwicklungsschritte zielführend zu diskutieren, um zu guten Entscheidungen im Interesse der Patienten zu kommen. Verbandslobbyismus darf dabei nicht im Mittelpunkt stehen.

Mein herzlichster Dank gilt an dieser Stelle allen Autorinnen und Autoren, die in ihren Beiträgen ihre Erfahrungen mit der Bewältigung der Pandemie-Herausforderungen mit Ihnen teilen und mit ihren Erkenntnissen nicht hinter dem Berg halten. Das macht auch die diesjährigen Praxisberichte wieder spannend und lesenswert.

Ihr

Dr. Josef Düllings

Inhaltsverzeichnis

BEWERTUNGEN UND POSITIONIERUNGEN

<i>Corona ist das große Thema – aber darunter schwelen die Brandherde weiter</i>	08
Das Konjunkturpaket ist angesichts der massiven Probleme, für die wir seit Jahren Lösungen anmahnen, eher eine nötige Feuerwehreaktion in der aktuellen Krise	
<i>Interview mit Dr. Josef Düllings</i>	
<i>Moderne und zukunftsste Gesundheitsversorgung durch Aufgabenneuverteilung</i>	14
Corona hat es nochmals deutlich gezeigt: Wir brauchen interprofessionelles Teamwork auf Augenhöhe	
<i>Andreas Westerfellhaus</i>	
<i>Ja, die Krankenhäuser waren und sind die Anker der Gesundheitsversorgung</i>	17
Sie haben das in dieser turbulenten, schwierigen Pandemie-Zeit erneut bewiesen	
<i>Dr. Jens-Uwe Schreck</i>	

KLINIKEN IM CORONA-MODUS

<i>Kein Heldenepos – viele Beteiligte haben zur Bewältigung der Krise beigetragen</i>	22
Das medizinische Outcome ist gut, die wirtschaftlichen Kerben sind aber tief und nachhaltig	
<i>Dr. Matthias Geiser</i>	
<i>Mobilmachung und Imagewandel</i>	28
Corona-Krise aus Sicht der Universitätsmedizin in Aachen	
Die Krise zeigte massiv die Systemrelevanz der Unikliniken für das Gesundheitswesen	
<i>Peter Asché, Dr. Mathias Brandstädter</i>	
<i>Bismarck und Corona in M-V</i>	32
Erfahrungen aus dem Bundesland mit der geringsten Inzidenz	
<i>Dr. Falko Milski</i>	
<i>Kooperativ, unkompliziert und vertrauensvoll</i>	36
Versorgungscluster Corona West-Brandenburg (VCC West)	
<i>Christian Pellehn</i>	
<i>Testen, testen, testen</i>	39
Mühlenkreiskliniken waren Vorreiter bei der Testung von stationären Patienten	
Modernes Zentrallabor ermöglicht neben PCR-Nachweis des Virus und Antikörperbestimmung auch das T-Zellen-Monitoring	
<i>Prof. Dr. Franz-Josef Schmitz, Christian Busse</i>	
<i>Voller Einsatz für die Patienten in allen Unternehmensbereichen</i>	43
Trotz Corona eine gut belegte Geburtsstation in Eberswalde	
<i>Andreas Gericke</i>	

UNTERSCHIEDE UND ÄHNLICHKEITEN

<i>Spezielle Herausforderungen für die psychiatrischen Kliniken</i>	46
Die Mitarbeitenden sind in der Pandemiewelle innerlich enger zusammengedrückt <i>Interview mit Holger Höhmann</i>	
<i>Es ist nicht das normale Vor-Corona-Arbeiten</i>	51
In der Pandemie haben wir gesehen, dass auch die Reha-Kliniken systemrelevant sind <i>Interview mit Achim Schäfer</i>	
<i>Unsere spezielle Situation wurde erst sehr spät erkannt</i>	55
Den Mitarbeitern muss immer bewusst sein, dass sie in einer sensiblen Einrichtung tätig sind <i>Interview mit Franz Hartinger</i>	

CORONA UND DER WERT VON DIGITALISIERUNG UND KI

<i>Mittler-Funktion der Pflege auch in digitalen Prozessen</i>	60
Die Chancen der Digitalisierung nutzen – für eine innovative und kompetente pflegerische Versorgung <i>Andrea Schmidt-Rumposch, Bernadette Hosters</i>	
<i>KI – die dritte revolutionäre Umwälzung in der Pathologie</i>	66
Das Forschungsprojekt EMPAIA – Ecosystem for Pathology Diagnostics with AI Assistance Digitale Pathologie als Referenzfall für die künftige bildgebende Medizin <i>Prof. Dr. Peter Hufnagl</i>	

FÜHRUNG UND ORGANISATION

<i>(Agil) Führen in der Krise</i>	72
Es ging nicht um Agilität oder Hierarchie, sondern darum, beides zu verbinden <i>Paul Bomke</i>	
<i>Agil dank Corona – was die Krankenhausorganisation aus der Krisenzeit lernen kann</i>	78
Neue Organisations- und Arbeitsformen, die zuvor nicht möglich waren, wurden aktiv gelebt <i>Brigitte Böhm</i>	

LESSON LEARNED?

<i>Lehren aus einem heftigen Stresstest</i>	82
Die Pandemie hat uns allen gezeigt, was künftig besser laufen sollte <i>Angela Krug</i>	
<i>Impressum</i>	86

Bewertungen und Positionierungen

Bewährungsprobe

Konjunkturpakete

Aufgabenneuverteilung

Teamwork

Verantwortungszuwachs

Anker der Versorgung

Corona ist das große Thema – aber darunter schwelen die Brandherde weiter

**DAS KONJUNKTURPAKET IST ANGESICHTS DER MASSIVEN PROBLEME,
FÜR DIE WIR SEIT JAHREN LÖSUNGEN ANMAHNEN, EHER EINE NÖTIGE
FEUERWEHRAKTION IN DER AKTUELLEN KRISE**

Die Erfahrungen der vergangenen Monate, die vielen neuen Ideen, die schnell gebildeten Netzwerke und Strukturen, auch die aufgestockten Kapazitäten sind wertvoll für die Zukunft und für einen eventuell nächsten Ernstfall. In normalem Fahrwasser sind wir noch längst nicht, sagt Dr. Josef Düllings im aktuellen Interview der VKD-Praxisberichte. Wie ist die Situation der Krankenhäuser heute, nach der Hochzeit der Corona-Pandemie?

Sehr geehrter Herr Dr. Düllings, seit März dieses Jahres waren die Krankenhäuser, Rehakliniken und Pflegeheime in Deutschland im Krisenmodus. Geht es langsam wieder in halbwegs normales Fahrwasser?

Dr. Josef Düllings: Die Pandemie und die sicher gerechtfertigten harten Einschnitte, die der Lockdown mit sich brachte, trafen auf Krankenhäuser, die vielfach bereits große wirtschaftliche Schwierigkeiten hatten. Das hat ganz aktuell auch wieder das Krankenhaus-Barometer deutlich gezeigt. Nein – in wirklich normalem Fahrwasser sind wir nicht. Damit ist in diesem Jahr auch nicht zu rechnen.

Allerdings sind die Herausforderungen von Region zu Region, von Haus zu Haus, teils sehr unterschiedlich und verändern sich ja auch immer wieder. Ich würde also nicht behaupten, dass die Zeiten leichter geworden sind. Außerdem sehen wir gerade, dass die Gefahr einer zweiten Pandemiewelle näherkommt.

Die Erfahrungen, die wir in den vergangenen Monaten gesammelt haben, die vielen neuen Ideen, die es in den Kliniken gab, die Strukturen, die neu aufgebaut wurden – auch in Kooperation mit anderen – die Netzwerke, die sich bildeten und natür-

lich auch die Tatsache, dass wir uns inzwischen gut mit Schutzmaterialien bevorraten konnten, sind aber sehr wertvoll und werden uns helfen, in einem nächsten Ernstfall noch besser zu reagieren. Wir sind in der Lage, die Intensivplätze schnell wieder hochzufahren. Ob das aus der Erfahrung heraus tatsächlich überall notwendig sein muss, werden wir dann sehen und entsprechend reagieren. Dass auf die Krankenhäuser Verlass ist, haben wir gezeigt.

Welche Probleme drücken am meisten?

Dr. Josef Düllings: Wir haben bekanntlich nach Aufforderung durch die Politik planbare Operationen und Behandlungen ausgesetzt. Das Ziel war, Kapazitäten für die erwarteten Patienten freizuhalten, die an Corona erkranken würden. Das haben wir zügig getan. Doch die Patienten, deren Behandlungen verschoben werden mussten, erwarten nun verständlicher Weise von uns, schnell aufgenommen und versorgt zu werden. Doch das wird nicht auf einmal gehen. Sieht man sich die Zahlen an – die Deutsche Krebsgesellschaft schätzte, dass bis Mitte Juli etwa 50.000 Krebs-OPs, das waren 24 Prozent aller Krebsoperationen, nicht zum geplanten Zeitpunkt stattfanden – wird schnell klar, dass Prioritäten gesetzt werden müssen. Eine ganze Reihe von Krankenhäusern hat die OP-Zeiten aber deswegen bereits verlängert. Das ist natürlich auch eine Frage der personellen Kapazitäten bei den Ärzten und in der Pflege.

Gleichzeitig müssen wir trotz des Hochfahrens der Behandlungskapazitäten Platz für an COVID-19 erkrankte Menschen weiterhin freihalten. Hygienekonzepte gelten natürlich ebenfalls weiter. Diese Zweigleisigkeit erfordert zudem, viele Prozesse im Krankenhaus anzupassen. Und viele, inzwischen wohl die meisten Kliniken, drücken große wirtschaftliche Sorgen. Das war schon vor der Pande-

mie der Fall. Das Problem ist aber nun durch die Maßnahmen der vergangenen Wochen und Monate weiter verschärft worden. Die Unsicherheit darüber, wie dieses Jahr wirtschaftlich abgeschlossen werden kann, ist groß, Prognosen kann man nicht wagen. Selbst Krankenhäuser, die noch auf gute Jahresabschlüsse 2019 verweisen können, wissen nicht, wie sie aus diesem Jahr herauskommen werden. Deshalb fordern wir u.a., die Abschlüsse dieses Jahres in den Budgetverhandlungen nicht zum Maßstab für 2021 zu nehmen. Basis muss das Jahr 2019 sein.

Das Virus wird uns weiter begleiten. Das sagen alle Experten und wir sehen es ja aktuell auch. Das bedeutet, es können immer wieder entsprechende Situationen, vielleicht regional abgegrenzt, auftreten. Wir müssen für ein Wiederaufflammen Betten und Intensivplätze als Reserve zur Verfügung halten.

Wie haben die Schutzmaßnahmen der Politik für die Kliniken aus Ihrer Sicht gewirkt?

Dr. Josef Düllings: Sie haben ohne Frage vieles abgefedert. Doch es gibt in einigen Bundesländern eben auch Fälle, in denen Krankenhäuser zum Beispiel noch Ende Juli auf die zugesagten Mittel für neu geschaffene Intensivplätze warteten. Einige werden diese wohl einklagen müssen. Die Anwürfe, Krankenhäuser hätten hier manipuliert und Geld für nicht geschaffene neue Intensivplätze erhalten, haben sich dagegen als haltlos erwiesen.

„Viele, inzwischen wohl die meisten Kliniken, drücken große wirtschaftliche Sorgen. Das war schon vor der Pandemie der Fall. Das Problem ist aber nun durch die Maßnahmen der vergangenen Wochen und Monate weiter verschärft worden.“

Durchaus positiv aufgenommen wurde von unseren Mitgliedern, dass die Krankenkassen verpflichtet wurden, Krankenhausrechnungen zügig zu bezahlen. Wir würden uns wünschen, dass dies so bliebe, denn es zeigte sich ja, dass es geht. Die Prüfpraxis wurde allerdings nicht verändert. Der MDK prüfte teilweise weiter exzessiv. Das hat gerade die Ärzte nach wie vor durch die damit verbundene Bürokratie stark – und unnötig – belastet.

Dass die Regelung, die Pflegepersonaluntergrenzen auszusetzen, vom VKD positiv gewertet wurde –



— Unser Gesprächspartner —

Dr. Josef Düllings

Präsident des Verbandes
der Krankenhausdirektoren Deutschlands,
Hauptgeschäftsführer der St. Vincenz-
Krankenhaus GmbH, Paderborn

wir haben diese immer für kontraproduktiv gehalten – ist klar. Die Sinnhaftigkeit der Wiedereinführung sehen wir daher nicht. Es existiert inzwischen ein deutlich besseres Instrument, das von der DKG zusammen mit der Gewerkschaft Ver.di und dem Deutschen Pflegerat entwickelt und dem Bundesgesundheitsministerium schon Ende 2019 vorgelegt wurde. Bisher gibt es von dort darauf nach meiner Kenntnis keine Reaktion. Das befremdet schon.

Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz wurde ein Expertenbeirat eingerichtet, der seit April die finanzielle Lage der Krankenhäuser und die Wirkungen der Maßnahmen begleiten sollte, um Nachsteuerungen zu ermöglichen. Das ist auch bereits passiert – die Freihaltepauschalen werden nicht mehr pauschal, sondern differenziert finanziert. Allerdings aus Sicht des VKD wiederum nicht differenziert genug, wie etwa unsere Fachgruppe Psychiatrische Einrichtungen in einer entsprechenden Stellungnahme mit Blick auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie kritisierte.

Angesichts der unterschiedlichen Maßnahmen in Bund und Ländern, der Folgen für die Belegung, die bis heute anhalten, der unterschiedlichen Belastungen, der Preisschwankungen bei Schutzaus-

rüstungen, ist es aber schwierig, hier jetzt schon ein Resümee zu ziehen.

Im Mai wurden Behandlungskapazitäten langsam wieder hochgefahren, aber offenbar wagten sich viele Patienten dann noch immer nicht ins Krankenhaus. Hat sich das inzwischen normalisiert?

Dr. Josef Düllings: Womit auch viele von uns sicher zu Anfang nicht gerechnet haben, war, dass trotz des Hochfahrens der Behandlungskapazitäten für den Normalbetrieb viele Patienten aus Angst, sich anzustecken, noch immer Krankenhäuser gemieden haben. Das waren nicht nur jene, deren Eingriffe durchaus eine Zeit aufgeschoben werden konnten. Gefährlich war es für Patienten, die schwer krank waren, Patienten mit onkologischen Erkrankungen, Herzkrankheiten etwa. Auch die Notaufnahmen waren in der Hochzeit der Pandemie so leer wie seit Jahren nicht.

Es kamen deutlich weniger Patienten mit Verdacht auf Herzinfarkt oder Schlaganfall in die Krankenhäuser als in Vergleichsmonaten der vergangenen Jahre. Wir alle, auch Politik und Krankenkassen, hatten die Befürchtung, dass diese Patienten sich aus Angst hochgradig selbst gefährden.

Nach und nach ändert sich das zum Glück wieder. Die Krankenhäuser machen immer wieder über viele Kanäle deutlich, dass sie akribisch infizierte Patienten von den anderen trennen und die Prozesse entsprechend ausrichten.

In der Pandemie konnte man sehr deutlich erkennen, welche Defizite wir im Gesundheitswesen beim Thema Digitalisierung haben. Wie man hörte, kommunizierten die Gesundheitsämter sogar in Richtung RKI zum Teil noch per Fax ...

Dr. Josef Düllings: Kein Wunder, dass andere mit den aktuell veröffentlichten Zahlen schneller waren. Aber nicht nur die Gesundheitsämter müssen besser ausgerüstet werden. Wir haben hier im Krankenhausbereich einen Flickenteppich unterschiedlichster Dimensionen in der IT-Ausstattung. Da gibt es zum einen bereits hoch ausgerüstete Häuser und auf der anderen Seite Krankenhäuser in ländlichen Regionen, die nicht einmal über schnelles Internet verfügen. Telemedizin funktioniert dann natürlich

nicht. Ja, die Patienten erwarten individuell nutzbare Apps, aber die Basis sind erst einmal überall die elektronischen Patientenakten. Vielleicht ist die Corona-Warn-App aber ein guter Einstieg und eine Übung, damit später die Krankenhäuser Informationen über ihre medizinischen und pflegerischen Leistungen, Service-Leistungen und Organisationsabläufe ebenfalls per App an den Patienten bringen können.

Wichtig – und das hat die Pandemie ebenfalls gezeigt – ist die Vernetzung von Hochleistungskliniken mit kleinen Häusern, die in bestimmten Fachdisziplinen nicht auf hohe Expertise zurückgreifen können, sie aber auf diesem Wege für ihre Patienten nutzen können. Ebenfalls unverzichtbar in Zukunft ist die digitale Ausstattung der Pflege, aber auch ein digitales Entlassmanagement.

Die Pandemie hat der Umsetzung digitaler Möglichkei-

ten einen Schub gegeben und hoffentlich auch in der Politik die Erkenntnis verankert, dass hier sehr schnell etwas passieren muss. Als VKD haben wir dies seit über zehn Jahren in der Entscheidungsfabrik immer wieder in die öffentliche Debatte eingebracht. Seit dem Krankenhaustag 2014 haben wir mehrfach eine Investitionsoffensive für die Digitalisierung der Krankenhäuser gefordert. Dazu gehört, alle Krankenhäuser zügig mit den Basics auszurüsten. Voraussetzung dafür ist nicht nur eine staatliche Finanzierung, sondern natürlich zunächst auch eine Transparenz darüber, wie der Stand der Ausstattung flächendeckend in den Häusern ist. Wir brauchen hier für die Zukunft einen möglichst gleich hohen Standard – auch weil Vernetzung zwischen den Krankenhäusern, aber auch zu anderen Partnern der Gesundheitsversorgung, sonst nicht funktionieren kann.

Was noch immer fehlt und von uns auch regelmäßig angemahnt wurde, ist eine Digitalstrategie für die Krankenhäuser insgesamt. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat im Übrigen angesichts der Erkenntnisse aus der Pandemie eine Digitalisierungsoffensive gefordert. Die beschlossene Förderung von drei Milliarden Euro des Bundes, die sicher in großen Teilen in die Digitalisierung fließen wird, kann nur ein Anfang sein.

„ Klar ist: Die Gesundheitsversorgung muss für die Zukunft sicher aufgestellt werden. Dazu gehören auch Strukturveränderungen. Sie müssen aber sinnvoll sein und dürfen nicht auf die kalte Tour durch finanzielles Austrocknen von Krankenhäusern passieren. “

Das Thema Notfallversorgung ist während der Pandemie aus dem Blick geraten. Die Notaufnahmen waren deutlich weniger frequentiert als üblich. Wasser auf die Mühlen derjenigen, die die Zahl der Notaufnahmen ohnehin reduzieren möchten. Was meint der VKD?

Dr. Josef Düllings: Die Pandemie hat definitiv gezeigt, wie wichtig eine flächendeckende Versorgung mit Notfallkapazitäten ist. Wir haben hierzu unsere Positionen immer wieder sehr deutlich gemacht. Sie haben sich in den vergangenen Monaten bestätigt, auch wenn viele Menschen aus Furcht vor Ansteckung nicht in die Notaufnahmen gekommen sind. Was die Patienten mit Bagatellerkrankungen betraf, war das definitiv begrüßenswert. Ob das so bleibt? Ich bin da skeptisch, denn die Situation im niedergelassenen Bereich wird sich demnächst wieder ebenso darstellen, wie vor der Pandemie.

Die im Juli vorgestellte Ärztestatistik der Bundesärztekammer hat erneut gezeigt, wie sich dort die Lage entwickelt. Danach gehen 20 Prozent der Praxisinhaber demnächst in Rente. Die ambulante Versorgung ist damit massiv gefährdet. Wie das Gesundheitssystem weiter funktionieren soll, sei erschreckend unklar, schreibt Arzt & Wirtschaft am 8. Juli. Hinzu komme der Trend zur Teilzeitarbeit. Es würden mehr Ärzte benötigt um diejenigen zu ersetzen, die in den Ruhestand gingen. Zudem steige auch der Anteil der neu hinzukommenden Ärzte, die nicht in der Versorgung der Patienten tätig seien, um „überproportional sechs Prozent.“ Mit der personellen Aufstockung der Gesundheitsämter werden es wohl noch mehr werden, nehme ich an.

Angesichts dieser Entwicklung im KV-Bereich ist es allerdings völlig unverständlich, dass der Versorgungsauftrag für die Notfallversorgung von der Bundespolitik immer noch bei den Kassenärztlichen Vereinigungen belassen wird. Unsere Ablehnung von Notfallzentren an Krankenhäusern, geführt von den KVen, in denen dann hauptsächlich aber unsere Krankenhausmitarbeiter tätig sind, lehnen wir daher nach wie vor mit Vehemenz ab.

Ich hoffe sehr, dass wir, wenn das Thema wieder auf die Tagesordnung der Politik kommt, aus den Erfahrungen der Pandemie heraus hier zu einem anderen als dem vorliegenden Konzept kommen.

Das betrifft auch die Krankenhausstrukturen. Es wird sicher auch weiterhin, vielleicht sogar verstärkt, Diskussionen zur Entwicklung der Krankenhausstrukturen geben. Die Vorschläge in der Bertelsmann-Studie zur radikalen Schließung von Krankenhäusern – nur rund 600 sollten am

Ende bleiben – hat nicht nur der VKD energisch abgelehnt. Haben die Erfahrungen aus der Pandemie aus Ihrer Sicht hier zu einem Umdenken geführt?

Dr. Josef Düllings: Ich gehe davon aus, dass dies allgemein der Fall ist, wenngleich die Befürworter einer so radikalen Strukturreform sich augenscheinlich nicht überzeugen lassen. Ich denke, dass sich die Bedeutung vor allem auch der kleinen Häuser in der Coronakrise deutlich gezeigt hat. Gerade das Gefühl der Versorgungssicherheit in schwierigen Situationen ist für die Bürger ein Wert an sich. Natürlich – auch in diesen Kliniken blieben viele der freigehaltenen Betten leer. Aber wir möchten uns doch nicht vorstellen, was passiert wäre, wenn die Krise hier Dimensionen wie etwa in Italien erreicht hätte...

„Womit auch viele von uns sicher zu Anfang nicht gerechnet haben, war, dass trotz des Hochfahrens der Behandlungskapazitäten für den Normalbetrieb viele Patienten aus Angst, sich anzustecken, noch immer Krankenhäuser gemieden haben.“

Ich gehe davon aus, dass die Krankenhäuser insgesamt zudem künftig noch mehr ambulante Behandlungen übernehmen werden – übernehmen müssen – als bisher bereits. Medizinisch und pflegerisch betrachtet gibt es dieses Potenzial ja auch. Innerhalb der KV-Strukturen wird das künftig immer weniger realisierbar sein. Nicht nur, weil die Ärzte jetzt schon kostenintensive Behandlungen in die Krankenhäuser verschieben, sondern weil im niedergelassenen Bereich immer weniger Ärzte tätig sein werden.

Bevor die Kliniken hier aber in größerem Umfang einsteigen, müssen sie dafür auch die Gewissheit haben, dass sie für ambulant-fachärztliche Leistungen stärker geöffnet und diese Leistungen zumindest kostendeckend auch finanziert werden. Dabei gilt es, ihre hochwertige Infrastruktur mit zu bewerten. Bisher ist es so, dass der MDK die kurzstationären Fälle streicht. Auch hier würde das aber bedeuten, dass den KVen, wie bei der Notfallversorgung von uns gefordert, der Sicherstellungsauftrag für diese Leistungen entzogen würde. Es wäre sinnvoll, entsprechende Strukturen als Teil der Krankenhäuser aufzubauen.

Klar ist: Die Gesundheitsversorgung muss für die Zukunft sicher aufgestellt werden. Dazu gehören auch Strukturveränderungen. Sie müssen aber sinnvoll sein und dürfen nicht auf die kalte Tour durch finanzielles Austrocknen von Krankenhäusern passieren. Strukturveränderungen finden ja bereits seit langem auch statt. In der Praxis passiert hier deutlich mehr als sich mancher an seinem Schreibtisch in Berlin oder anderswo vorstellt.

Inzwischen mehren sich die Stimmen, die eine Modifizierung, ja sogar Abschaffung des Finanzierungssystems für die Krankenhäuser fordern. Stimmt Sie das nicht auch etwas optimistisch?

Dr. Josef Düllings: Es ist jedenfalls ein Zeichen dafür, dass wir hier nicht mehr die einsamen Rufer in der Wüste sind. Der VKD fordert ja seit etlichen Jahren, das Finanzierungssystem der Krankenhäuser neu zu organisieren. Im DRG-System werden nachweislich vor allem kleine Kliniken – immerhin etwa die Hälfte aller Häuser – sowie die Maximalversorger nicht leistungsgerecht vergütet. Es ist doch nicht als normal anzusehen, dass Leistungen – hochwertige Leistungen – schon systembedingt niemals voll bezahlt werden, dass an allen Ecken und Enden gekürzt wird. Hinzu kommen die zahlreichen aufgezwungenen Rabatte, die erheblich zu Buche schlagen.

Und zum Finanzierungssystem gehört ja auch ein wesentliches Problem, das Bund, Länder, Krankenkassen allesamt ebenfalls sehen und thematisieren, seit Jahren aber dennoch nicht lösen. Man ist es schon fast leid, immer und immer wieder Gesetzestreue bei den Ländern bezüglich der Investitionsfördermittel anzumahnen. Dass darauf nie oder nur halbherzig reagiert wurde, hat ja zu vielen schweren Verwerfungen geführt, weil die Krankenhäuser aus den Betriebskosten notwendige Investitionen mitfinanzieren müssen. Der sicher vorhandene gute Wille bei einigen Ländern, die Investitionsmittel auch hier und da etwas aufzustocken, ändert nichts an der grundsätzlichen Misere.

Wie könnte aus Sicht des VKD eine modifizierte Krankenhausfinanzierung aussehen?

Dr. Josef Düllings: Ein modifiziertes oder anderes System ist natürlich nicht einfach aus dem Hut zu zaubern. Die Entwicklung der DRGs hat etliche Jahre gedauert. Eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip wäre ebenfalls aus unserer Sicht keine Lösung. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten – die Krankenkassen argwöhnen hier diese Entwicklung bereits – ist aus unserer Sicht auch nicht der Weg. Er lässt das DRG-System als Torso

zurück und produziert nochmals erhebliche Bürokratiekosten. Das hat der VKD kritisiert. Wenn man schon feststellt, dass Veränderungen notwendig sind, sollten diese nicht nur einen Teil betreffen. Das wäre wieder Stückwerk.

Die duale Finanzierung muss – auch eine Forderung des VKD – zwingend als Einheit und in der Wechselwirkung beider Elemente betrachtet werden. Ein großes Problem sind die unterschiedlichen Vorhaltekosten. Die erheblichen Kostensteigerungen durch gesundheitspolitische Entscheidungen und Vorgaben des G-BA treffen zunehmend auf verringerte stationäre Fallzahlen, vor allem in ländlichen Regionen. Die Vorhaltekosten bleiben aber. Auch darauf muss das Finanzierungssystem reagieren, wenn wir für den Bürger auch künftig eine flächendeckende Gesundheitsversorgung garantieren wollen. Einfach zu behaupten, Krankenhäuser, die unter diesen harten Bedingungen nicht wirtschaftlich arbeiten können, seien offenbar überflüssig, ist hochgradig verantwortungslos.

Wir sehen außerdem, dass sich die Strukturen der Gesundheitsversorgung schon seit längerer Zeit wandeln – innerhalb der Häuser werden Prozesse verändert, zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Größe und Ausrichtung entstehen Netzwerke, Kooperationen. Einzelne Klinikunternehmen unterschiedlichster Träger organisieren ihre eigenen Bereiche neu, schaffen Portalkliniken, Gesundheitszentren entstehen um Kliniken herum, sektorenübergreifende Strukturen entstehen. Das alles aber muss sich, um zu funktionieren, auch in ein Finanzierungssystem einbinden lassen.

Also DRGs ja, aber ...?

Dr. Josef Düllings: So einfach wird es nicht sein. Die Bundesländer haben hier im Grunde die Aufgabe, zunächst einmal gemeinsam mit den Beteiligten an der Gesundheitsversorgung die notwendigen Strukturen festzulegen. Das geht über die derzeitige Krankenhausplanung sicher hinaus und schließt notwendige Prognosen zur Entwicklung der jeweiligen Region und den dort notwendigen Versorgungsbedarf sowie weitere wichtige Parameter mit ein. Dass dabei auch temporär notwendige Reservekapazitäten einzubeziehen sind, versteht sich inzwischen von selbst. Diese Strukturen müssen dann aber – differenziert nach ihren unterschiedlichen Vorhaltekosten – eine sichere Basisfinanzierung erhalten und dürfen nicht ständig wieder in Frage gestellt werden. Dass auch kleine Häuser systemrelevant und für die Versorgung sehr wichtig sind, haben wir ja nun erlebt.

Einheitspreise, wie aktuell die Fallpauschalen, sind angesichts der unterschiedlichen Bedingungen und landesspezifischen Regelungen kontraproduktiv. Wir reden nicht einer zwingenden Abschaffung das Wort, weil die DRGs auch positive Wirkungen hatten und haben. Unser Verband hat aber bereits vor einem Jahr dafür plädiert, Diskussionen über notwendige Modifikationen unter Einbeziehung der Praktiker in den Krankenhäusern zügig zu beginnen, weil ein solcher Neustart nicht einfach wird. Er ist aber unumgänglich, wenn wir unsere noch immer gute, flächendeckende Gesundheitsversorgung erhalten wollen. Mit den DRGs heutiger Prägung gelingt das nicht, wie wir ja bereits seit einigen Jahren sehen.

Nochmals möchte ich aber betonen, dass es dabei nicht nur um die Finanzierung der Betriebskosten gehen kann. Ohne Einbeziehung der Investitionsförderung wäre das nur Stückwerk.

Was erwarten Sie für den Herbst und für das kommende Wahljahr für die Krankenhäuser?

Dr. Josef Düllings: Wir können sicher davon ausgehen, dass angesichts der staatlichen Hilfs- und Konjunkturpakete das Geld insgesamt knapp sein wird, selbst wenn 2021 noch ein Jahr der staatlichen Unterstützung sein dürfte. Auch die Krankenkassen dürften ab 2021 nicht mehr auf ihr gewohnt sattes Plus zurückgreifen können. Wir werden voraussichtlich eine höhere Arbeitslosigkeit haben. Damit kommen weniger Beiträge auf die Konten der Kassen. Dem Gesundheitsfonds sind ebenfalls etliche Milliarden Euro entnommen worden.

Außerdem starten wir in ein Wahljahr, in dem wir vermutlich auch für die Gesundheitsversorgung mit Reformvorschlägen aus allen Parteien rechnen können. Die Erfahrungen dieses Jahres werden dabei hoffentlich auch eine Rolle spielen. Die Reform der Notfallversorgung, wie sie durch Corona gestoppt wurde, kann in der vorgesehenen Form, auch angesichts der stetig abnehmenden Kapazitäten bei den niedergelassenen Ärzten, nicht umgesetzt werden. Die Richtigkeit unserer Forderungen hat sich in der Pandemie bestätigt. Anker der Gesundheitsversorgung – auch der Notfallversorgung – sind die Krankenhäuser. Bei ihnen muss der Versorgungsauftrag

liegen – und sie müssen endlich fair für ihre Arbeit bezahlt werden.

Corona ist das große Thema dieses Jahres, aber darunter schwelen die Brandherde weiter. Sie sind nur aus dem Fokus der Öffentlichkeit geraten und werden, wenn wir Bilanz ziehen, umso deutlicher sichtbar sein.

„Die Pandemie hat definitiv gezeigt, wie wichtig eine flächendeckende Versorgung mit Notfallkapazitäten ist. Wir haben hierzu unsere Positionen immer wieder sehr deutlich gemacht.“

Unser Verband hat das „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ begrüßt – als ersten Schritt in die richtige Richtung. Um die Kliniken zukunftsfähig und krisensicher aufzustellen, sind aber weit größere

Investitionen notwendig. Die für das Programm in Aussicht gestellten drei Milliarden Euro sind nicht der „Wumms“, mit dem Bundesfinanzminister Olaf Scholz das Konjunkturpaket zur Abfederung der Corona-Folgen für die Krankenhäuser vorgestellt hat. Bei den drei Milliarden Euro handelt es sich im Grunde nur um die Summe, die den Krankenhäusern jedes Jahr an Investitionsmitteln von den Ländern vorenthalten wird. Wir hatten zum Glück nicht die gleiche Inanspruchnahme wie Kliniken in Italien oder Spanien. Sonst wären die Defizite in der apparativen Ausstattung und der Digitalisierung deutlich stärker zutage getreten.

Was der VKD seit Jahren fordert, ist dagegen ein Masterplan für die Krankenhausbranche. Darin muss es um ein geplantes, gesteuertes, solide finanziertes, abgestimmtes Vorgehen und eine Priorisierung von Maßnahmen in zeitlich getakteten Etappen gehen. Das Konjunkturpaket ist angesichts der massiven Probleme, für die wir – und nicht nur wir – seit Jahren Lösungen anmahnen und Vorschläge machen, eher eine, wenn auch nötige, Feuerwehreaktion in der aktuellen Krise. Wir alle müssen aber weiter in die Zukunft denken. Die Daseinsvorsorge der Krankenhäuser ist nicht nur die Gesundheits- und Lebensversicherung für die Bevölkerung, sondern – wie die Pandemie gezeigt hat – auch ein zentraler Wirtschafts- und Gesellschaftsfaktor, der bei einer vernünftigen Ausgestaltung in Zukunft dazu beitragen kann, dass unsere Gesellschaft und unsere Wirtschaft in einem sicheren Schutzrahmen so funktionieren können, dass unser aller Wohlstand erhalten bleibt – trotz globaler gesundheitlicher Bedrohungen.

Moderne und zukunfts-feste Gesundheitsversorgung durch Aufgabenneu-erteilung

CORONA HAT ES NOCHMALS DEUTLICH GEZEIGT: WIR BRAUCHEN
INTERPROFESSIONELLES TEAMWORK AUF AUGENHÖHE

Die effektive Auseinandersetzung mit der Corona-Pandemie und deren Folgen wird das Hauptthema in den nächsten Monaten sein. Wir müssen weiterhin einen Umgang mit diesem Virus finden und das bisher aus dieser Pandemie Gelernte identifizieren und reflektieren, um für künftige Krisen dieser Art gewappnet zu sein. Die Pandemie hat sehr eindrücklich gezeigt, dass die Gesundheitsberufe „system-relevant“ sind: Sie sichern die gesundheitliche Versorgung der Patienten und Pflegebedürftigen tagtäglich und rund um die Uhr, oft unter schwierigen Bedingungen. Eine optimal aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen ist dabei zwingend notwendig, um die komplexen Versorgungsanforderungen bewältigen zu können.

Auch nach der Pandemie muss der stetigen Verbesserung der Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Gesundheitswesen eine wachsende Bedeutung zukommen, da nur so die großen Herausforderungen der Zukunft bewältigt werden können. Denn die demografische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt werden unsere Gesellschaft weiterhin prägen und verändern.

**NOTWENDIG: INTERPROFESSIONELLES
TEAMWORK AUF AUGENHÖHE**

Die Versorgungsstrukturen und die Anforderungen werden zunehmend komplexer. Die gegenwärtige Krise hat dies noch einmal sichtbar gemacht. In Pflegeeinrichtungen werden immer mehr chronisch und mehrfach erkrankte Menschen versorgt. Und im Krankenhaus benötigen alle Behandler zunehmend Kenntnisse im Umgang mit pflegebedürftigen und demenziell erkrankten Menschen. Des Weiteren gibt es in vielen Berufen, die an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung



Autor

Staatssekretär Andreas Westerfellhaus
Der Bevollmächtigte der Bundesregierung für
Pflege

beteiligt sind, einen Fachkräftemangel. Das betrifft Pflegekräfte und Physio-, Ergotherapeuten oder Logopäden genauso wie Ärzte – in allen diesen Berufsgruppen gibt es schon heute in vielen Regionen zu wenige Berufsangehörige, die die wachsende Arbeitslast bewältigen müssen.

Somit wird eine gute, flächendeckende Versorgung künftig nur gelingen, wenn wir Versorgungsprozesse, Abläufe und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufen und Bereichen neu strukturieren. Es geht darum, die Aufgaben bei der Versorgung von Menschen mit unterschiedlichen Bedarfen zwischen den Gesundheitsberufen ge-

zielter und sinnvoller zu verteilen – damit jeder das macht, was er am besten kann. Dafür brauchen wir ein interprofessionelles Teamwork auf Augenhöhe – nicht nur in der Theorie, sondern tatsächlich im Alltag gelebt. Und das muss schon in der Ausbildung beginnen, denn dort wird der Grundstein für das berufliche Selbstverständnis gelegt. Gesundheitsfachberufe können weit mehr als ärztliche Anordnungen ausführen.

FÜR NOTLAGEN ÜBERTRAGENE VERANTWORTUNG IN DEN REGELBETRIEB ÜBERNEHMEN

Bei allen Einschränkungen und Ängsten, die das Coronavirus der Bevölkerung gebracht hat, hat diese Situation auch dazu geführt, dass viele Innovationen entstanden sind bzw. Maßnahmen ergriffen wurden, von denen wir bisher noch weit entfernt waren. So wurde unter anderem mit dem „Gesetz zum Schutz der Bevölkerung in einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ ermöglicht, dass Pflegekräfte und andere Gesundheitsfachberufe mehr Verantwortung durch die Befugnis zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten bekommen haben. Dieser Schritt war schon längst überfällig und ist sinnvoll, da diese Berufe hochqualifiziert sind. Nun gilt es, die für Notlagen übertragene Verantwortung in den Regelbetrieb zu übernehmen.

Dazu müssen wir uns insbesondere anschauen, welche bisher ärztlich vorbehaltenen Aufgaben verstärkt auf Gesundheitsfachberufe übertragen oder delegiert werden könnten. Pflegekräfte könnten beispielsweise mehr Verantwortung bei der Versorgung chronischer Wunden oder Diabetes mellitus sowie spezifische Infusionstherapien übernehmen. Für die Verordnung von Heilmitteln wurde bereits 2017 mit dem Heil- und Hilfsmittelgesetz (HHVG) die Möglichkeit der „Blankoverordnung“ geschaffen. Allerdings muss der Patient weiterhin zuerst den Arzt konsultieren, bevor er einen Heilmittelerbringer aufsuchen kann oder ein Hilfsmittel erhält. Die Fragen der Delegation von Maßnahmen müssen weitergedacht werden.

Der in anderen Ländern erfolgreich eingeführte Direktzugang sollte auch in Deutschland erprobt werden. Insbesondere auf dem Land, wo eine Unterversorgung mit Ärzten längst Realität ist, kann die Übernahme bestimmter, bisher dem Arzt vorbehaltenen Tätigkeiten durch Gesundheitsfachberufe die Patientenversorgung sichern. Denn wenn der Patient ohne Verordnung direkt zum Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Logopäden gehen kann, oder die Pflegefachkraft die Versorgung von Menschen mit bestimmten Erkrankungen übernimmt, ist das effektiver für alle Beteiligten. Besonders Pfl-

gefachpersonen könnten in der Primärversorgung mehr Verantwortung übernehmen. Vor allem in der häuslichen Versorgung könnten sie stärker als bisher Versorgungsprozesse koordinieren und beispielsweise Assistenzkräfte und ehrenamtliche Helfer anleiten, auf die Gewährung von Sicherheit und Qualität achten, präventiv tätig werden, beraten und lotsen.

WIR BRAUCHEN ENTSPRECHENDE RAHMENBEDINGUNGEN

Aber für mehr Berufsautonomie und Verantwortungsübernahme der nichtärztlichen Gesundheitsfachberufe bedarf es konkreter Rahmenbedingungen. Dazu gehört zum einen die Klärung der Budgetverantwortung. Wer Kosten verursacht, muss diese auch verantworten. Zum anderen muss aber auch geklärt sein, welche Qualifikationen Heilmittelerbringer und Pflegefachkräfte benötigen, um Qualitätsstandards einzuhalten und so die Patientensicherheit zu gewährleisten. In anderen Ländern gibt es einen „Scope of Practice“ – einen klaren Aufgaben- und Verantwortungsrahmen, der geordnet, standardisiert und transparent ist und für alle Beteiligten Sicherheit bietet.

INNOVATIVE KONZEPTE MÜSSEN EINSATZ UND BEZAHLUNG WIDERSPIEGELN

Ebenso bedarf es innovativer Konzepte, die den Einsatz und die Bezahlung der Fachkräfte widerspiegeln. Eine zielgruppenspezifische Zuordnung der Aufgabenfelder entsprechend den Qualifikationsniveaus (Helfer, Fachkraft, Bachelor und Master) ist dafür zwingend. Da im Pflegeberufegesetz die Strukturen für den Bachelorabschluss in der Pflege geschaffen wurden, müssen für diese Qualifikation nun auch die Aufgabenfelder definiert werden. Dies ist notwendig, um die akademisch qualifizierten Pflegekräfte im Beruf zu halten. Denn der Wunsch nach einer sinnvollen, fachlich anspruchsvollen und an dem zu pflegenden Menschen ausgerichteten Tätigkeit mit Handlungsautonomie ist nicht nur als Berufswahlmotiv, sondern auch für die Berufsbindung bedeutsam.

Eine von diesen Vorstellungen abweichend erlebte Berufsrealität kann bereits während der Ausbildung zum Berufsausstieg führen. Dies wäre fatal. Deshalb müssen neue Tätigkeitsfelder und Verantwortungsbereiche für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe definiert werden. Nur so kann auch realisiert werden, dass zum Beispiel die akademisch ausgebildeten Pflegerinnen und Pfleger ihren erlernten Kompetenzen entsprechend eingesetzt werden. Denn gerade in sehr komplexen Arbeitsfeldern bedarf

es spezialisierter Fachkräfte in der Patientenversorgung, um den hohen Anforderungen gerecht zu werden und Arbeitsabläufe weiterzuentwickeln.

Das akademische Angebot muss sich künftig stärker diesen hochkomplexen Feldern widmen und hierfür eine Spezialisierung mit einem Bachelor-, bzw. Masterabschluss ermöglichen, damit z.B. neueste wissenschaftliche Erkenntnisse auch in die Pflegepraxis stärker einfließen können.

Grundsätzlich müssen sich die Aufgabenbereiche an den Versorgungsbedarfen der Patienten orientieren. Dazu müssen sie mit den passenden Qualifikationen besetzt werden. Aber nicht nur die Qualifikation (Grade) ist entscheidend im Arbeitsprozess, sondern auch die vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten (Skills) der einzelnen Beteiligten sind es. Hier ist die Führungsebene stark gefragt, die Fähigkeiten ihrer Mitarbeiter unabhängig von deren Qualifikation zu erkennen und diese dann in entsprechende Aufgabenbereiche einzubinden. Durch eine Optimierung des Grades and Skills-Mixes können Abläufe effizient organisiert und Prozesse besser strukturiert werden. Wenn dies gelingt, steigt die Arbeitszufriedenheit und Unternehmen können auch in Zeiten des Fachkräftemangels ihre Mitarbeiter halten.

Ein gutes Beispiel für interprofessionelle Zusammenarbeit sind die sogenannten Magnetkrankenhäuser in Amerika. Dort hat die Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen den verschiedenen

Professionen oberste Priorität, um so gemeinsam die bestmögliche Versorgung der Patienten zu erreichen – ganz ohne tradiertes Standesdenken. Die Ergebnisse zeigen, dass die Organisation der Krankenhäuser nach dem Beispiel der Magneteinrichtungen auch dabei hilft, als Arbeitgeber noch attraktiver zu werden und besser Fachkräfte finden und binden zu können.

PROZESSSTEUERUNG STÄRKER SEKTORENÜBERGREIFEND BETRACHTEN

Der Vorteil einer multiprofessionell abgestimmten Bedarfserhebung und Versorgungsplanung liegt darin, dass die individuellen Bedarfe der Patienten und Pflegebedürftigen mehrdimensional wahrgenommen werden. Denn in einer sektoralen Versorgung verlieren die jeweils beteiligten Fachkräfte oft aus dem Blick, dass Krankheit bzw. Gesundheit nur ein Teilaspekt der Lebenswelt von Personen darstellt und sich die Interventionen viel stärker an den individuellen Lebenszielen der Betroffenen orientieren müssten. Nur so kann Gesundheitsversorgung nachhaltig sein. Deshalb muss die Prozesssteuerung noch stärker sektorenübergreifend betrachtet werden. Die jeweiligen Verantwortlichkeiten während der einzelnen Phasen müssen festgelegt, Schnittstellen reflektiert und Übergabe- und Evaluationsstandards gemeinsam vereinbart werden. Ein Strategieprozess der Gesundheits- und Pflegeberufe, der Schnittmengen und Schnittstellen des gemeinsamen Handels definiert und das konkrete Handeln und die Zuständigkeiten abstimmt und vereinbart, ist sehr zu begrüßen. Pflegekräfte, Therapeuten, Ärzte und Sozialarbeiter können nur gemeinsam die Herausforderungen einer effizienten, qualitätsgesicherten und am Bedarf der Patienten und Pflegebedürftigen orientierten Versorgung meistern.

NUR GEMEINSAM IST DIE BESTE VERSORGUNG DER PATIENTEN NACHHALTIG GESICHERT

Um die Zusammenarbeit der Berufe voranzutreiben bedarf es sowohl im Studium als auch in der Ausbildung innovativer Lernkonzepte, die den Fokus auf die Interprofessionalität legen. Berufsübergreifende Module oder gemeinsame Lernorte sollten fester Bestandteil der Curricula sein. Ziel aller Neuausrichtungen muss sein, dass alle an der Versorgung Beteiligten sich noch stärker als Teil eines interprofessionellen Teams verstehen und über Sektoren- und Professionsgrenzen hinweg auf Augenhöhe kommunizieren und zusammenarbeiten. Nur gemeinsam kann die bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten auch langfristig und nachhaltig gesichert werden.



Ja, die Krankenhäuser waren und sind die Anker der Gesundheitsversorgung

SIE HABEN DAS IN DIESER TURBULENTEN, SCHWIERIGEN PANDEMIE-ZEIT ERNEUT BEWIESEN

Die deutschen Krankenhäuser haben im März dieses Jahres in einer erheblichen Geschwindigkeit auf die gesundheitspolitisch angewiesenen, gravierenden Maßnahmen gegen die Corona-Pandemie reagiert. Konsens ist inzwischen, dass Deutschland wegen seiner guten, flächendeckenden Gesundheitsversorgung sowie der im Vergleich überdurchschnittlich hohen Dichte an Intensivbetten und Beatmungsplätzen so gut durch die Pandemie gekommen ist. Nirgends in der Bundesrepublik musste ein infizierter und schwer erkrankter Patient befürchten, nicht mehr die Intensivpflege zu bekommen, die er benötigte.

Wir alle haben den Verlauf der Corona-Pandemie bis heute hautnah miterlebt. Es ist aber nicht verkehrt, sich noch einmal in Erinnerung zu rufen, wie diese turbulenten ersten Monate verlaufen sind und was die Krankenhäuser geleistet haben – jene, die viele Covid-19 Patienten zu versorgen hatten, aber auch alle anderen, weil sie sofort und schnell reagiert haben. All das war nicht einfach, zumal sie zunächst nur die politischen Anforderungen umsetzten, ohne zu wissen, wie sie das wirtschaftlich schaffen würden.

RADIKALE MASSNAHMEN – LEERE BETTEN

Durch die dann radikalen Maßnahmen sollte eine extreme Überbeanspruchung des Gesundheitssystems – vor allem der Krankenhäuser – vermieden werden. Angesichts der Prognosen des Robert-Koch-Instituts sowie von Virologen, die von Hunderttausenden Infizierten und intensivmedizinisch zu versorgenden Patienten ausgingen, schien es politisch geboten zu sein, die Infektionskurve radikal abzuflachen.

Die Folge war allerdings, dass rund 150.000 Krankenhausbetten quasi auf einen Schlag leer standen. Freie Kapazitäten hatten damit auch die Intensivstationen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft ging von bundesweit 10.000 freien Intensivbetten aus.

Viele Patienten und schwerkranke Menschen mieden in der Folge das Krankenhaus aus Angst vor einer Ansteckung. Auch viele wichtige Vorsorgeuntersuchungen wurden nicht wahrgenommen. Wichtige Krebs- und Herztherapien wurden nicht durchgeführt.

Ab Mai sah man dann bereits einen erheblichen Rückstau an Operationen und Behandlungen. Dr. Gerald Gaß, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, warnte, das verheiße nichts Gutes. Selbst wenn es zu Lockerungen käme und die Krankenhäuser wieder Schritt für Schritt in den Normalbetrieb gehen würden, werde es schwer werden, in überschaubarer Zeit auf den klinischen Normalbetrieb umzustellen. Er verwies auf den erheblichen organisatorischen Aufwand für die Umstellung.

UNSICHERHEITEN UND IRRITATIONEN

Der Rückblick auf diese ersten Wochen zeigt ein häufig planlos erscheinendes Vorgehen der Politik, das fehlende Vorbereitung auf einen solchen Ernstfall dokumentierte und erhebliche Versäumnisse offenbarte, die sich u.a. in den fehlenden Schutzausrüstungen, Hygienematerialien und Tests zeigten, aber auch in der fehlenden personellen und technischen Ausstattung der Gesundheitsämter und deren uneinheitlichem Vorgehen sowie fehlender Abstimmung des Prozederes untereinander.

Auch die irritierende Zählweise des Robert-Koch-Instituts, die mehrfach geänderten Hinweise zum Tragen von Mund-Nase-Schutzmasken – das alles ist bekannt.

In den folgenden Wochen und Monaten gab es immer wieder Irritationen, etwa in wechselnden Einschätzungen über die Infektiosität von Kindern und Jugendlichen. Die Kitas und Schulen als Allererstes komplett zu schließen, ist inzwischen als Fehler erkannt. Auch Geschäfte und Friseure würde man heute nicht mehr schließen, so Bundesgesundheitsminister Jens Spahn Anfang September.

Ebenfalls nicht gut nachvollziehbar ist, dass Risikogruppen nicht als Allererste geschützt wurden. Schutzkleidung und Tests für die Pflegeheime gab es nicht einmal im April, ja zum Teil noch nicht einmal im August ausreichend. Der Paritätische Wohlfahrtsverband in Baden-Württemberg verwies im August darauf, dass Einmalhandschuhe für Pflegekräfte in Senioren- und Behindertenheimen zur Mangelware würden. Es sei extrem schwierig, Handschuhe zu bekommen und wenn, dann nur zum zehnfachen Preis. Eine Pflegekraft benötige am Tag etwa 30 Paar Handschuhe. Mitte Mai wurde bekannt, dass einige Bundesländer nun schwerpunktmäßig Pflegeheime und das Personal testen wollen. Mitte Mai! Die vorgesehenen regelmäßigen Tests der Mitarbeiter brachen erneut ein, als es galt, aus Risikogebieten zurückkehrende Urlauber zügig zu testen.

Hinterher ist man immer klüger und auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn sagte, dass wir uns nach der Pandemie vermutlich einiges zu verzeihen hätten.

Die Vorstellung, dass die Angst vor der Pandemie viele Menschen dazu bringt, Schutzanweisungen der Virologen und der Politik besser zu folgen, hat sicher die Infektionswelle flacher gehalten, gleichzeitig aber kranke Menschen von einem Arzt- oder Krankenhausbesuch abgehalten. Ein gefährlicher Umstand, der schließlich die DKG und Ärzteverbände sowie Krankenkassen dazu brachte, öffentlich darauf aufmerksam zu machen, dass Kliniken und Arztpraxen sicher seien.

HILFSMASSNAHMEN FÜR DIE KRANKENHÄUSER UND DER „WUMMS“

Da zunächst von einer gleichmäßigen Ausbreitung des Virus ausgegangen wurde, entsprachen dem



Autor

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

auch die Hilfsmaßnahmen für die Krankenhäuser. Unbestritten hat die Bundesregierung hier für das Gesundheitswesen, speziell die Kliniken, ein erhebliches Rettungspaket geschnürt, das nicht nur wegen der Pandemie leergeräumte Betten finanzierte, sondern auch etliche bürokratische Verpflichtungen abgeräumt hat.

Allerdings gab es, wie sich dann herausstellte, diese gleichmäßige Belastung der Krankenhäuser nicht. Die Kliniken im Süden etwa hatten deutlich mehr Patienten zu behandeln als in Mecklenburg-Vorpommern. So wurde folgerichtig das Gießkannenprinzip aufgegeben und Anfang Juni wurden die finanziellen Hilfen differenziert

vergeben. Der VKD hat hier allerdings u.a. die Art und Weise der Einteilung in einer Stellungnahme kritisiert. Benachteiligt wurden auch die Psychiatrischen Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken.

Die Aufstockung von Intensiv- und Beatmungsplätzen wurde ebenfalls finanziert. Hier waren die Krankenhäuser in Vorleistung gegangen – und einige warteten noch im August auf ihr Geld.

Am 3. Juni dann verabschiedete die Regierungskoalition mit einem „Wumms“ ihr 57-Punkte-Programm „Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken.“ Es wurden Hilfen in Höhe von 130 Milliarden Euro angekündigt.

Die Punkte 50 bis 54 „Das Gesundheitswesen stärken und den Schutz vor Pandemien verbessern“ verweisen damit auch auf die Versäumnisse der Vergangenheit. Nachdem die Risikoanalyse des RKI von 2012 noch ignoriert wurde, betont man, aus Erfahrung klug, nun die Bedeutung und Qualität eines breit aufgestellten Gesundheitssystems. Eine modernere und bessere investive Ausstattung der Krankenhäuser in Deutschland sei absolut notwendig. Deshalb werde ein „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ aufgelegt, aus dem notwendige Investitionen gefördert würden – moderne Notfallkapazitäten, eine bessere digitale Infrastruktur der Häuser, Investitionen in die IT- und Cybersicherheit des Gesundheitswesens, die gerade in Krisenlagen noch bedeutsamer sei, und Investitionen in die gezielte Entwicklung und die Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen, sowohl für den Normalbetrieb als auch für Krisenzeiten.

Es wird festgestellt, dass im Falle einer Epidemie kurzfristig der Bedarf an medizinischer Schutzausrüstung steigt. Neben der zusätzlichen Produktion komme der vorausschauenden Bevorratung eine wichtige Rolle zu. Der Bund werde eine nationale Reserve an persönlicher Schutzausrüstung aufbauen. Dies müsse jedoch auch dezentral in den medizinischen Einrichtungen und beim Katastrophenschutz der Länder erfolgen. Dies soll gesetzlich verankert werden. Der Bund werde die entsprechende Erstausrüstung finanziell unterstützen.

Von ausländischen Produzenten von Schutzausrüstungen und Wirkstoffen für Medikamente soll mehr Unabhängigkeit erreicht und ein Programm zur Förderung der flexiblen und im Falle einer Epidemie skalierbaren inländischen Produktion wichtiger Arzneimittel und Medizinprodukt soll aufgelegt werden.

EINBRUCH DER GESAMTEN WIRTSCHAFT

Der Einbruch der gesamten Wirtschaft infolge der Pandemie-Maßnahmen führte zu einer Verschuldung, wie sie kaum vorstellbar ist. Die Gesamtverschuldung durch die enormen Kreditaufnahmen von Bund und Ländern stieg in Deutschland um 124 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Sie stieg, wie die aktuelle Generationenbilanz des Finanzwissenschaftlers Bernd Raffelhüschen von der Universität Freiburg und der Stiftung Marktwirtschaft in Berlin ausweist, auf eine kaum vorstellbare Summe von 11,9 Billionen Euro. Die Steuereinnahmen lagen im Juni 19 Prozent unter dem Wert von 2019. Für das gesamte Jahr 2020 rechnet die Bundesregierung mit einem Steuerminus von fast zehn Prozent.

Dass Deutschland vor einer riesigen Herausforderung steht, machte Bundeskanzlerin Angela Merkel erstmals am 16. Juni in einer Fraktionssitzung der CDU-Bundestagsfraktion deutlich. Sie verwies u.a. auf sieben Millionen Kurzarbeiter im Mai – eine bisher nie dagewesene Anzahl, die es so nicht einmal in der Wirtschafts- und Finanzkrise von 2009 gegeben habe.

AUSWIRKUNGEN FÜR DEN GESUNDHEITSBEREICH

Absehbar sind erhebliche Einnahmeverluste der Sozialversicherungen. Die gesetzlichen Krankenkassen rechnen mit ebenfalls enormen Finanzlöchern. Das wird sich auf die Krankenhäuser definitiv auswirken. Bundeskanzlerin Angela Merkel hat zwar verkündet, dass die Sozialbeiträge auch im Jahr 2021 nicht über 40 Prozent steigen würden, doch die Verluste müssten dann aus Steuermitteln ersetzt werden – und auch dort klappt ja ein Riesenloch. Angesichts der Notwendigkeit, Strukturreformen im Gesundheitsbereich umzusetzen und die Digitalisierung der Krankenhäuser massiv anzukurbeln, stellt sich die Frage, ob das dafür notwendige Geld überhaupt zur Verfügung stehen wird, denn ohne Geld wird es keine Strukturreformen geben können. Die drei Milliarden Euro aus dem Konjunkturprogramm können allenfalls einen Anstoß ermöglichen. Inzwischen mehren sich auch die Stimmen, die den Krankenhäusern unterstellen, finanzielle Gewinner der Pandemie zu sein.

Die Vollbremsung der Wirtschaft weltweit macht es insgesamt kaum seriös möglich, Prognosen über die Wirtschaftsentwicklung in den kommenden Mona-

EIN KURZER KALENDER BIS ZUM HÖHEPUNKT DER PANDEMIE

Die Reaktion auf die bereits von der WHO ausgelöste Pandemiewarnung kam in Deutschland nachweislich fast 80 Tage zu spät. Fatal, da es einen Pandemieplan seit dem Jahr 2012/13 gegeben hat, der ziemlich genau zeigte, was passieren könnte und wie man sich vorbereiten sollte.

Am **31. Dezember** verschickt das internationale Frühwarnsystem ProMED eine E-Mail und informiert über eine unbekannte Lungenentzündung in China. **+++ Am 23. Januar** äußert sich Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in den Tagesthemen zur Thematik, Ende Januar gibt es dann die ersten Fälle in Deutschland. **+++ Der Virologe Prof. Dr. Christian Drosten warnt am 28. Januar**, eine Pandemie könne plötzlich kommen. **+++ Am 26. Februar** beraten dazu Experten im Bundesinnenministerium.

+++ Am 2. März diskutiert der Gesundheitsausschuss schließlich über ein Verbot von Großveranstaltungen. **+++ Am 11. März** ruft die WHO den Pandemiefall aus. **+++ Am 18. März** strahlen ARD und ZDF die erste „Corona-Rede“ von Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel aus, die mahnt, es sei ernst. **+++ Am 23. März** dann schließlich der Lockdown und die Anweisung an die Krankenhäuser, planbare Behandlungen und Operationen auszusetzen, Betten für am Corona-Virus Erkrankte freizuhalten sowie, wenn irgend möglich, Intensivbetten und Beatmungsplätze aufzustocken. Die Krankenhäuser haben nach dem „Sprung ins kalte Wasser“ die Lage gemeistert und sich auf den Ansturm der prognostizierten mindestens 300.000 zu beatmenden Patienten vorbereitet.



ten, ja vermutlich Jahren, anzustellen. Ein so gravierender Einschnitt auch im Leben der Menschen kann zudem zu Verhaltensänderungen führen, die ebenfalls nicht absehbar sind. Was es für die Krankenhäuser wiederum insgesamt nicht einfacher machen wird.

**„Ohne Geld wird es keine
Strukturreformen geben können.
Die drei Milliarden Euro aus dem
Konjunkturprogramm können
allenfalls einen Anstoß ermöglichen.“**

stoff schon im Herbst geben könnte, hält auch das RKI für unwahrscheinlich. Und wenn es ihn gibt, wird es eine Weile dauern, bis er dann tatsächlich für alle Menschen in Deutschland sofort verfügbar wäre.

Am 21. August sagte auch der Virologe Prof. Hendrik Streek, Direktor des Instituts für Virologie am Universitätsklinikum Bonn, gegenüber der Welt, Corona sei „Teil unseres Alltags“ geworden und warb für eine pragmatische Lösung im Umgang damit. Das Virus werde nicht wieder verschwinden.

Die einzig mögliche Schlussfolgerung ist: Wir müssen sachlich darübernachdenken, wie mit den Risiken durch das Virus für die Gesellschaft und damit auch für die Krankenhäuser umzugehen sein wird. Diese Pandemie hat erneut eindrücklich gezeigt: Sie sind die Anker der flächendeckenden Gesundheitsversorgung und müssen weiter gestärkt werden. Alle Versicherten und vor allem die betroffenen Patienten können dann sicher sein, dass es auch weiterhin eine funktionierende Infrastruktur medizinischer Versorgung gibt. Besonders gefährdete Menschen werden besonders geschützt – also vor allem ältere Menschen und solche mit Vorerkrankungen.

ES IST NICHT VORBEI – ABER WIE WEITER?

Das Virus verschwindet nicht. Einen kompletten Lockdown werden weder die Wirtschaft noch die Bürger nochmals aushalten. Die Folgekosten für die Gesellschaft, für Wirtschaft, Gesundheitswesen und jeden Bürger wären untragbar, zumal wir gesehen haben, dass er nur temporär das Virus bremst, aber eben nicht zum Verschwinden bringen kann. Für den Herbst und Winter wird mit erneuten Fallzahlsteigerungen gerechnet. Kann das Virus nicht endgültig besiegt werden, gibt es nur eine Strategie: Es müssen Kompromisse gefunden werden. Es geht um die optimale Lösung, nicht um das Maximum, also die Ausmerzung des Virus, das ja weltweit grassiert. Dabei kann eine Impfung helfen, die aber vermutlich, wie bei der jährlichen Grippe, immer wieder auf eventuell mutierende Viren reagieren müsste.

Weltweit wird aber nicht nur nach einem Impfstoff, sondern auch nach Medikamenten zur Behandlung der Krankheit gesucht. Damit könnte die Wirkung des Virus eingedämmt werden. Dass es den Impf-

Beobachtet werden muss daher systematisch die Entwicklung der Neuinfektionen. Infektionsherde können lokal identifiziert und gegebenenfalls isoliert werden, ohne die gesamte Gesellschaft in Mithaftung zu nehmen, wie es ja bereits praktiziert wird. Technische Möglichkeiten sollten für schnelle Testungen und die schnelle Benachrichtigung von Betroffenen und Gesundheitsämtern flächendeckend zur Verfügung stehen. Auch an Schnelltests wird gearbeitet. Es wurde viel und intensiv geforscht in diesen Monaten. Wissenschaftler und Ärzte gelangten so zu wichtigen Erkenntnissen über das Virus, seine Wirkungen, seine Verbreitung.

Notwendig ist, aus den Erfahrungen heraus eine klare und wirksame Strategie dafür zu entwickeln, wie ein verantwortungsvolles soziales, wirtschaftliches und medizinisches Miteinander in einer solchen Situation ermöglicht werden kann. International gesehen hat unser Land diese Pandemie bisher gut überstanden, das sollte uns doch auch optimistisch machen!



Kliniken im Corona-Modus

Teamarbeit

Kooperationen

Schnelle Entscheidungen

Investitionen

Innovationen

Vertrauen

Engagement



Kein Heldenepos – viele Beteiligte haben zur Bewältigung der Krise beigetragen

DAS MEDIZINISCHE OUTCOME IST GUT, DIE WIRTSCHAFTLICHEN KERBEN SIND ABER TIEF UND NACHHALTEND

Es ist viel von Helden die Rede in diesen Tagen – von Corona-Helden. Schnell werden sie auch in unseren Krankenhäusern verortet. Doch trägt dieser Begriff wirklich? Ist er nicht eher ein plakatives Label, weil Gemeinschaftsleistungen in einer schnelllebigen Mediengesellschaft nicht zur Vermarktung taugen?

Braucht es wirklich Helden, um die Herausforderungen der Corona-Pandemie zu bewältigen? Vermutlich nicht! Es braucht keinen einzelnen, der durch bewusste Regelverletzung und heroische Tat eine Klinik aus der Krise führt. Es braucht auch keine Opferbereitschaft von wenigen, um dem Patienten eine gute Behandlung zukommen zu lassen. Was es braucht, sind abgestimmte Teamleistungen und die Einhaltung von Regeln. Nicht blindes Vorpreschen, kein „mit dem Kopf durch die Wand“, sondern professionelles und abgestimmtes Handeln sind gefordert. Hinzu kommt, faktenbasiert und zügig zu entscheiden und es braucht den Mut, getroffene Entscheidungen auch wieder zu revidieren, wenn sich die Lage ändert. Wenn die vorhandenen Strukturen auch in der Krise funktionieren und Prozesse flexibel auf die veränderten Anforderungen reagieren, ist es aller Anerkennung wert – und vor allem gilt diese den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, welche die Prozesse tragen. Für Heroisierung einer solchen Gemeinschaftsleistung aber ist kein Platz.

Es folgt deshalb nun kein Heldenepos, sondern ein nüchterner Bericht aus dem Schwarzwald-Baar Klinikum – auch darüber, wie viele Beteiligte im Klinikum und darum herum einen Beitrag zur Bewältigung dieser Krise geleistet haben.

DIE KLINIK

Das Schwarzwald-Baar Klinikum ist eine Klinik der Zentralversorgung mit rund 1.000 Krankenhausbetten und zwei Standorten in Villingen-Schwenningen und Donaueschingen. Es hält an den beiden Standorten keine Doppelstrukturen vor. In Donaueschingen wird unter anderem ein Lungenzentrum mit rund 60 Betten betrieben, das von einem Thoraxchirurgen und einem Pneumologen geleitet wird. Die dort vorhandene Expertise legte es nahe, die Behandlung der COVID-19-Patienten an diesem Standort zu konzentrieren. Darüber hinaus handelt es sich um den kleineren der beiden Klinik-Standorte. Als Gesundheitsminister Jens Spahn an die Geschäftsführer der Krankenhäuser die Bitte richtete, sich auf die Versorgung von Notfallpatienten zu konzentrieren und Betten für die Behandlung von COVID-19-Patienten freizuhalten, wurde entschieden, die Einrichtung in Donaueschingen als reines COVID-19-Haus zu betreiben. Alle anderen Abteilungen mit Notfallgeschäft, beispielsweise die Plastische und Handchirurgie, wurden an die größere Betriebsstätte in Villingen-Schwenningen mit rund 800 Betten verlagert.



DIE FAKTEN

Der formelle Krisenstab trat erstmals am 28. Februar 2020 zusammen. Ab dem 2. März 2020 tagte er bis zum 27. April 2020 täglich, danach zwei Mal die Woche und ab Juli 2020 noch wöchentlich. Der erste COVID-19-Patient wurde am 11. März 2020 aufgenommen. Der Höchststand war am 3. April 2020 mit 60 Patienten, davon 18 Intensivpatienten, erreicht. Am 3. August 2020 hatte das Schwarzwald-Baar Kli-

nikum mit großer Ernsthaftigkeit an. Insbesondere im ärztlichen Dienst und im Pflegedienst war eine vom Berufsethos geprägte Bereitschaft zu spüren, die eigene Kompetenz einzubringen. Ein langjähriger Oberarzt des Klinikums durchlief als einer der ersten Patienten in einer sehr frühen Phase der Pandemie eine schwere COVID-19-Erkrankung. Damit wurde vielen Beteiligten klar, dass diese Krankheit nicht auf die leichte Schulter zu nehmen ist.

„Es bestand große Bereitschaft, kurzfristig zusätzliches Knowhow – zum Beispiel im Bereich der Beatmung – zu erlernen. Stationen-, abteilungs- und standortübergreifender Einsatz war selbstverständlich.“

nikum erstmals keinen COVID-19-Patienten mehr in stationärer Behandlung – allerdings nur für die Dauer von drei Tagen.

Insgesamt hat das Klinikum in dieser Zeit 252 COVID-19-Patienten stationär behandelt. Die Patienten kamen aus dem Schwarzwald-Baar Kreis und den benachbarten Kreisen Rottweil, Tuttlingen und Breisgau-Hochschwarzwald. Insbesondere schwere Verläufe wurden aus den kooperierenden Krankenhäusern dieser Landkreise gezielt zuverlegt. Drei Patienten kamen per Hubschrauber aus dem benachbarten Elsaß. Dass es sich um eine Krankheit mit schweren Verläufen handelt, zeigt sich unter anderem daran, dass 38 Patientinnen und Patienten verstorben sind.

DIE MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Klinikums nahmen die Herausforderung der Corona-

Abgesehen von Ausfällen durch Quarantäne-Erlasse des örtlichen Gesundheitsamtes, die insbesondere zu Beginn der Krise nicht immer stringent erschienen, waren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Bord. Die Ausfallquoten lagen selbst mit Berücksichtigung der Quarantänefälle unter dem langjährigen Durchschnitt. Aufgrund der stark reduzierten Patientenbelegung konnten bei konstantem Personal die COVID-19-Behandlungsstationen sowie die eingerichteten Verdachtsstationen deutlich über Normalmaß mit Personal ausgestattet werden. Dies führte zu einer hohen Akzeptanz von zusätzlichen Belastungen – sei es durch das Arbeiten unter persönlicher Schutzausrüstung oder durch flexiblen Einsatz in verschiedenen Stationen und Fachbereichen.

Es bestand große Bereitschaft, kurzfristig zusätzliches Knowhow – zum Beispiel im Bereich der Beatmung – zu erlernen. Stationen-, abteilungs- und standortübergreifender Einsatz war selbstverständlich. So übernahmen beispielsweise die Ärzte der

Orthopädie den Stationsdienst auf der COVID-19-Station, die Intensivmediziner der Kinderklinik kamen in der Erwachsenenmedizin zum Einsatz. Die Kolleginnen des Kontinenzentrums betrieben die hausinterne Abstrich-Praxis für das Personal und die medizinischen Fachangestellten aus den Klinikambulanzen stemmten einen zusätzlichen 24/7-Dienst in der Zentralen Notaufnahme.

„Positiv zu vermerken ist, dass die Auszahlung der Mittel aus dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz über die Regierungspräsidien zügig und mit vertretbarem bürokratischem Aufwand umgesetzt wurde.“

Zwei Fachabteilungen, eine davon die Plastische und Handchirurgie mit hohem Notfallaufkommen, sind innerhalb von wenigen Tagen in einen anderen Klinikstandort umgezogen und wurden dort in die vorhandenen Strukturen, einschließlich OP, integriert.

Herausragend war die Flexibilität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Bereitschaft, sich auf Neues einzulassen. Oft genügten wenige, sicherlich manches Mal auch direkte Entscheidungen des Krisenstabes, dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zielorientiert selbst organisierten.

Aus dem Krisenstab erfolgte jeden Abend ein tägliches „COVID-19-Update“ in Form einer E-Mail an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Neben den aktuellen Zahlen zu Patienten und Verdachtsfällen wurde dabei auch über aktuelle medizinische Entwicklungen und Prognosen zum regionalen Krankheitsgeschehen berichtet. Entscheidungen des Krisenstabes wurden kurz erläutert. Hinzu kamen aber auch Verhaltensregeln oder Hygienetipps. Diese Form der ausführlichen Information fand große Akzeptanz. Verzögerte sie sich in den späteren Abend, kamen aktive Nachfragen an den Krisenstab, wo denn das „Update“ bliebe.

Für die stark belasteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf den COVID-19-Stationen entwickelte die Abteilung für Psychotherapeutische Medizin ein Betreuungsprogramm. Große Resonanz bekam die sogenannte „Auszeit“, die an beiden Standorten von einem Team aus der Klinikseelsorge und der Personalabteilung angeboten wurde. Es wurde die Möglichkeit gegeben, sich aus dem Betrieb heraus-

zuziehen und sich bei einer Butterbrezel zwanglos berufsgruppenübergreifend mit Kolleginnen und Kollegen auszutauschen. Dieses Format wurde mittlerweile in die Post-Corona-Phase verlängert.

Und auch der Humor ging nicht völlig verloren. Die SBK-Desinfektionsmittel-Challenge, ein Video-Format, das sich unterhaltsam mit dem Thema Hygienegerichtlinien auseinandersetzte, ging im Schneeballsystem durchs ganze Haus und erbrachte viele kreative Beiträge und Ideen.

DIE MEDIZIN

Die Beatmungsexperten des Lungenzentrums nahmen in einer sehr frühen Phase der Pandemie Kontakt zu Kollegen in China und Norditalien auf, um von deren Erfahrungen zu profitieren. Nächtliche Skype-Sitzungen gehörten dazu. Auf dieser Basis entstand ein Behandlungsregime, das von Anfang an stark auf längstmögliche nicht-invasive Beatmung setzte. Hinzu kam aufgrund der speziellen Expertise der Onkologie ein medikamentöses Behandlungsregime, das die inflammatorischen Entzündungsreaktionen bei Pneumonien durch eine entität-übergreifende molekulare Therapie bekämpft. Dieses Vorgehen mündete schließlich in eine multizentrische Phase 2-Studie (NCT04338958).

DER KRISENSTAB

Die Besetzung des Krisenstabes orientierte sich an der in den Alarm- und Einsatzplänen definierten Krankenhauseinsatzleitung (KEL), wobei die ärztliche Präsenz in diesem Entscheidungsgremium gestärkt und die Leitung der Krankenhaushygiene regelmäßig hinzugezogen wurde. Die Leitung lag bei der Geschäftsführung. Es wurde großer Wert auf personelle Kontinuität gelegt. Dabei bildete sich eine Kerntruppe von etwa fünf Personen heraus, welche die wesentlichen Organisationsaufgaben übernahm und über circa fünf Wochen hinweg täglich präsent war. Dabei mussten im Verlauf die definierten Zuständigkeiten der Krankenhauseinsatzleitung auch modifiziert werden, da sich Organisationstalent und Krisentauglichkeit nicht immer an einer formellen Funktion festmachen.

Wesentliche Aktionsfelder des Krisenstabes waren neben dem täglichen Reporting und organisatorischer Tagesroutine, die Versorgung mit persönlicher Schutzausrüstung und Desinfektionsmitteln aufrecht zu erhalten und den Umgang mit drohender Knappheit zu regeln sowie eine Covid-Teststrategie festzulegen und regelmäßig mit den internen und externen Laborkapazitäten abzugleichen. Zu Beginn der Krise hat die Klinik auch den Aufbau und



Schwarzwald-Baar Klinikum

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 und zu den 80 größten Kliniken in Deutschland. Dabei hat sich das Klinikum zum leistungsstärksten Zentralklinikum der Region entwickelt: Mit 26 hoch spezialisierten Hauptabteilungen und zwei Belegabteilungen, zumeist auf universitärem medizinischem Niveau, bietet die Einrichtung ein zukunftsorientiertes Leistungsspektrum vergleichbar der „Maximalversorgung“. Angegliedert sind eine Hebammenschule und eine Pflegeschule mit Kinderkrankenpflege und Krankenpflegeschule. Die Leistungsbereiche des Schwarzwald-Baar Klinikums sind in zwei räumlich getrennten Standorten zu finden: Villingen-Schwenningen und Donaueschingen.

Betrieb einer Corona-Abstrichpraxis für die Bevölkerung übernommen, da die eigentlich zuständigen niedergelassenen Ärzte zunächst nicht in der Lage waren, sich auf regionaler Ebene zu organisieren. Dabei stieß individuelles Engagement in dieser Gruppe immer wieder an seine Grenzen, weil es an funktionierenden regionalen Organisationsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen fehlt.

Hausinterne Organisationsaufgaben, die vom Krisenstab initiiert und begleitet wurden, war im ersten Schritt die Räumung eines Klinikstandortes mit rund 240 Betten. Dabei wurden zwei Abteilungen komplett geschlossen und zwei Abteilungen an einen anderen Standort verlegt. Hinzu kamen die Verdoppelung der Intensivkapazität auf ca. 135 Überwachungs- und Beatmungsplätze, die Organisation der Zentralen Notaufnahme mit Separierung der COVID-Verdachtsfälle, die Einrichtung einer Schülerstation zur Betreuung der entlassfähigen Pflegeheimpatienten, die vom Gesundheitsamt unter Quarantäne gestellt wurden, und die Organisation

der Weiterbetreuung von Patienten aus benachbarten Rehabilitationskliniken. Nicht zu unterschätzen war auch der Aufbau eines regelhaften COVID-Reportings aus dem Krankenhausinformationssystem, das den zunächst notwendigen frühmorgendlichen Datenabgleich (bestätigte Fälle, Intensivfälle, Beatmungsfälle, Verdachtsfälle, DIVI-Meldungen) entbehrlich macht und die vorgeschriebenen Meldungen an das Gesundheitsamt automatisiert.

DAS GESUNDHEITSAMT

Eine staatliche Behörde, die ganz plötzlich ins Zentrum des öffentlichen Interesses katapultiert wurde und darauf nicht vorbereitet war. Als einziges großes Versorgungskrankenhaus im Kreis war das Schwarzwald-Baar Klinikum Ansprechpartner für viele Anfragen und Problemstellungen. Umgekehrt waren die Kommunikationswege ebenfalls kurz und niedrigschwellig. Insbesondere zu Beginn der Pandemie gab es eine enge Kooperation bei der Organisation der ersten Abstrich-Stellen.



Autor

Dr. Matthias Geiser

Vorsitzender der VKD-Landesgruppe
Baden-Württemberg, Geschäftsführer der
Schwarzwald-Baar Klinikum
Villingen-Schwenningen GmbH

Aufgrund der knappen personellen Besetzung stand die Behörde trotz hohen individuellen Einsatzes jedoch immer am Rande der Überforderung. Zudem sind die Steuerungsmittel eines Gesundheitsamtes beschränkt und kommen überwiegend aus dem Ordnungsrecht. Gerade in einer Überforderungssituation werden dadurch differenzierte, lageangepasste und flexible Entscheidungen schwierig. So kämpfte das Schwarzwald-Baar Klinikum über Wochen hinweg mit der vom Gesundheitsamt getroffenen Anordnung, dass alle stationären Einrichtungen entlassfähige Patienten aus dem Klinikum erst nach einer 14tägigen externen Quarantäne aufnehmen dürfen. Diese Quarantäne-Einrichtungen standen aber nicht zur Verfügung. Es entstand im Klinikum ein erheblicher Entlassungstau, der erst nach vielen Diskussionen mit der Behörde durch die Einrichtung einer internen Quarantäne-(Pflege-)Station für nicht krankenhausbearbeitungsbedürftige Patienten sukzessive abgebaut werden konnte. Der Streit um die Kostenübernahme dieser Maßnahme dauert noch an.

Hinzu kam, dass das Schwarzwald-Baar Klinikum zu Beginn der Pandemie die einzige Institution war, die umfassend Patienten und Mitarbeiter einem Corona-Test unterzogen hat. Damit kam ein relevanter Anteil der positiven Fälle im Landkreis auch aus diesen Testreihen. Dies führte bei der Behörde zu dem Schluss, dass das Klinikum selbst zur Verbreitung des Virus beiträgt. Es bedurfte vieler Diskussionen und dem Nachgehen von Infektionswegen im Einzelfall, um diesen Generalverdacht auszuräumen.

DIE LANDESVERWALTUNG

Großes Thema zu Beginn der Pandemie war die Ausstattung mit persönlicher Schutzausrüstung. Dem Klinikum ist es gelungen, in enger Zusammenarbeit mit einem örtlichen Automobilzulieferer mit China-Kontakten und hohem persönlichen Einsatz 500.000 FFP II-Masken per Luftfracht zu beschaffen. Damit war man zumindest in diesem Bereich von den zum Teil hilflosen Bemühungen der offiziellen Stellen unabhängig.

Positiv zu vermerken ist, dass die Auszahlung der Mittel aus dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz über die Regierungspräsidien zügig und mit vertretbarem bürokratischem Aufwand umgesetzt wurde. Auch die Pauschalen für die zusätzliche Vorhaltung von Intensivüberwachungs- und -beatmungsplätzen kamen zur Auszahlung und wurden über die verpflichtend gemachten DIMI-Meldungen kontrolliert.

DER GESETZGEBER

Wenn binnen weniger Tage die Belegung eines großen Akutversorgers auf halbe Kraft zurückgefahren wird, kann dies den wirtschaftlich Verantwortlichen schon schlaflose Nächte bereiten. Es blieb das Ver-

„Insbesondere im ärztlichen Dienst und im Pflegedienst war eine vom Berufsethos geprägte Bereitschaft zu spüren, die eigene Kompetenz einzubringen.“

trauen in das Versprechen von Gesundheitsminister Jens Spahn, dass „kein Krankenhaus dadurch ins Defizit kommt.“ Das Schwarzwald-Baar Klinikum hat in allen Jahren, mit Ausnahme des Umzugsjahres in den Klinikneubau, immer Jahresüberschüsse erzielt und Zinsen und Abschreibungen aller Investitionen selbst erwirtschaftet. Zum aktuellen Zeitpunkt (August 2020) geht das Schwarzwald-Baar Klinikum von einem Fehlbetrag in einstelliger Millionenhöhe aus.

Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz hat der Bundesgesetzgeber zumindest schnell reagiert und zwar komplexe, aber zumindest wirksame Regelungen getroffen. Die zunächst befürchteten Liquiditätsengpässe sind nicht eingetreten. Allerdings reichen die verschiedenen gesetzlichen Regelungen voraussichtlich auch nicht aus, die Erlösverluste eines Zentralversorgers mit deutlich überdurchschnittlichem CMI auszugleichen. In welchem Umfang hier nachzubessern ist, wird erst abschließend zu bewerten sein, wenn die Wechselwirkungen zur Regelfinanzierung nach dem KHEntgG geklärt sind. Gesundheitsminister Jens Spahn wird sich an seinem Versprechen messen lassen müssen.

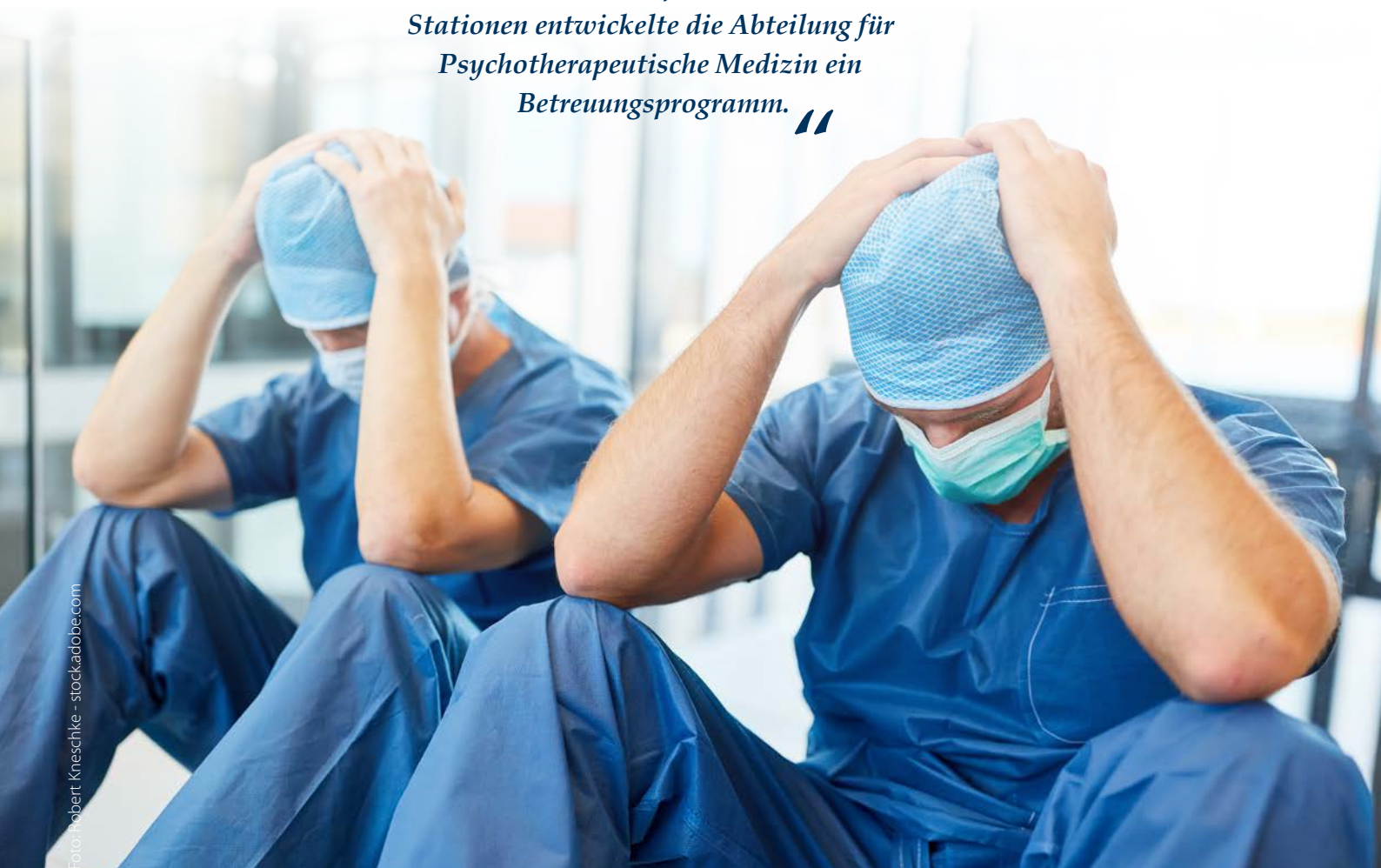
Mit vielen Beteiligten ist es gelungen, die Behandlung der COVID-19-Patienten im Schwarzwald-Baar Klinikum zu organisieren. Das medizinische Outcome ist gut, die wirtschaftlichen Kerben aber

zugleich tief und nachhaltig. Sicherlich hat auch der konsequente Lockdown in Wirtschaft und Gesellschaft dazu beigetragen, dass es zu keiner Überforderung des Gesundheitswesens kam. Vor diesem Hintergrund vermag nun jeder selbst zu beurteilen, ob es Helden brauchte, um die erste Welle der Corona-Krise zu bewältigen und an welchen Stellen diese Helden möglicherweise gewirkt haben.

Am Ende bekommt der Held oft einen Orden. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Schwarzwald-Baar Klinikums ist dieser Orden auch in Form einer (Pflege-)Prämie bislang ausgeblieben. Waren es etwa der Helden zu viele, dass die Politik dieses monetäre Versprechen nicht halten konnte?

(Hinweis: Erst nach Redaktionsschluss der VKD-Praxisberichte 2020 wurde ein entsprechender Beschluss gefasst.)

“ Für die stark belasteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf den COVID-19-Stationen entwickelte die Abteilung für Psychotherapeutische Medizin ein Betreuungsprogramm. ”



Mobilmachung und Imagewandel



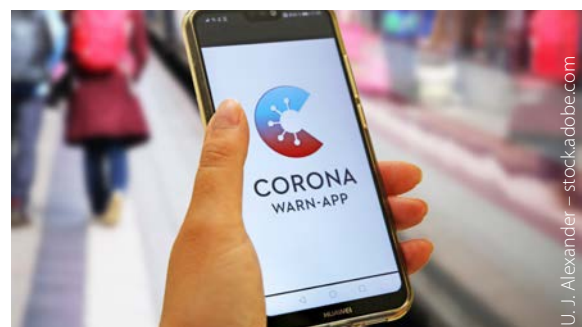
Corona-Krise aus Sicht der Universitätsmedizin in Aachen

DIE KRISE ZEIGTE MASSIV DIE SYSTEMRELEVANZ DER UNIKLINIKEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

Die sogenannte Corona-Krise ist in Wirklichkeit keine genuine „Krise“ im Sinne eines singulären Schadensfalls, sondern eher die bislang nicht abgeschlossene Geschichte einer bundesweit einmaligen Mobilmachung im Gesundheitswesen und der in Teilen ausgebliebenen befürchteten Konsequenzen und Überlastungssymptome für die Intensivmedizin. Das, wovor alle Angst gehabt haben, ist in toto aufgrund umfassender und gelungener Präventivarbeit nicht wie befürchtet eingetreten, auch wenn Mitte Juni bundesweit rund 9.300 Todesfälle schmerzlich zu beklagen sind.

Zu keinem Zeitpunkt aber ist das deutsche Gesundheitswesen ernsthaft an seine Versorgungsgrenzen gestoßen. Die administrative Abstimmung zwischen Bund, Land und Kommunen funktioniert und hat, angetrieben durch die eindrücklichen Bilder in den Medien aus Norditalien und New York, im internationalen Vergleich eher moderate Infektions- und Mortalitätsraten ermöglicht. Auch in Sachen

Digitalisierung ist mittlerweile eine App auf dem Markt, die gleichermaßen dem Infektions- wie Datenschutz Rechnung zu tragen verspricht und auf den ersten Blick in puncto Funktionalität durchaus überzeugend erscheint. Gleichwohl bleiben all diese Geschehnisse nicht folgenlos. Sie erlauben einige vorläufige Schlussfolgerungen – über die Rolle von Kommunikation in der Krise, die Gesundheitswirtschaft und das Image der Universitätsmedizin im Speziellen.



Die Corona Warn-App wurde millionenfach heruntergeladen. (Symbolfoto)

U.J. Alexander – stockadobec.com

Fotos: Uniklinik RWTH Aachen

Autoren

Peter Asché

Vizepräsident des VKD, Kaufmännischer Direktor
der Uniklinik RWTH Aachen

Dr. Mathias Brandstädter

Leiter Stabsstelle Unternehmenskommunikation,
Uniklinik RWTH Aachen



Peter Asché



Dr. Mathias Brandstädter

DIE VIERFACHE CRISIS IN DER CORONA-KRISE

Die Folgen des Stresstests in Sachen Intensivkapazitäten zeigen:

Erstens: Die bisherigen Mechanismen der zentralen Bevorratung von Sachmitteln und Medikamenten (vor allem von Schutzkleidung) sind offenbar stark verbesserungswürdig, will man nicht Kliniken und Niedergelassene schutzlos den teils horrenden Forderungen eines durch die Krise überhitzten Markts überlassen. Hier ist großer Handlungsbedarf gegeben, da es im Kern auch um das Vertrauen der Beschäftigten in die Fürsorgepflicht der Behörden und der Arbeit gebenden Krankenhäuser geht.

Zweitens: Die Universitätsmedizin stand und steht derzeit im Zentrum der Corona-Pandemie – und das nicht erst durch die mediale Korrespondenz von Prof. Dr. Christian Drosten und einem Boulevard-Medium. Sie spielte fortwährend eine zentrale Rolle bei der Versorgung der schwer erkrankten COVID-19-Patientinnen und Patienten sowie bei der wissenschaftlichen Beratung der Entscheidungsträger und Behörden. Sie schult neben den eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch das Personal externer Einrichtungen (z. B. Feuerwehr). Zugleich forschen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Universitätsmedizin an Behandlungsstrategien zur Bekämpfung des Virus.

Drittens: Die Versorgungslasten zwischen den einzelnen Krankenhäusern sind erheblich ungleichmäßig verteilt, auch wenn sich das nicht umgekehrt unmittelbar in der finanziellen Ausstattung spiegelt: Die Bundeskanzlerin sowie die Regierungschefinnen und -chefs der Länder hatten Mitte März beschlossen, grundsätzlich alle planbaren Aufnahmen, Operationen und Eingriffe in Krankenhäusern auf unbestimmte Zeit zu verschieben oder auszusetzen. Auch der Bundesgesundheitsminister hatte die Krankenhäuser

dazu aufgerufen. Ziel war es, alle zur Verfügung stehenden Intensiv- und Beatmungskapazitäten auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren Atemwegserkrankungen durch COVID-19 zu konzentrieren. Die Universitätsklinika setzten diesen Beschluss unisono um und verschoben planbare medizinische Eingriffe. Dies galt insbesondere für planbare Eingriffe, die eine intensivmedizinische Versorgung nach sich ziehen können.

Die Uniklinik RWTH Aachen hatte in der Hochphase beinahe 200 Intensivbetten in Aussicht gestellt, das entspricht mehr als der Hälfte der Beatmungskapazitäten in der gesamten Region. Aus diesem, wohl-gemerkt notwendigen, Vorgehen resultieren zum Teil hohe Fehlbeträge in den Haushalten der jeweiligen Uniklinika, da die OP-Kapazitäten drastisch reduziert und zusätzliches Personal aus den Funktionsbereichen zusammengezogen werden musste. Ein weiterer negativer Effekt ergibt sich durch die ebenfalls stark heruntergefahrenen ambulanten Leistungsangebote.

Viertens: Ungeachtet dessen müssen in den Universitätskliniken weiterhin alle Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen behandelt und operiert werden, deren Versorgung aus medizinischen Gründen nicht verschiebbar ist. Dazu gehören beispielsweise Notfälle, akute Schmerztherapien sowie onkologische Behandlungen und Operationen, wie bei Brust- oder Darmkrebs. Mittlerweile hat sich zudem eine umfangreiche Warteliste mit Patientinnen und Patienten angestaut, die in den letzten Wochen aus Vorsicht und Priorisierung keine unmittelbare Diagnostik und Therapie erfahren haben. Der Anspannung des Shutdowns folgt also unmittelbar das Hochfahren der gedrosselten Versorgungsleistungen.

FACETTEN DER KOMMUNIKATIONSARBEIT

Die Ausrichtung auf die schwerpunktmäßige Versorgung von COVID-19-Patienten ging für die Uniklinik RWTH Aachen mit einem tiefgreifenden Wandel in der Organisation einher: Die OP-Kapazität wurde zeitweise auf die Hälfte gesenkt, Personal zusammengezogen und für den Einsatz auf den Infektions- und Intensivstationen vorbereitet sowie zusätzliche Studierende zur Unterstützung akquiriert und geschult. Flankiert wurde der Organisationswandel durch umfassende interne und externe Kommunikation: Banner und eine Sonderseite auf der Homepage, FAQ-Katalog sowie eine breit angelegte Medienarbeit.

Zur externen Kommunikation gehörten insgesamt 21 Pressemitteilungen und News auf der Homepage, rund 300 Medienanfragen in acht Wochen, Live-Streams der Pressekonferenzen der Stadt Aachen und der StädteRegion Aachen zum Sachstand sowie zahlreiche Exklusivvereinbarungen und Drehs mit Keymedien wie Spiegel, FAZ, ARD und ZDF. Nicht zuletzt nahmen die Social Media-Kanäle in diesem Fall einen besonderen Patz ein: Sie boten persönliche und direkte Informationen und erlaubten mithilfe von Videos, auch komplexere Inhalte didaktisch ansprechend und eingängig zu vermitteln. Neben den Status-Updates hat die Uniklinik daher zwölf Videos erstellt und vor allem auch zur Ansprache der Patientengruppen genutzt, die im Rahmen der Corona-Krise mit einer partiellen Verschlechterung der Versorgungsbedingungen umgehen mussten.

Organisationsänderung geschieht in der Regel aber nicht nur über externe Medienarbeit. Dementsprechend lag der hauptsächliche Fokus der Kommunikationsarbeit auf der internen Kommunikation: Neben einer Sonderausgabe und einer Schwerpunktausgabe der Mitarbeiterzeitschrift „Uniklinikintern“ (Ausgaben 3/2020 und 4/2020, jeweils zwölf Seiten) wurden insgesamt sieben mehrseitige Letter CEOs an alle rund 8.000 Mitarbeitende verschickt. Hinzu kam der Live-Ticker im Intranet (Zeitraum: Anfang Februar bis Anfang Juni 2020 wurden dort tagesaktuell 178 Einträge und News geschaltet), ein FAQ-Katalog im Intranet, Banner, Flyer und Plakate, eine breite hausinterne Beschilderung (etwa zu den Themen Besuchsverbot/Abstandsgebot), die Begleitung der hausinternen Krisenstäbe sowie eine tägliche Status-Mail an alle Führungskräfte im Haus (Zeitraum: Ende Februar bis Ende Mai 2020).

Start des Virtuellen Krankenhauses

Ursprünglich sollte das Virtuelle Krankenhaus Nordrhein-Westfalen erst im Sommer 2020 starten. An-



Vorgezogen: Start des Virtuellen Krankenhauses NRW



Bei schweren Verläufen werden Patientinnen und Patienten aus Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung telemedizinisch mitbetreut.

gesichts der sich verschärfenden Corona-Pandemie und der hohen Erkrankungszahlen in NRW hatte die Landesregierung beschlossen, den Start des Virtuellen Krankenhauses NRW auf den 30. März 2020 vorzuziehen und telemedizinische Anwendungen zu nutzen, um schwerstkranke COVID-19-Patienten und -Patientinnen im Land flächendeckend optimal zu versorgen.

Das Angebot kam keinen Tag zu früh: Binnen einer Woche, nachdem Ärzte in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung bei schweren stationären COVID-19-Verläufen direkt auf die intensivmedizinische und infektiologische Expertise der Unikliniken Aachen und Münster zugreifen konnten, wurden etwa 200 COVID-19-Patienten und -Patientinnen telemedizinisch mitbetreut. In den Audio-Video-Konsilen ist die anspruchsvolle Beatmung im Rahmen des schweren Lungenversagens seither ein Hauptthema. Hier stellen sich häufig Fragen

zum Zeitpunkt des Beatmungsbeginns, zur Lagerungstherapie der Patienten, zur Entwöhnung von der künstlichen Beatmung und zur antiinfektiven Therapie einer möglichen bakteriellen Superinfektion (sich überlagernde Infektion).

Ziel ist die bestmögliche Intensivtherapie der Patienten vor Ort. Hochrisiko-Verlegungen in ein Zentrum sollen vermieden werden und sich auf den notwendigen Einsatz eines künstlichen Lungenersatzes beschränken. Ein gutes Signal für das Virtuelle Krankenhaus: Durch die telemedizinische Unterstützung konnte bislang ein Großteil der Verlegungen vermieden werden, so dass die Patienten weiter heimatnah versorgt werden konnten.

KONTUREN EINES IMAGEWANDELS

Universitätskliniken sind nicht in erster Linie familiäre Institutionen für Patienten und Besucher. Als maximalversorgende Krankenhäuser mit dem Dreiklang von Forschung, Lehre und Versorgung gelten sie als groß, komplex und tendenziell eher als unübersichtlich. Sie übernehmen im Kontext einer Pandemie aber auch eine Steuerungsfunktion für die Patientenversorgung in ihrer Region oder stellen im Verbund mit der universitären Forschung ihre fachliche Expertise im Kampf gegen das Virus zur Verfügung. Die Universitätsmedizin leistet damit einen zentralen Beitrag, der weit über die Funktion anderer Krankenhäuser hinausgeht. Die Krise verdeutlicht in diesem Fall massiv die Systemrelevanz der Unikliniken für das Gesundheitswesen.

Das, was für viele Patienten im Alltag mangels Hintergrundwissen und fachlicher Expertise verschlossen bleibt, tritt im Rahmen eines solchen Ereignisses eindringlich zutage. Die Versorgung wird im Krisenfall um den universitären Maximalversorger herum konzipiert. Auch im Blick auf die Forschung setzt eine Uniklinik entsprechend Akzente: Unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. med. Michael Dreher, Direktor der Klinik für Pneumologie und Internistische Intensivmedizin an der Uniklinik RWTH Aachen, haben Aachener Mediziner Anfang April im Ärzteblatt einen Fachartikel veröffentlicht, in dem sie die bundesweit ersten 50 Patientinnen und Patienten beschreiben und die klinischen Charakteristika vergleichen. Ziel der Kommunikation im Rahmen der Normalisierung des Betriebs sollte es sein, diese systemrelevante Rolle des Hauses entsprechend kommunikativ zu festigen – und das nicht nur bei der Zielgruppe der Patienten oder Niedergelassenen.

Anfang des Jahres hat die Uniklinik RWTH Aachen sich dazu entschlossen, das neue Format „Zukunfts-Gespräche“ ins Leben zu rufen. Ziel dieser Veranstal-

„Durch die telemedizinische Unterstützung konnte bislang ein Großteil der Verlegungen vermieden werden, so dass die Patienten weiter heimatnah versorgt werden konnten.“

tungsreihe ist es, Menschen, die die Stadt Aachen wirtschaftlich, kulturell und politisch prägen, über stadtrelevante Themen und Angelegenheiten auf dem Laufenden zu halten und sich im Rahmen eines kollegialen Dialogs auszutauschen. Die Auftaktveranstaltung fand am 4. Mai 2020 ganz im Zeichen der aktuellen Corona-Krise unter strikter Einhaltung des Abstandsgebots und der Hygieneregeln statt. Der Ärztliche Direktor, Prof. Dr. med. Thomas H. Ittel, und der Kaufmännische Direktor, Peter Asché, nutzten die Gelegenheit, um gemeinsam mit den Funktions- und Mandatsträgern aus der StädteRegion Aachen die Thematik Coronavirus und die damit einhergehenden Herausforderungen für die Uniklinik als Supramaximalversorger zu durchleuchten – denn mit aktuell 120 Intensivbetten und einer stufenweisen Erweiterungsoption auf 135 Betten und mehr verfügt die Uniklinik über mehr als die Hälfte der Kapazitäten der gesamten Region. Mit der neuen Veranstaltungsreihe wollte und will die Uniklinik künftig den Informationsfluss hin zur Stadtgesellschaft optimieren und darüber hinaus eine Plattform für regelmäßigen Dialog, aber auch für kontroverse Diskussionen bieten. Alle Fraktionen folgten der Einladung.

Uniklinik RWTH Aachen

Die **Uniklinik RWTH Aachen** verbindet als Maximalversorger patientenorientierte Medizin und Pflege, Lehre sowie Forschung auf internationalem Niveau. Mit 36 Fachkliniken, 28 Instituten und sechs fachübergreifenden Einheiten deckt die Uniklinik das gesamte medizinische Spektrum ab. Die Bündelung von Krankenversorgung, Forschung und Lehre in einem Zentralgebäude bietet beste Voraussetzungen für einen intensiven interdisziplinären Austausch und eine enge klinische und wissenschaftliche Vernetzung.

Rund 8.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sorgen für patientenorientierte Medizin und eine Pflege nach anerkannten Qualitätsstandards. Die Uniklinik versorgt mit 1.400 Betten rund 50.000 stationäre und 210.000 ambulante Fälle im Jahr.

Bismarck und Corona in M-V

ERFAHRUNGEN AUS DEM BUNDESLAND MIT DER GERINGSTEN INZIDENZ

Die Corona-Pandemie hat die tägliche Arbeit in den Krankenhäusern grundlegend verändert. Die Gesundheitsversorgung wurde zwangsläufig auf den Prüfstand gestellt. Eine Vielzahl von Rechtsverordnungen kamen im Wochenrhythmus hinzu oder wurden angepasst. Man sollte eine Lehre daraus ziehen, wie man zukünftig mit der Finanzierung von Kosten aufgrund von Epidemien umgeht. Die Diskussion darüber ist derzeit in vollem Gange. Ein Blick auf die Krankenhauslandschaft in Mecklenburg-Vorpommern zeigt gleichzeitig, wie erfolgreich schnelles und stringentes Vorgehen in der Pandemie war, aber auch, welche unterschiedlichen Reaktionen es dennoch gab.

Wenn überhaupt jemand über einen Zusammenhang zwischen dem früheren deutschen Reichskanzler und der Corona-Pandemie nachdenkt, dann fällt einem wohl zuerst Bismarcks Einführung eines Sozialversicherungssystems ein. Jedoch das war es nicht, worauf die Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern in diesem Jahr ihre Hoffnung lenkte. Sondern das folgende Zitat, das dem Politiker zugeschrieben wird: „Wenn die Welt untergeht, so ziehe ich nach Mecklenburg, denn dort geschieht alles 50 Jahre später.“ Will sagen, der Norden hinkt manchmal der Entwicklung in Deutschland etwas hinterher. Aber ausnahmsweise wünschten sich gerade das insbesondere diejenigen, die für die Gesundheitsversorgung im Land Verantwortung tragen. Wie kann es gelingen, die Verbreitung von COVID-19 zu verhindern oder wenigstens zu verlangsamen, um die Bilder aus den Kliniken in Italien hier nicht Realität werden zu lassen?

Nachdem Ende Januar 2020 bekannt wurde, dass die ersten bestätigten Einzelfälle in Deutschland sich direkt in China angesteckt hatten und sich in Quarantäne befanden, war es nur eine Frage der Zeit, dass das Virus auch in Mecklenburg-Vorpommern „ankommt“.

Während eines Wahlkreis-Besuches am 28. Februar 2020 fragte mich unsere Bundestagsabgeordnete, Dr. Angela Merkel, noch relativ entspannt, wie denn

die aktuelle Situation in den Kliniken sei und wie wir für einen Ernstfall vorbereitet wären. Noch ohne Gesichtsmaske und Abstandhalten informierte ich die Bundeskanzlerin, dass es noch „ruhig“ wäre, weil es noch keinen Corona-Fall gebe. Gleichzeitig äußerte ich aber meine Befürchtung, dass auch wir einen solchen Ansturm wie in Italien wohl kaum bewältigen könnten. Später sollte sich zeigen, dass unser Bundesland glücklicherweise die geringste Erkrankungshäufigkeit in Deutschland zu verzeichnen hatte. Warum war das so?

Kurz nachdem sich die Landesregierung am 3. März 2020 erstmals mit Corona beschäftigte, gab es die ersten Erkrankten. Ein Ehepaar war Ende Februar auf einem Kongress in Baden-Württemberg nach einem Hinweis des dort zuständigen Gesundheitsamtes, dass Kontakt zu einem Infizierten bestanden hatte, positiv getestet worden. Insofern trat COVID-19 in unserem Bundesland nicht später, sondern fast zeitgleich zu allen Regionen Deutschlands auf. Durch das Gesundheitsministerium Mecklenburg-Vorpommerns wurden sofort eine zentrale Bürgerhotline sowie weitere Hotlines bei den Gesundheitsämtern der Landkreise eingerichtet. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, bei Krankheitssymptomen nicht sofort den Hausarzt oder die Kliniken aufzusuchen, sondern zunächst die Telefonberatung zu nutzen. Nur so könnte eine Ansteckung verhindert und das medizinische Personal geschützt werden.

Neben den deutschlandweit geltenden Regelungen, welche die Bundesregierung gemeinsam mit den Ländern abgestimmt hatte, erließ die Landesregierung in Mecklenburg-Vorpommern bereits am 14. März 2020 einen separaten Beschluss, der Maßnahmen gegen die Corona-Ausbreitung in Mecklenburg-Vorpommern festlegte.



Wichtige Entscheidungen, um eine Corona-Welle zu vermeiden und die Gesundheitsversorgung sicherzustellen, waren:

- » die sofortige Schaffung von 12 sog. separaten „Abstrichzentren“
- » keine stationäre Aufnahme von Patienten, wenn die geplante Behandlung medizinisch vertretbar verschoben werden kann
- » Veranstaltungen mit mehr als 50 Teilnehmern wurden untersagt
- » sofortiges Besuchsverbot für klinische und pflegerische Einrichtungen
- » sofortige Schließung öffentlicher Einrichtungen

Zu diesem Zeitpunkt wirkte die gerade von der Forschungsgruppe Urlaub und Reisen für Deutschland veröffentlichte Reiseanalyse 2019 wie aus einer anderen Welt. Denn obwohl Mecklenburg-Vorpommern das beliebteste Urlaubsreiseziel war und 2020 auch wieder werden sollte, traf die Landesregierung die Entscheidung, ab dem 19. April 2020 Einreisen zu touristischen Zwecken zu verbieten. Das traf nicht überall auf Zustimmung. Gerade in den für das Land so wichtigen Wirtschaftszweigen – wie Gastronomie und Tourismus – war die Ablehnung groß.

Die Öffnung großer Verkaufsstätten (z.B. Baumärkte) wurde ebenfalls untersagt, während der Verkauf in den Nachbarländern noch munter weiterging. Am 28. April kam das Angebot einer flächendeckenden Testung für alle Pflegeheimbewohner und -beschäftigte dazu, weil gerade dort die größten Risikogruppen vorhanden sind.

WIE GESTALTETE SICH DIE SITUATION FÜR DIE KRANKENHÄUSER IM LAND?

Nachdem aus den Kliniken ein dringlicher Abstimmungsbedarf bezüglich einer gemeinsamen Strategie deutlich gemacht wurde, organisierte die Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern am 6. März eine erste Telefonkonferenz. Darin konnte insbesondere auf die Fachexpertise der beiden Universitätsklinika des Bundeslandes zurückgegriffen werden.

Anschließend erhöhte sich die Schlagzahl der eingeleiteten Maßnahmen deutlich:

- 19. März: sofortige Bereitstellung von Fördermitteln (400.000 Eur) zur Aufstockung der Testkapazität an den Labor-Instituten der beiden Universitäten
- 23. März: Bildung von vier „Regional-Clustern“ mit jeweils fünf bis acht Kliniken zur Aufnahme und Verteilung von COVID-19-Erkrankten, Cluster-Koordinierungsstelle ist das jeweilige Krankenhaus der Maximalversorgung in der Region, zusätzlich wird als Versorgungsreserve jeweils eine Reha-Klinik festgelegt
- parallele Einrichtung von mindestens vier Fieberzentren zur Vordiagnostik im ambulanten Bereich
- 27. März: Einsatz mobiler „Abstrich-Teams“ zur Testung immobiler Patienten
- bis 3. April: Verdoppelung der Kapazität an Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit auf 529.

Damit waren gute Ausgangsbedingungen für eine Beherrschung der sich inzwischen zur weltweiten Pandemie verschärften Corona-Erkrankung geschaffen.



Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel informiert sich in den Boddenkliniken über die Pandemie-Lage



ERFREULICHER LETZTER PLATZ UNTER ALLEN BUNDESLÄNDERN

Wie entwickelte sich dazu das Infektionsgeschehen? Nachdem Mecklenburg-Vorpommern neben Bayern zu den Bundesländern gehörte, welche die restriktivsten Regelungen für einen größtmöglichen Schutz der Bevölkerung getroffen hatte, hielten sich die Krankheitsfälle in Grenzen. Sowohl bezogen auf die absolute Fallzahl (ca. 800) als auch im Hinblick auf die Inzidenz (ca. 50) und die Sterblichkeit (20) belegte das Bundesland immer den – hier durchaus erfreulichen – letzten Platz unter allen Bundesländern. Die Beanspruchung der Kliniken war sehr gering. Nur 118 Fälle mussten stationär, davon 21 intensivmedizinisch behandelt werden. Zu keiner Zeit gab es Überschreitungen der Kapazitätsgrenzen (Daten vom 20. Juli 2020). Mitte April hatte Landesgesundheitsminister Harry Glawe sogar Großbritannien angeboten, Erkrankte von dort in unseren Kliniken aufzunehmen.

UNTERSCHIEDLICHE ENTSCHEIDUNGEN ZUR AUSSETZUNG VON OPERATIONEN

Ganz im Gegensatz zur entspannten Lage beim Infektionsgeschehen stand die Unsicherheit, in der wir uns bezüglich der wirtschaftlichen Situation unserer Kliniken befanden. Zwar hatte die Bundesregierung einen „Rettungsschirm“ angekündigt, welcher größere finanzielle Schäden abwenden sollte, aber es war zunächst nicht klar, wann und in welcher Form dieser beschlossen würde. Dies führ-

te dazu, dass die Krankenhausleitungen nicht einheitlich über den Zeitpunkt der Aussetzung ihrer geplanten OP-Programme entschieden. Während die Geschäftsführungen die Finanzlage im Blick haben mussten, ging es den Medizinern um die Frage, was medizinisch (noch) vertretbar wäre.

Während einige Kliniken sich sehr früh festgelegt hatten, keine aufschiebbaren Operationen mehr durchzuführen, erfolgte dies andernorts erst viel später. Diese unterschiedliche Verfahrensweise wurde von den Patienten nicht akzeptiert und sorgte für Empörung. Hinzu kam, dass aufgrund der geringen Anzahl von Corona-Fällen im Vergleich zu anderen Bundesländern deutlich mehr Kapazitäten in M-V frei waren. Letztlich haben die Bürger „mit den Füßen“ abgestimmt und sind dorthin gewechselt, wo sie behandelt wurden. Inwieweit alle verschobenen Eingriffe inzwischen „abgearbeitet“ worden sind, lässt sich noch nicht abschließend einschätzen. Es wurde jedoch von mehreren Ärzten aus „meinem“ Krankenhaus darauf hingewiesen, dass die Patienten ihre Krankheiten teilweise verschleppten und damit der Gesundheitszustand und das Operationsrisiko deutlich negativ beeinflusst wurden.

VKD PLÄDIERT FÜR PRAGMATISCHEN ANSATZ ZUR STÄRKUNG DER KLINIKEN

In vielen Telefonkonferenzen auf Bundes- und Landesebene haben wir als VKD-Mitglieder Zuarbeiten geleistet und Hilfsmaßnahmen diskutiert. Dabei ha-



Dr. Falko Milski gibt einem Team des NDR ein Interview zur Corona-Situation in den Kliniken des Bundeslandes und in den Bodden-Kliniken

„Man sollte eine Lehre daraus ziehen, wie man zukünftig mit der Finanzierung von Kosten aufgrund von Epidemien umgeht.“

ben wir uns gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und anderen Verbänden immer wieder dafür ausgesprochen, einen pragmatischen Ansatz zur Stärkung der Krankenhäuser zu beschließen. Einerseits sollte durch schnelle Geldflüsse die Zahlungsfähigkeit der Häuser gesichert werden und andererseits ein richtiges Maß für die Höhe gefunden werden. Hier wäre ein zeitlich befristeter Selbstkostendeckungsansatz sicherlich die beste Variante gewesen. Stattdessen hat man sog. „Freihaltepauschalen“ festgelegt, bei denen es – genauso wie beim DRG-System – immer Gewinner und Verlierer gibt.

Hier war Streit vorprogrammiert, so dass die Pauschalen schon nach kurzer Zeit wieder geändert werden mussten. Ob diese Ausgleichszahlungen letztendlich kostendeckend waren oder nicht, wird sich erst in den nächsten Monaten zeigen. Hintergrund ist, dass eine Vielzahl von Rechtsverordnungen im Wochenrhythmus hinzukamen oder angepasst wurden bzw. immer noch werden. Man sollte eine Lehre daraus ziehen, wie man zukünftig mit der Finanzierung von Kosten aufgrund von Epidemien umgeht. Die Diskussion darüber ist derzeit in vollem Gange.

Rückblickend auf die letzten Monate geschaut, kann ich bezüglich des eingangs genannten Bismarck-Zitates einschätzen, dass in Mecklenburg-Vorpommern nicht alles viel später als im Rest Deutschlands passiert. Dieses Mal hatten wir aufgrund der richtigen Entscheidungen „die Nase vorn“.



Autor

Dr. Falko Milski

Pressesprecher des VKD,
Vorsitzender der VKD-Landesgruppe
Mecklenburg-Vorpommern,
Prokurist Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten

Kooperativ, unkompliziert und vertrauensvoll

VERSORGUNGSCUSTER CORONA WEST-BRANDENBURG (VCC WEST)

Im Westen Brandenburgs hat ein Netzwerk von 19 Krankenhäusern gemeinsam die Versorgung von Corona-Patienten übernommen. Das Ziel: Eine Steuerung von schwer erkrankten COVID-19-Patienten in die für sie beste Versorgung, das Freihalten von entsprechenden Kapazitäten dafür, vor allem im Städtischen Klinikum Brandenburg, sowie gleichzeitig eine unkomplizierte Verlegung von nicht an COVID-19 erkrankten Patienten in andere Häuser des Netzwerks.

Die beachtlichen Ergebnisse dieser sehr schnell schon im März vereinbarten Kooperation, die am 6. April dann ihre Arbeit aufnahm: Auf Initiative der Schwerpunkthäuser und mit Unterstützung der brandenburgischen Gesundheitsministerin haben die Krankenhäuser des Landes Brandenburg für ihr jeweiliges Versorgungsgebiet eine koordinierende Rolle zur Steuerung der Behandlung von an COVID-19 erkrankten Patientinnen und Patienten übernommen. Die Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH hatte als eines der zwei Schwerpunkthäuser der Region Westbrandenburg den Aufruf zur Kooperation gestartet.

Zunächst war angedacht, zwei Koordinierungsstellen, eine in Brandenburg an der Havel und eine weitere in der Landeshauptstadt Potsdam, zu etablieren. Aufgrund der angespannten Situation in der Landeshauptstadt Potsdam, übernahm - in Abstimmung mit dem Ministerium für Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz (MSGIV) und dem Klinikum Ernst von Bergmann - das Städtische Klinikum Brandenburg die Federführung und es erfolgte eine Erweiterung des Versorgungsclusters auf insgesamt 19 Kliniken (zuvor 9 Kliniken). Das Versorgungscluster erstreckte sich über die Landkreise Havelland, Potsdam-Mittelmark, Teltow-Fläming sowie die kreisfreien Städte Brandenburg an der Havel und die Landeshauptstadt Potsdam (Versorgung von etwa 1/3 der Brandenburgischen Bevölkerung – ca. 800.000 Einwohner).



Autor

Christian Pellehn

Referent der Geschäftsführung
und Leiter Koordinationsstelle,
Städtisches Klinikum Brandenburg

KOOPERATIVE ZUSAMMENARBEIT, ZENTRAL GESTEUERTE ARBEITSTEILUNG

Am 6. April 2020 hatte die Koordinierungsstelle (inkl. medical board für fachliche und medizinische Rückfragen) in der Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH ihre Arbeit aufgenommen, mit dem Ziel, erkrankte Patienten barrierefrei und zentral zu steuern, um eine optimale medizinische Versorgung der Patienten unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen gewährleisten zu können. Die Koordinationsstelle agierte dabei oberhalb des Einzelkrankenhauses unter der Leitung des Schwerpunktversorgers in Brandenburg an der Havel und war zugleich Ansprechpartner für Kliniken aus der Umgebung. Telefonisch war die Leitstelle unter ei-

„Vor allem in Krisensituationen ist eine schnelle Einigung auf ein gemeinsames Vorgehen notwendig, um sofort handlungsfähig zu sein. Darauf muss man sich vorbereiten, denn krisenhafte Ereignisse wird es immer wieder geben.“

ner zentralen Rufnummer 24/7 erreichbar. Die praktischen Erfahrungen, die aus der übergeordneten und kollegialen Zusammenarbeit gewonnen wurden, wurden fortlaufend in den Prozess eingebracht und im Netzwerk mittels Konferenzschaltungen wöchentlich kommuniziert.

Ab dem 26. Juni 2020 erfolgte ein stufenweiser Abbau des VCC West, da im Versorgungsgebiet Westbrandenburg nur noch wenige COVID-Patienten stationär behandelt werden mussten und der Regelbetrieb in allen Kliniken hochgefahren wurde. Zudem hatten die Kliniken Ernst von Bergmann sowie das Sankt Josef Krankenhaus in Potsdam zwischenzeitlich das Überleitungsmanagement wieder jeder für sich selbst organisiert. Sollte eine vergleichbare Situation entstehen, so würde die Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH erneut die Koordinierungsstelle VCC West in Brandenburg an der Havel betreiben.

Bis zum 12. Juni 2020 wurden durch die kooperative Zusammenarbeit in Verbindung mit einer zentral gesteuerten Arbeitsteilung aller beteiligten Kliniken seit April 2020 allein durch das VCC knapp 800 Pa-

tientinnen und Patienten innerhalb des Netzwerks gezielt aufgenommen, diagnostiziert, und behandelt. Hierbei handelte es sich auch um Patienten aus den Potsdamer Häusern, nachdem im Klinikum Ernst von Bergmann ein CORONA-Ausbruch dazu geführt hatte, dass die hiesige Amtsärztin dem Krankenhaus ad hoc einen Aufnahmestopp für Patienten verhängte. Dies führte zu einer verschärften Situation, da zunächst ein 1.100 Bettenhaus ohne Vorankündigung vom Netz genommen wurde. Bis heute fehlen der Region noch ca. 500 Betten. Schwerwiegende Folgen, die die Netzwerkpartner der Region weitestgehend abgedeckt haben.

Insgesamt konnte die Funktionsfähigkeit der Krankenhäuser in der Region mit ihren 800.000 Einwohnern voll aufrechterhalten werden.

ERFAHRUNGEN AUS DER ZUSAMMENARBEIT

Die Arbeit im Netzwerk hat den Blick aller Beteiligten dafür geschärft, dass eine hochwertige, zukunftsichere Gesundheitsversorgung auch für jedes einzelne Krankenhaus den Blick auf die gesamte Versorgungssituation in der Region benötigt.



Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH

Häuser aller Versorgungsstufen werden gebraucht und gewinnen gleichzeitig in der Kooperation mit den anderen.

Vor allem in Krisensituationen ist eine schnelle Einigung auf ein gemeinsames Vorgehen notwendig, um sofort handlungsfähig zu sein. Darauf muss man sich vorbereiten, denn krisenhafte Ereignisse wird es immer wieder geben.

„Häuser aller Versorgungsstufen werden gebraucht und gewinnen gleichzeitig in der Kooperation mit den anderen.“

Ohne eine zentrale Koordinierung auf Basis einer abgestimmten und zentral gesteuerten Arbeitsteilung funktioniert eine solche Kooperation nicht. Dafür braucht ein Netzwerk eine Koordinierungsstelle, die nicht nur ständig erreichbar ist, sondern auch schnell auf medizinische Expertise zurückgreifen kann.

Ein effizientes Verlegungsmanagement sollte in Echtzeit funktionieren – im Fall des VCC West Brandenburg war das die digitale Plattform Recare, über die Anfragen zeitnah beantwortet und Verlegungen sehr schnell organisiert werden können. Auch für „normale“ Zeiten ist das ein Tool, das sich bereits im Bereich der Pflegeheime etabliert hat und von Krankenhäusern im Rahmen des Entlassmanagements genutzt wird.

Eine Kooperation, wie sie im Rahmen der Corona-Pandemie im Westen Brandenburgs sehr gut funktionierte, braucht gegenseitiges Vertrauen – und schafft auch Vertrauen für die Zukunft. Das zeigte auch die große Hilfsbereitschaft untereinander, der Erfahrungsaustausch zum Vorgehen in der Pandemie und der Austausch von Schutzmaterialien für Mitarbeiter und Patienten.

DAS VCC WEST-BRANDENBURG

Die Klinikkooperation „Versorgungscluster West-Brandenburg“ wurde im März gegründet. Beteiligt waren ab April 2019 Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungsstufen und Fachkliniken der Region. Die Federführung hatte das Städtische Klinikum Brandenburg, das unterstützt wurde von den Recura Kliniken Beelitz Heilstätten und dem Johanniter-Krankenhaus Treuenbrietzen. Eingebunden war auch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz (MSGIV) des Landes Brandenburg. Die Koordinierungsstelle unter Lei-

tung von Christian Pellehn wurde am Städtischen Klinikum Brandenburg installiert und personell unterstützt durch die Recura Kliniken Beelitz Heilstätten, das Johanniter-Krankenhaus Treuenbrietzen und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Berlin/Brandenburg.

Die Zentrale Koordinierungsstelle in Brandenburg übernahm nach Ausfall des Klinikums Ernst von Bergmann in Potsdam, einem Schwerpunktversorger, das Überleitungsmanagement für die Region West-Brandenburg.

Das Koordinierungsteam aus Studenten der Medizinischen Hochschule Brandenburg, Mitarbeitern des MDK, einer ehemaligen Laborassistentin, einem Referenten der Geschäftsführung und dem Leiter der Koordinierungsstelle arbeitete rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche.

Ein medizinischer Beirat konnte zu medizinisch wichtigen Fragen konsultiert werden.

Es wurde eine zentrale Rufnummer eingerichtet.

Die Patientensteuerung erfolgte über die digitale Plattform Recare (die in den VKD-Praxisberichten als Start-Up-Gewinner der Entscheiderfabrik 2018 bereits vorgestellt wurde). Es handelte sich beim VCC West um ein reines Überleitungsmanagement auf der stationären Versorgungsebene. Patienten, die eine Akuteinweisung hatten, konnten sich jederzeit in den Rettungsstellen der Krankenhäuser melden. Der Rettungsdienst wurde über die Rettungsstellen in Brandenburg an der Havel und der Landeshauptstadt Potsdam koordiniert.

Am VCC West waren beteiligt: Städtisches Klinikum Brandenburg, Recura Kliniken Beelitz Heilstätten, Johanniter-Krankenhaus Treuenbrietzen, Caritas St. Marienkrankenhaus Brandenburg, Asklepios Klinikum Brandenburg, Klinikum Westbrandenburg (Kinderklinik), Vamed Klinik Hohenstücken, Havelland Kliniken Rathenow und Nauen, Reha Klinik Oberlin Bad Belzig, Evangelisches Diakonissenhaus Lehnin, Ernst von Bergmann Klinikum, Standorte Potsdam und Bad Belzig, Alexianer St. Josefs Krankenhaus Potsdam, Evangelisches Zentrum für Altersmedizin Potsdam, Oberlinklinik Potsdam, Evangelisches Krankenhaus Ludwigsfelde-Teltow, KMG Klinikum Luckenwalde.



Symbolfoto

Testen, testen, testen

MÜHLENKREISKLINIKEN WAREN VORREITER BEI DER TESTUNG VON STATIONÄREN PATIENTEN

MODERNES ZENTRALLABOR ERMÖGLICHT NEBEN PCR-NACHWEIS DES VIRUS UND ANTIKÖRPERBESTIMMUNG AUCH DAS T-ZELLEN-MONITORING

Die Mühlenkreiskliniken haben sehr früh zu Beginn der Pandemie beschlossen, alle stationären Patientinnen und Patienten auf eine Besiedelung mit dem SARS-CoV2-Virus zu untersuchen. Das Ziel war, die Sicherheit für alle Mitpatienten sowie die mehr als 5.100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhöhen.

Im Labor der Mühlenkreiskliniken wurden zu Beginn der Corona-Krise täglich etwa 100 PCR-Tests nach manueller Aufreinigung durchgeführt. Mittlerweile wurde die Kapazitätsgrenze der PCR-Testung nach und nach auf etwa 4.000 Untersuchungen täglich ausgeweitet. Ein weiterer Ausbau unter Einsatz modernster Pipettierroboter und PCR-Geräte mit parallel 4 x 96 Platten ist in Vorbereitung.

Damit Patienten nicht die bis dahin üblichen 72 Stunden warten mussten, bis der Befund per Post den Weg vom Labor bis zum Patienten gefunden hatte, konnten sie seit Mitte Mai auch die neue

mobile Befundübermittlung des Zentrallabors der Mühlenkreiskliniken nutzen. Per Smartphone können die Patienten seitdem ihren Corona-Befund direkt aus dem Laborsystem erhalten – Sekunden nachdem dieser vom diensthabenden Laborarzt freigegeben wurde. Damit wissen sie etwa acht Stunden nach Probeneingang im Labor, ob sie mit SARS-CoV2 infiziert sind oder nicht. Seit Ende August wird ein PDF mit dem Endbefund übermittelt, so dass auch der schriftliche Nachweis des Testergebnisses wenige Stunden nach der Probenentnahme zur Verfügung steht.

Diese Zeit benötigt die Probe rein technisch in der Aufbereitung und im Cyclo – also dem eigentlichen Testgerät. Schneller geht es daher nicht. Das Angebot steht allen Arztpraxen zur Verfügung, die mit dem Labor der Mühlenkreiskliniken zusammenarbeiten und über unser order entry System ixconnect angeschlossen sind, sowie für alle Proben, die in einer von den Mühlenkreiskliniken betriebenen Abstrichstellen entnommen werden. Auch alle Ab-

Foto: Halfpoint - stockadobe.com



Die **Mühlenkreiskliniken AöR** sind mit mehr als 5.100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie 250.000 behandelten Patienten an fünf Standorten im Jahr der mit Abstand größte Klinikverbund in OWL. Deutschlandweit sind die Mühlenkreiskliniken der zwölftgrößte kommunale Klinikkonzern.

strichstellen sind mit Order entry Systemen ausgestattet, so dass der Laborauftrag digital online ins Labor geschickt wird, und somit kein Zettel vom Einsender mehr ausgefüllt und auch die Patientendaten im Labor nicht mehr aufgenommen werden müssen. Dies spart Zeit, so dass die Befunde schneller zur Verfügung stehen.

Nicht nur die Patienten der Mühlenkreiskliniken werden untersucht. Auch die Mitarbeiter haben die Möglichkeit, sich schnell und unkompliziert testen zu lassen – seit Anfang Juni auch unabhängig vom Vorliegen von Symptomen. Außerdem gibt es auf

freiwilliger Basis eine vorsorgliche Testung in den besonders betroffenen Bereichen wie den Intensivstationen oder den Isolierstationen. Dabei wird auch eine Antikörperuntersuchung vorgenommen. Acht Prozent der bis Mitte Mai untersuchten Blutproben wiesen IgG-Antikörper auf. Diese Personen hatten Antikörper gegen das neue Corona-Virus gebildet und werden höchstwahrscheinlich nicht mehr an Covid-19 erkranken. Wie lange dieser Schutz andauert, ist derzeit allerdings noch nicht klar. Dazu wird fieberhaft in aller Welt geforscht. Etwa die Hälfte der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Antikörpern wusste nicht, dass sie mit



Im Labor der Mühlenkreiskliniken wurde auch technisch aufgerüstet. Neue Extraktoren und Cycler wurden angeschafft.

Fotos: Mühlenkreiskliniken

dem SARS-CoV2-Virus Kontakt hatten. Der Antikörpertest auf IgA und IgG wird ebenfalls im Labor der Mühlenkreiskliniken angeboten.

VORSORGLICH AUCH T-ZELL-MONITORING FÜR COVID-19-PATIENTEN

Ganz neu im Leistungsspektrum des Labors ist seit April ein spezielles T-Zell-Monitoring für Covid-19-Patienten. Der von Prof. Dr. Christian Drosten in der Berliner Charité mitentwickelte Test untersucht Subpopulationen der T-Zellen im Blut, die wichtig sind für die Immunreaktion des Patienten. In verschiedenen Studien wurde nachgewiesen, dass sich der klinische Zustand der Covid-19 Patienten um den siebten Tag des stationären Aufenthaltes herum entweder verbesserte oder verschlechterte. Es fiel auf, dass entweder besondere T-Helferzellen gebildet und aktiviert wurden oder nicht. Fehlt die Bildung und Aktivierung dieser Zellen, wird sich der Zustand in den nächsten Tagen höchstwahrscheinlich verschlechtern.

Mit diesem Wissen kann der behandelnde Arzt mögliche Überwachungen oder Interventionen besser steuern. Dieses T-Zellen-Monitoring ist hauptsächlich für den klinischen Bedarf relevant, insbesondere bei der Frage, ob eine intensivmedizinische Betreuung wahrscheinlich notwendig wird oder nicht. Im Rahmen des Monitorings von auffälligen Patienten können aber auch Arztpraxen ein solches T-Zellen-Monitoring anfordern.

Neuere Untersuchungen von Pathologen und Rechtsmedizinern zeigen auch, dass bei verstorbenen Covid-19-Patienten verstärkt Embolien nachgewiesen werden konnten. Dies deutet auf eine



Autor

**Prof. Dr. med.
Franz-Josef Schmitz**

Direktor des
Instituts für Laboratoriumsmedizin,
Mikrobiologie, Umweltmedizin
und Transfusionsmedizin
der Mühlenkreiskliniken



Autor

Christian Busse
Leiter der Abteilung für
Öffentlichkeitsarbeit und Marketing
sowie Pressesprecher
der Mühlenkreiskliniken

massive Störung des Gerinnungssystems hin. Um auch hier für die Sicherheit der Patienten ein entsprechendes Monitoring anbieten zu können, stehen nun Marker zur Messung der Aktivierung des Gerinnungssystems rund um die Uhr im Labor der Mühlenkreiskliniken zur Verfügung.

WEITERE TEST-ZENTREN IN RAHDEN, BÜNDE UND HERFORD EINGERICHTET

Mit der Einführung der kostenlosen Testung für Reiserrückkehrer haben die Mühlenkreiskliniken ihr Engagement nochmals stark erweitert. Neben der etablierten Abstrichstelle am Universitätsklinikum Minden wurden auf Wunsch der Gesundheitsämter weitere Abstrichstellen am Krankenhaus Rahden, sowie in den benachbarten Städten Herford und Bünde eingerichtet. Dort können sich neben den Reiserrückkehrern auch Beschäftigte von Schulen und Kindertageseinrichtungen kostenlos testen lassen. Die kostenlose Testmöglichkeit für Beschäftigte von Schulen und Kindertageseinrichtungen hat die Landesregierung NRW angeordnet.

NEUES ANGEBOT FÜR UNTERNEHMER UND URLAUBER – ENTNAHME- TEAMS IM EINSATZ

Schon weit vor der Urlaubszeit haben die Hygieniker der Mühlenkreiskliniken vor einer steigenden Zahl der Corona-Infektionen durch den Reiseverkehr gewarnt. Daher haben wir frühzeitig entschieden, Testmöglichkeiten für Reiserrückkehrer zu schaffen. Zu Beginn mussten die Tests mit 50 Euro

bezahlt werden. Mit der Ankündigung der Bundesregierung, diese Kosten zu übernehmen, waren diese Tests dann für Reiserrückkehrer aus dem Ausland kostenlos.



Im **Zentrallabor der Mühlenkreiskliniken** gibt es eine der größten und modernsten Laborstraßen Europas. Über eine vergleichbare Anlage mit der Anbindung verschiedener labormedizinischer Bereiche verfügt lediglich noch das Universitätsklinikum in Rotterdam (Niederlande). In Minden sind die Bereiche Klinische Chemie, Immunologie, Gerinnung, Hämatologie und Urindiagnostik an die Laborstraße angeschlossen. Darüber hinaus verfügt das Labor neben einer großen Mikrobiologie über eine leistungsstarke PCR-Diagnostik für einen schnellen und sicheren Nachweis von verschiedenen Krankheitserregern. Die Kapazität in der PCR-Diagnostik liegt bei etwa 4.000 Proben am Tag. Neben dem Johannes Wesling Klinikum Minden werden das Krankenhaus Bad Oeynhausen, das Krankenhaus Lübbecke, das Krankenhaus Rahden, die Auguste-Viktoria-Klinik, das Medizinische Zentrum für Seelische Gesundheit, das Klinikum Herford und das Klinikum Schaumburg versorgt. Über die Laborarztpraxis LaborZentrumWeser betreut das Labor zudem zahlreiche weitere Kliniken und Reha-Einrichtungen sowie niedergelassene Arztpraxen. Täglich werden im Mindener Zentrallabor sowie an den vier Satellitenlaboren in Lübbecke, Bad Oeynhausen, Herford und Schaumburg mehr als 12.000 Proben analysiert.

Ein weiteres Angebot richten die Mühlekreiskliniken an Firmen und Unternehmen aus der Region. Wir bieten mobile Einsatz-Teams an, die vor Ort im Unternehmen die Testungen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durchführen. Alternativ für kleinere Firmen gibt es die Möglichkeit einer Gutscheinlösung: Firmen kaufen eine Anzahl von Gutscheinen und händigen sie ihren Mitarbeitern aus, die sie dann an unseren Teststellen einlösen können.

Durch den massiven und schnellen Ausbau der PCR-Testkapazität auf aktuell 4.000 Tests pro Tag konnten und können wir eine sehr schnelle Untersuchung und Befundübermittlung gewährleisten.

Seit Beginn der Corona-Krise konnten wir unser Versprechen der taggleichen oder – bei Probeneingang nach 18 Uhr – am nächsten Tag um 7 Uhr Ergebnisbereitstellung einhalten.

Der Ausbau der Testkapazitäten und die Beschleunigung der Datenübermittlung ist sowohl durch eine technische Aufrüstung als auch durch die Umstellung auf einen 24-Stunden-Betrieb im PCR-Labor möglich. Insbesondere ist aber die EDV-Unterstützung der Abläufe von höchster Bedeutung, angefangen vom digitalen Order-Entry-Prozess bis zur Ergebnismitteilung des Testbefundes auf das Smartphone. Final konnten wir sogar den vollständigen schriftlichen Befund als PDF-Befund auf das Smartphone übermitteln, so dass der Patient nun schriftlich vorzeigen kann, wann der Abstrich entnommen wurde (Datum der Anforderung) und wann der Befund fertig war (Datum der ärztlichen Validation). Somit kann der Patient dies seinem Arbeitgeber nach Reiserückkehr oder bei der Einreise in andere Länder vorlegen und ist nicht auf die postalische Zusendung des Befundes angewiesen. Aktuell stehen die Befunde in Deutsch und Englisch zur Verfügung, wir arbeiten aber an einer Erweiterung der sprachlichen Differenzierung.



Hier werden die Antikörper gegen Sars CoV2 im Blut nachgewiesen. Von Beginn der Pandemie an war das Labor der Mühlenkreiskliniken technisch und inhaltlich bestens ausgestattet.

Fotos: Mühlenkreiskliniken



Der Nasen-Rachen-Abstrich ist schmerzfrei. Im Corona-Test-Zentrum in Minden werden bei normalen Betrieb täglich etwa 500 Abstriche durchgeführt.

Voller Einsatz für die Patienten in allen Unternehmensbereichen

TROTZ CORONA EINE GUT BELEGTE GEBURTSTATION IN EBERSWALDE

Auf dem Foto eine größere Gruppe von polnischen Ärztinnen und Ärzten. Alle mit Mundschutz natürlich. Alle für viele Wochen freiwillig diesseits der Oder geblieben, in ihrem Krankenhaus. Das gehört wohl zu den markantesten Beispielen von Einsatzbereitschaft und Patientenfürsorge in der Pandemie-Zeit im GLG Kreiskrankenhaus Prenzlau, einem Haus der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit in Brandenburg.

Es ist nicht nur dies, was auch Mitarbeiter der GLG-Häuser seit März geleistet haben, um trotz der stringenten Regelungen das Bestmögliche für ihre Patienten zu tun.

KRISENSTÄBE GEGRÜNDET

An jedem GLG-Unternehmen wurde ein Krisenstab etabliert sowie ein zentraler COVID-19-Koordinationsstab, die sich täglich abstimmten und so ein zielgerichtetes Vorgehen im gesamten Verbund ermöglichten. Als Schwerpunktkrankenhaus nahm vor allem das GLG Werner Forßmann Klinikum in Eberswalde an COVID-19 erkrankte Patienten auf. Alle Häuser vollzogen eine klare Trennung der Patienten mit einer Infektion bzw. einem Verdacht von jenen ohne Infektion. Wie in allen deutschen Krankenhäusern wurden strenge Verhaltensregelungen umgesetzt.

GETRENNT VON DER FAMILIE FÜR DIE PATIENTEN DA

Die Entscheidung war sicher nicht leicht – die polnischen Ärztinnen und Ärzte, die im Kreiskrankenhaus Prenzlau tätig sind, konnten ab dem 27. März nicht mehr über die Oder zur Arbeit und wieder nach Hause pendeln. Die Grenze war geschlossen. Um auch weiterhin für ihre Patienten da sein zu können, blieben fast alle vor Ort, wohnten im Hotel oder in der Klinik und verzichteten für viele Wochen, auch über Ostern, auf das Zusammensein mit ihren Familien und Freunden in Polen. Die insgesamt 22 polnischen Ärztinnen und Ärzte machen die Hälfte



Kreiskrankenhaus Prenzlau: 22 polnische Ärzte blieben bei ihren Patienten in Deutschland.

der Ärzteschaft des Krankenhauses aus. Ihr Fehlen hätte somit gravierende Folgen gehabt.

IM VOLLEN EINSATZ FÜR WERDENDE MÜTTER

Trotz Corona-Krise war die Geburtsstation des GLG Werner Forßmann Klinikums im März und April gut belegt. Acht glückliche Geburten an einem einzigen Wochenende konnte die GLG-Öffentlichkeitsarbeit vermelden. Über dem Durchschnitt. Um werdenden Eltern die Verunsicherung zu nehmen, haben die Hebammen auf dem Balkon ein großes Transparent mit der Versicherung angebracht: „Wir bleiben für Euch da! Für einen sicheren Start“. Ein Geburtenhoch gab es dann auch wieder im Mai. Am ersten Wochenende des Monats kamen zehn Kinder zur Welt. Geburtsvorbereitungskurse mussten zwar abgesagt werden, aber die Hebammen berieten die werdenden Eltern telefonisch, die Vorstellung der Schwangeren wurde wie gewohnt in der 35. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Bis Anfang Juli kamen rund 160 Kinder im Eberswalder Klinikum zur Welt.

Autor

Andreas Gericke
GLG - Gesellschaft für Leben
und Gesundheit mbH
Abteilung Öffentlichkeitsarbeit

Masken wurden
im Unternehmen
selbst genäht



Der **GLG-Verbund** ist der größte Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen im Nordosten Brandenburgs. Er umfasst fünf Krankenhäuser, eine Fachklinik für Rehabilitation, Medizinische Versorgungszentren mit Arzt- und Facharztpraxen, ein ambulantes Rehabilitationszentrum, einen ambulanten Pflegedienst und eine Medizinservice GmbH. Hinzu kommen Wohnstätten, Tageskliniken und Beratungsstellen für psychisch erkrankte Menschen. Die GLG ist größter Arbeitgeber in der Region, wichtiger Investor und Ausbildungsbetrieb. Gesellschafter sind die Landkreise Barnim und Uckermark sowie die Stadt Eberswalde.



... und an die
Standorte
verteilt

in einem Katalog an Informationen, einem Erklär-Videoclip über Corona und im GLG-Gesundheitstipp mit dem Chefarzt für Krankenhaushygiene der GLG, Dr. Thomas Talaska, erklärt und ist über die Website der GLG abrufbar. Im Live-Chat können auch weiterhin individuelle Fragen eingegeben werden, auf die es montags bis freitags Antworten gibt.

PÄDIATERTAG ONLINE

Eine gute Erfahrung für die künftige Kommunikation der Kinderklinik des GLG Werner Forßmann Klinikums: Anfang Mai fand der Pädiatertag der Klinik erstmals online statt. Es meldeten sich 70 Ärzte, Hebammen und Pflegekräfte zu der vierstündigen Konferenz an. Das waren sogar deutlich mehr als in den Vorjahren. Zuvor hatten die Organisatoren einen Testlauf gemacht und den Teilnehmern eine Kurzanleitung und den Zugangslink zugeschickt. Nach dem Einloggen konnten sie sich nochmals in einem kurzen Begrüßungsfilm über die Bedienung des Videokonferenzprogramms informieren. Die Bewertungen der Teilnehmer im Anschluss waren durchweg positiv. Es wurde vielfach der Wunsch geäußert, auch künftig für Präsenzveranstaltungen einen Videozugang zu ermöglichen.



Klare Trennung der Patienten mit einer Infektion bzw. einem Verdacht von jenen ohne Infektion.

VIDEOSPRECHSTUNDEN

In acht von insgesamt 25 Arztpraxen der GLG wurden im Zuge der Pandemie Videosprechstunden angeboten. Für ihre Patienten ist damit der Arztbesuch von zuhause aus am PC oder per Smartphone möglich. So werden bei geringfügigen Beschwerden Wege gespart und der Stau im Wartezimmer vermieden.

SELBSTHILFE

Der Mangel an Schutzausrüstungen war vor allem zu Anfang auch in den GLG-Einrichtungen ein Problem. In der Wäscheaufbereitung des GLG Werner Forßmann Klinikums, der M/IT-Abteilung der GLG und an vielen anderen Orten des Unternehmens engagierten sich die Mitarbeiter und stellten u.a. Mund-Nasen-Schutz- und Spritzschutzmasken selbst her.

INFOS ÜBER CORONA IN VIDEOS UND IM LIVE-CHAT

Auch in den Einrichtungen der GLG kamen tagtäglich Fragen zum Thema Corona an. In welchen Krankenhäusern werden infizierte Patienten aufgenommen? Wo finden die Behandlungen statt? Dürfen Besucher ins Krankenhaus? Dies und mehr wurde

Unterschiede und Ähnlichkeiten

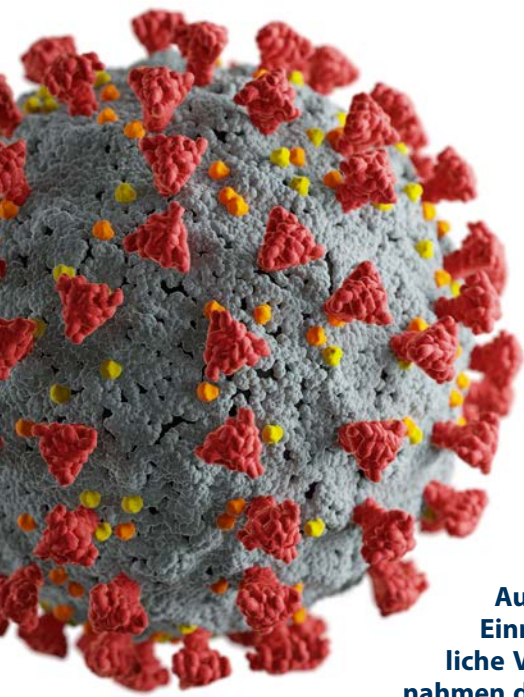
Spezielle Herausforderungen

Systemrelevanz

Späte Erkenntnisse

Lernprozesse

Veränderungsbereitschaft



Spezielle Herausforderungen für die psychiatrischen Kliniken

DIE MITARBEITENDEN SIND IN DER PANDEMIEWELLE INNERLICH ENGER ZUSAMMENGERÜCKT

Auch die psychiatrischen Einrichtungen hatten sämtliche Verordnungen und Maßnahmen des RKI sowie die häufig wechselnden Länderregelungen umzusetzen. Zu den größten Herausforderungen gehörte dagegen die Behandlung jener Patient*innen, die wegen ihrer psychischen Erkrankung die besonderen Regeln der Hygiene und des Abstandhaltens, insbesondere auch das anfängliche Besuchsverbot, nicht akzeptieren wollten oder konnten. Bei einer Verweildauer von im Schnitt 20 Tagen wirkt sich das anders aus als in der Somatik. In der Pandemie haben sich aber auch neue Techniken, wie Videosprechstunden, bewährt.

Psychiatrische Kliniken betreiben keine Intensivstationen, die ja von Anfang an als besonders wichtig von den Virologen, dem RKI und damit auch der Politik betrachtet wurden. Oberflächlich gesehen würde man meinen, dass die Pandemie die psychiatrischen Einrichtungen nicht so stark betraf, wie manche Akuthäuser.

Holger Höhmann: Es stimmt, man könnte durchaus denken, psychiatrische Kliniken seien nicht so stark betroffen wie somatische Krankenhäuser, vor allem Schwerpunktkrankenhäuser, Maximalversorger mit großen Intensivstationen und Beatmungseinheiten. Aber alle Verordnungen, alle Maßgaben des RKI und die häufig schnell wechselnden Länderregelungen stellten natürlich auch uns vor große Herausforderungen.

Sehr geehrter Herr Höhmann, wie geht es Ihnen und Ihren Kolleginnen und Kollegen in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen heute – Mitte August dieses Corona-Jahres?

Holger Höhmann: Mitte August hatten wir alle gehofft, die Corona-Krise wäre vorbei. Aber wir wissen inzwischen, dass dies sobald nicht der Fall sein wird. Im Grundsatz geht es aber dem Management

Bei den Hygieneregeln gab und gibt es so gut wie keinen Unterschied zu den somatischen Häusern. Bei der Patientenbehandlung müssen wir zudem immer davon ausgehen, dass unter den Klienten der psychiatrischen Häuser auch Patient*innen sind, die möglicherweise schon mit dem Virus infiziert oder noch in der Inkubationszeit sind. Insofern waren schon erhebliche Vorsichtsmaßnahmen, u.a. beim Screening, zu treffen, um möglichst die Entwicklung von Infektionsketten in unseren Häusern zu vermeiden.

Dabei darf nicht übersehen werden, dass ja die Patient*innen der psychiatrischen Fachkrankenhäuser und Abteilungen sehr häufig auch krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, sich an Vorsichtsmaßnahmen zu halten, dass sie Abstandsregeln, das Tragen von Masken und die Benutzung von Desinfektionsmitteln möglicherweise mit anderen Augen sehen und deren Anwendung nicht so vernunftorientiert steuern können.

Welche Auswirkungen hatten die neuen Anforderungen auf die strukturelle, organisatorische und personelle Aufbau- und Ablauforganisation

“Eine Pandemie wie diese, die - soweit ich zurückblicken kann - in der Form so noch nicht stattgefunden hat - wird jetzt auf noch besser vorbereitete Kliniken treffen, als zuvor. “

in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen gut. Wir leben natürlich weiter mit Einschränkungen. Die Hygienemaßnahmen sind für Patient*innen und Kolleg*innen natürlich durchaus an einigen Stellen mit einem Mehraufwand verbunden.

in den Kliniken, Tageskliniken und Institutsambulanzen?

Holger Höhmann: Nach meinen Erkenntnissen waren die meisten Häuser und Abteilungen durch entsprechende Pandemiepläne und Notfallvorkehrungen gut aufgestellt. Die Ablauforganisation in den klinischen Bereichen musste den Hygieneregeln angepasst werden und die Aufbauorganisation brauchte Personal an anderen Stellen. In den psychiatrischen Häusern musste erhebliche Mehrarbeit geleistet werden und sie waren durch besondere Umstände von Testabstrichen und Vorsorgemaßnahmen betroffen.

Die Institutsambulanzen und die Tageskliniken in einigen Häusern mussten am Beginn der Krise geschlossen werden. Inzwischen sind die meisten aber wieder geöffnet. Andere Krankenhäuser haben Tageskliniken mit weniger Belegungen gefahren, die Ambulanzen waren durchgängig offen. Hier haben sich neue Techniken – etwa Videosprechstunden – bewährt. Die entsprechenden Regelungen dafür wurden in der Krise gelockert.

Können Sie sagen, wie viele COVID-19-Patienten, die gleichzeitig auch psychiatrische Behandlungen benötigten, in den psychiatrischen Einrichtungen versorgt wurden?

Holger Höhmann: Aus heutiger Sicht kann man das nicht sagen. Die allermeisten Häuser hatten für die psychisch Kranken, die wegen der Schwere ihrer Erkrankung in der Psychiatrie bleiben mussten und gleichzeitig wegen COVID-19 behandelt wurden, spezielle Quarantänestationen geschaffen, um die anderen Patient*innen zu schützen. Mein Eindruck ist aber, dass die Inanspruchnahme eher gering war. Andererseits sind ja auch sehr viele schnell und zuverlässig errichtete Beatmungsbetten und Ersatzkrankenhäuser nicht wirklich in Anspruch genommen worden, so dass die Kapazitäten in dem Bereich ebenso ausreichten wie im psychiatrischen Bereich und manchmal auch überdimensioniert waren. Das konnte man am Anfang natürlich nicht wissen.



Unser Gesprächspartner

Holger Höhmann

Vorsitzender der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen des VKD

Stabsstelle Dezernatsleitung Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Die Corona-Pandemie fordert die psychiatrischen Einrichtungen also zwar anders als die Akutkrankenhäuser, aber dennoch in besonderem Maße. Wo lagen zunächst und bis heute die größten Herausforderungen?

Holger Höhmann: Zu den größten Herausforderungen in der Corona-Pandemie gehörte die Behandlung und Versorgung jener die Patient*innen, die wegen ihrer psychischen Erkrankung die besonderen Regeln der Hygiene, des Abstandes und insbesondere das anfängliche Besuchsverbot nicht akzeptieren wollten oder konnten. Dabei ist gerade bei den psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Demenzerkrankungen, der Kontakt zur Familie, zu den Angehörigen, zu vertrauten Personen besonders wichtig, zumal sich die Aufenthaltsdauer im psychiatrischen Krankenhaus von der in somatischen Häusern deutlich unterscheidet. Wir haben im Bundes-

durchschnitt eine Verweildauer um die 20 Tage. Da wirkt sich das schon anders aus als in der Somatik.

Sicher gibt es auch hier noch keine belastbaren Zahlen, aber haben Sie den Eindruck, dass z.B. Depressionen sich verstärkten?

Holger Höhmann: Es stimmt, es gibt keine belastbaren Zahlen, aber gerade aus den sogenannten kritischen Infrastrukturbereichen kamen schon ziemlich bald nach Beginn der Krise viele Patient*innen mit Angsterkrankungen und Depressionen.

Die psychiatrischen Häuser nehmen entsprechend ihrem Sicherstellungsauftrag Patienten in akuten Krisen rund um die Uhr auf. Wie funktionierte das konkret?

Holger Höhmann: Die meisten psychiatrischen Häuser haben einen Versorgungsauftrag und müssen in der Tat 24 Stunden am Tag an sieben Tagen in der Woche Patient*innen aufnehmen. Dabei war es nach meinem Überblick in nahezu allen Häusern so, dass Neuaufnahmen immer getestet wurden. In den ersten Tagen der Krise war das sehr schwierig.



In Ambulanzen haben sich neue Techniken, wie etwa Videosprechstunden, bewährt. (Symbolfoto)

Die Labore waren überlastet und die Kapazitäten nicht vorhanden. Das hat sich zum Glück sehr schnell gegeben.

Die Krankenhäuser dürfen seit Ende April Schritt für Schritt in einen Normalbetrieb zurückkehren. Wie wurde in den psychiatrischen Kliniken die langsame Öffnung organisiert? Wo lagen hier die Prioritäten?

Holger Höhmann: Als im April die Verfügungs- und Gesetzeslage es wieder zuließ, haben auch die meisten psychiatrischen Häuser ihren Betrieb langsam hochgefahren. Inzwischen sind nach meinen Informationen bundesweit die meisten von ihnen wieder im Vollbetrieb. Priorität hatte natürlich die Aufnahme der schweren Notfälle. Viele Häuser waren aber auch inmitten der Krise zu deutlich mehr als 60 Prozent belegt. Einige Häuser, zumal jene, die über Zwei-Betten-Zimmer verfügen und einzelne Betten aus hygienischen und Vorsichtsgründen nicht belegen konnten, waren bereits nach zwei bzw. drei Wochen der Krise fast wieder bei einer Vollbelegung. Eine Reihe von Häusern schloss die Tageskliniken aus nachvollziehbaren Gründen, andere wieder hielten sie geöffnet. Das war, je nach den individuellen Bedingungen, unterschiedlich.

Mein Eindruck ist, dass sich auch die psychiatrischen Häuser streng an die vom RKI ausgegebenen Regulierungen gehalten haben und jeweils im Ein-

vernehmen mit den örtlichen Gesundheitsämtern versuchten, im größtmöglichen Umfang für ihre Patient*innen da zu sein.

Inzwischen ist klar, dass viele Menschen aus Furcht vor einer Ansteckung auch in ersten Fällen die Akutkliniken und die Notaufnahmen nicht aufgesucht haben. Betrifft das auch Patienten der Psychiatrie? Und welche Folgen kann das gegebenenfalls haben? Gab es – im Gegenteil – vielleicht sogar einen größeren Bedarf an psychiatrischen Behandlungen?

Holger Höhmann: Auch hier – es gab regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme während der Krise. Die allermeisten Kliniken nahmen Patient*innen, die einer sofortigen Behandlung bedurften, auch in der Hochzeit der Krise auf. Elektive Aufnahmen wurden, wie vom Gesetzgeber vorgesehen, auf einen späteren Zeitpunkt verschoben.

Allgemein wird unter meinen Kolleg*innen aus dem Management der psychiatrischen Krankenhäuser erwartet, dass nach der Krise psychische Erkrankungen zunehmen werden. Dafür spricht, dass in einigen Bundesländern schon wieder ein hoher Aufnahmepressure besteht. Diese Entwicklung entspricht aber auch der allgemein zu beobachtenden Zunahme psychischer Erkrankungen, die in den vergangenen Jahrzehnten nur durch Verkürzung der Verweildauer kompensiert werden konnte.

In der Stellungnahme Ihrer Fachgruppe von Anfang Juni stellen die Mitglieder konkrete Forderungen an die Politik und verweisen u.a. darauf, dass die absehbar dauerhaften Aufwendungen sowie die weiterhin eingeschränkten Belegungsmöglichkeiten eine nachhaltige Finanzierung notwendig machen. Wie hoch müsste diese ausfallen und in welcher Form bezahlt werden?

Holger Höhmann: Eine konkrete Summe ist derzeit natürlich nicht zu beziffern. Für die psychiatrischen Kliniken galt ja zunächst, wie für die somatischen, dass für jedes nicht belegte Bett eine Freihaltepauschale in Höhe von 560 Euro gezahlt wurde. Dann wurde diese Regelung verändert, die Freihaltepauschalen wurden stärker differenziert. Für unsere Häuser galt nur noch die Hälfte dieser Summe. Diese deckt die Kosten in der Regel nicht. Im Grunde kann es aber keinen einheitlichen Richtwert geben, weil die Bedingungen sehr unterschiedlich sind. Jedes einzelne Haus müsste betrachtet werden.

Eines muss an dieser Stelle allerdings hervorgehoben werden: Schon die 560 Euro waren für viele Abteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie knapp. Mit den inzwischen nur noch 280 Euro sind diese wichtigen Abteilungen, die zudem noch einen höheren Aufnahmepressure als die Erwachsenenpsychiatrie haben, absolut unterfinanziert. Es ist nicht nachvollziehbar, warum sich die entsprechenden Stellen in Berlin dieses Problems nicht angenommen haben.

Wo sehen Sie in der Beanspruchung durch die Pandemie den Unterschied zwischen den Psychiatrischen Fachkliniken und den Psychosomatischen Einrichtungen?

Holger Höhmann: Psychiatrische Fachkliniken und auch große psychiatrische Abteilungen, die ja manchmal die Größe von Fachkliniken haben, bieten die ganze Palette der Behandlungsmöglichkeiten. Sie sind verpflichtet, 24 Stunden am Tag, sieben Tage in der Woche Patienten aufzunehmen. Sie kommen dieser Verpflichtung durch entsprechende Vorhaltung nach. Leider werden diese Vorhaltekosten aber in der Regel nicht anerkannt und nicht separat finanziert. Psychiatrische Fachkliniken müssen darüber hinaus im Rahmen ihres ordnungspolitischen Auftrages zwangseingewiesene Patient*innen aufnehmen.

Beobachtungen von Ärzten und Pflegenden zufolge nimmt die Zahl von Patient*innen, die wir behandeln und die schwerer erkrankt sind, bereits seit längerer Zeit zu. Dabei steigt auch die Anzahl der Patient*innen, die infolge ihrer Erkrankung die

Kontrolle über ihre Handlungen verlieren, ebenfalls deutlich weiter an. Jeder kann sich sicher vorstellen, dass diese Entwicklung eine große Herausforderung

„Ganz sicher bin ich mir aber, dass in den Krankenhäusern die Mitarbeitenden in der Pandemiewelle innerlich enger zusammengedrückt sind und sich gemeinsam den Herausforderungen erfolgreich gestellt haben.“

für das Personal dieser Kliniken bedeutet. Es passiert inzwischen täglich in deutschen psychiatrischen Krankenhäusern, dass Patient*innen aufgrund ihrer Erkrankung glauben, sich gegen das Personal zur Wehr setzen zu müssen und es angreifen. Das ist eine nicht zu übersehende Problematik.

Will ein*e Patient*in sich nicht behandeln lassen, ist das zu akzeptieren. Wir dürfen das dann nicht. Vor einer notwendigen Zwangsmedikation bei nicht einsichtsfähigen Patient*innen sind hohe Hürden zu überwinden. Das ist aus unserer Sicht auch durchaus richtig. Es erschwert aber die Arbeit, weil gewisse Prozesse bei Gerichten eben doch lange dauern, wenngleich in den letzten Jahren und Monaten eine deutliche Beschleunigung zu registrieren war.

Psychosomatische Einrichtungen wiederum nehmen in aller Regel nur die ausschließlich elektiven Patient*innen auf. Das sind keine Notfälle, keine Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Ein Vergleich ist hier kaum möglich. Diese Kliniken haben keine Versorgungsverpflichtung. Das eine hat mit dem anderen relativ wenig zu tun. Ich möchte keinen Zweifel daran lassen, dass auch psychosomatische Einrichtungen sowie psychosomatische Abteilungen an psychiatrischen Fachkliniken und großen Abteilungen ihre Berechtigung haben und sicherlich für die Patient*innen, die dort behandelt werden, viel Gutes tun und zu deren Genesung beitragen. Aber der Vergleich einer psychosomatischen Einrichtung im eigentlichen Sinne mit einer psychiatrischen Fachklinik mit Versorgungsverpflichtung kann aus meiner Sicht eigentlich so nicht angestellt werden. Hier muss es daher auch eine unterschiedliche Bewertung geben.

Macht Ihnen eine eventuelle zweite Pandemiewelle Sorgen oder sehen Sie die psychiatrischen Kliniken dafür gut vorbereitet? Welche Lehren müssten aus den vergangenen Monaten für die Zukunft gezogen werden?

Holger Höhmann: Ich bin davon überzeugt, dass die psychiatrischen Kliniken und die Abteilungen gut auf eine mögliche zweite Pandemiewelle vorbereitet sind. Sorgen mache ich mir dennoch: Werden dann erneut die entsprechenden Regelungen der ersten Welle greifen und werden insbesondere die damit verbundenen finanziellen Mehraufwendungen in ausreichendem Maße erstattet werden?

Ganz sicher bin ich mir aber, dass in den Krankenhäusern die Mitarbeitenden in der Pandemiewelle innerlich enger zusammengedrückt sind und sich gemeinsam den Herausforderungen erfolgreich gestellt haben. Eine Pandemie wie diese, die – soweit ich zurückblicken kann, in der Form so noch nicht stattgefunden hat – wird jetzt auf noch besser vorbereitete Kliniken treffen, als zuvor. Hinzu kommt, dass auch die Prozesse zwischen uns und den örtlichen Behörden, insbesondere den Gesundheitsämtern und den Katastrophenschutzämtern, in der Realität bereits ausgebildet und erprobt sind und hier Erfahrungen für Verbesserungen genutzt werden können.

Eine wichtige Lehre aus der Pandemie, die aus meiner Sicht gezogen werden müsste, bestünde in der Vereinheitlichung von Verfahren. Die föderale Struktur unserer Bundesrepublik hat sicher viele Vorteile. Im vorliegenden Fall hätte ich mir persönlich manchmal gewünscht, es könnten zentral Entscheidungen getroffen werden, an die sich dann alle zu halten haben.

Positiv war, dass Bürokratie im Umgang mit den Ämtern in der Pandemie in erheblichem Maße abgebaut wurde. Ich hoffe nun, dass dies so bleiben kann. Wir haben ja gesehen, dass es geht.

Die Pandemie hat zudem gezeigt, dass die Gesundheitsämter personell extrem unterbesetzt sind. Hier müsste dringend aufgerüstet werden. Während der Hochphase der Pandemie mussten in Großstädten bis 200.000 Einwohner*innen teilweise bis zu 50 oder 60 Mitarbeiter*innen aus anderen Bereichen der Stadtverwaltung abgezogen und dem jeweiligen Gesundheitsamt für die unglaublich große

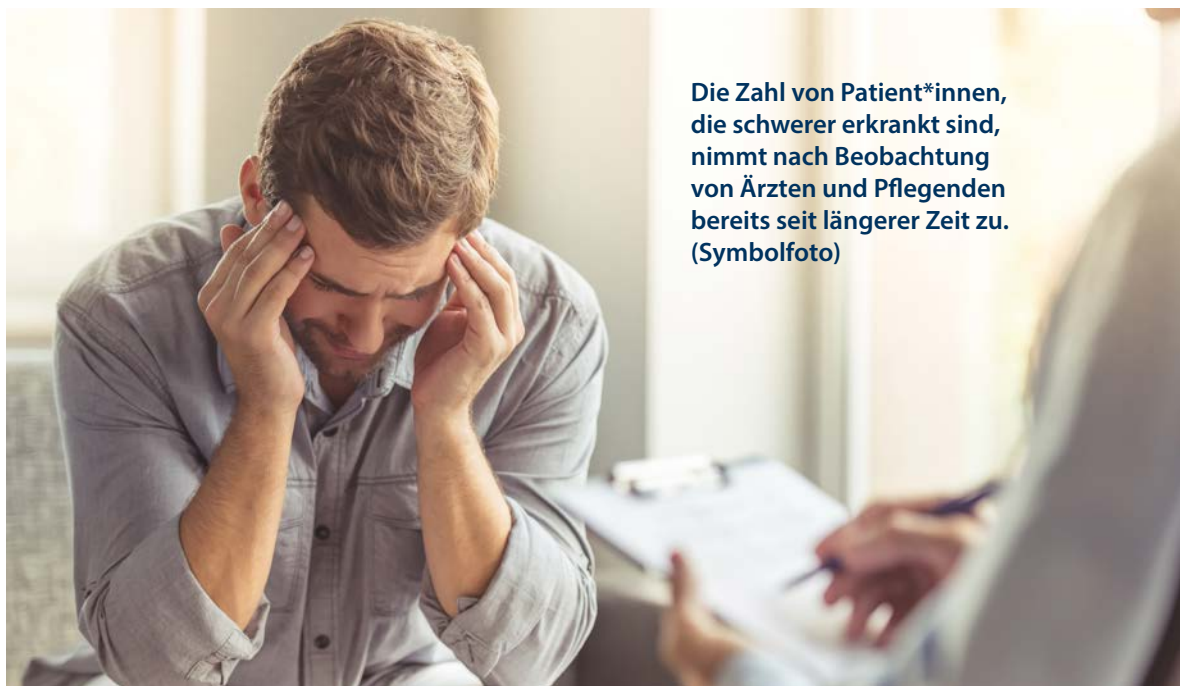
Aufgabe zugeordnet werden. Hier ist nicht nur die Frage, wie in diesen Fällen die Kooperation der Krankenhäuser mit den Ämtern aussehen kann – nach meinen Informationen hat diese durchaus gut funktioniert. Schwierig wurde es, wenn ver-

schiedene Gesundheitsämter beteiligt waren, die oft unterschiedliche Prozesse ausgebildet hatten. Krankenhäuser versorgen nun einmal häufig Patientinnen und Patienten aus mehreren kommunalen Bereichen und haben es dann sehr schnell mit unterschiedlichen Behörden zu tun.

Ich bin jedoch sicher, dass auch die Gesundheitsministerien der Länder, wie wir alle, die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Pandemie für Verbesserungen nutzen werden, um künftig ihre Verwaltungen auf solche schwerwiegenden Ereignisse vorzubereiten.

„Allgemein wird unter meinen Kolleg*innen aus dem Management der psychiatrischen Krankenhäuser erwartet, dass nach der Krise psychische Erkrankungen zunehmen werden. Dafür spricht, dass in einigen Bundesländern schon wieder ein hoher Aufnahmedruck besteht.“

Die Zahl von Patient*innen, die schwerer erkrankt sind, nimmt nach Beobachtung von Ärzten und Pflegenden bereits seit längerer Zeit zu. (Symbolfoto)



Es ist nicht das normale Vor-Corona-Arbeiten

IN DER PANDEMIE HABEN WIR GESEHEN,
DASS AUCH DIE REHA-KLINIKEN SYSTEMRELEVANT SIND

Auch die Reha-Kliniken mussten und müssen noch immer einen erheblichen Mehraufwand betreiben, um hygienische Anforderungen zu erfüllen. Das bedeutet beim Hochfahren der Rehabilitation, die normalen Prozesse neu zu organisieren. Die Reha-Kliniken stehen vor personellen, räumlichen und organisatorischen Anpassungen, die sich auch in den Kosten niederschlagen werden. In den nächsten Jahren werden sie erheblich investieren müssen, um die räumlichen Voraussetzungen für eine Belegung im bisherigen Umfang schaffen zu können. Sie stehen also gegebenenfalls erneut vor erheblichen finanziellen Belastungen, die kompensiert werden müssen, wenn es auch künftig eine funktionierende Reha-Branche geben soll.

Sehr geehrter Herr Schäfer, wie geht es Ihnen und Ihren Kolleginnen und Kollegen in der Fachgruppe, nachdem das normale Behandlungsgeschehen langsam wieder hochgefahren wird?

Achim Schäfer: Sicher sind wir froh, dass die schwierigste Zeit der Pandemie offenbar erst einmal überstanden ist. Natürlich ist es nicht das normale Vor-Corona-Arbeiten. Das wird es absehbar auch nicht sein. Wir müssen uns – wie auch die Krankenhäuser – an die notwendigen Vorgaben für Besuche und an Hygieneregeln halten. Das ist selbstverständlich. Viele Reha-Einrichtungen haben bekanntlich

auch erhebliche Einbrüche bei den Einnahmen zu verkraften. Vorsorgeeinrichtungen sind zum Teil geschlossen worden. Die meisten Kliniken können ihre geplante Auslastung bisher nicht erreichen.

Die ambulanten Reha-Einrichtungen haben oft ebenfalls extreme Existenzsorgen. Es ist für viele keine einfache Zeit.

Eine Reihe von Rehakliniken wurde im März im Zuge des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes zu Ersatzkrankenhäusern erklärt. Wie schwierig war das?

Achim Schäfer: Das Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz gab den Ländern die Möglichkeit dazu. So hat z.B. Niedersachsens Gesundheitsministerin Carola Reimann sehr zügig angeordnet, dass 22 Reha-Einrichtungen sofort leichter erkrankte Patienten aus Krankenhäusern übernehmen, um so rund 2000 Betten für an COVID-19 erkrankte und stationär zu behandelnde Patienten freizumachen. Auch andere Bundesländer haben schnell reagiert. In den betroffenen Kliniken hat man sich intensiv darauf vorbereitet. Es war aber nicht banal, allen an-

deren Reha-Patienten abzusagen und sich gleichzeitig auf Krankenhausfälle vorzubereiten. So hat zum Beispiel Bad Lippspringe mit seinem großen Schwerpunkt in der Pneumologie drei Entlastungskrankenhäuser aufgebaut, in denen wir in großem Umfang COVID-positive Patienten nach einem überstandenen Intensiv-Aufenthalt wieder ins Leben zurückführen.



Unser Gesprächspartner

Achim Schäfer

Vorsitzender der Fachgruppe
Rehabilitationseinrichtungen
des VKD,
Geschäftsführung Medizinisches
Zentrum für Gesundheit,
Bad Lippspringe GmbH –
MZG Westfalen

Sind solche Verlegungen dann aus Ihrer Sicht häufig vorgenommen worden? Man hat von umgewandelten, aber leerstehenden Reha-Kliniken gehört, von Mitarbeitern in Kurzarbeit...

Achim Schäfer: Allen Reha-Kliniken wurde im März von der Deutschen Rentenversicherung dringend empfohlen, auf die Aufnahme von Patienten im Antragsverfahren zu verzichten, und nur noch unaufschiebbare Patienten sowie Patienten nach Akut-Aufenthalt aufzunehmen. Dies hat natürlich dazu geführt, dass die Reha-Kliniken sehr schnell eine sehr geringe Auslastung zu verzeichnen hatten. Da die Patientenströme dank der besonnenen Politik unserer Regierung Gott sei Dank ausblieben, konnten viele der freigehaltenen Kliniken ihre Mitarbeiter in der Kurzarbeit vorhalten.

„Es war aber nicht banal, allen anderen Reha-Patienten abzusagen und sich gleichzeitig auf Krankenhausfälle vorzubereiten.“

Die Reha-Kliniken sind, wie auch die Akutkrankenhäuser, durch die Pandemie sehr unterschiedlich belastet worden. Die meisten mussten ihren Betrieb in Folge der Verschiebung eines großen Teils der Behandlungen in den Krankenhäusern ebenfalls radikal herunterfahren. Hat der Rettungsschirm gereicht, um die schlimmsten Auswirkungen abzufedern?

Achim Schäfer: Der Rettungsschirm hat das Schlimmste verhindert. Die meisten Kliniken haben dennoch Einnahmeausfälle teils in erheblicher Dimension zu verzeichnen – trotz der verschiedenen Regelungen, die solche Verluste abfedern sollten. Es war natürlich sehr hilfreich, dass der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Leistungserbringer Ausgleichszahlungen für Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V vereinbaren konnten.

Den Sicherstellungspakt, dessen Ziel es war, die Einrichtungen durch monatliche Zuschüsse zur Abfederung der Belegungseinbrüche wirtschaftlich zu stabilisieren, haben wir begrüßt. Die Zuschüsse von 75 Prozent der durchschnittlichen monatlichen Zahlungen der Reha-Träger an die Reha-Einrichtungen in den letzten zwölf Monaten waren ein Schutzschirm, ohne den eine ganze Reihe von Anbietern die Pandemie bis heute nicht heil überstanden hätte. Gleichzeitig wurde für die medizinische Reha

der Krankenkassen mit dem COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz ein weiterer Schutzschirm beschlossen, wobei für diese Reha-Träger die Ausgleichszahlungen nur 60 Prozent der Erlösausfälle betrug und nach einem anderen Verfahren berechnet wurden. Eine einheitliche Lösung für alle wäre besser gewesen, aber wir wollen nicht klagen. Für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mutter, Vater, Kind, gab es zunächst allerdings keine finanzielle Unterstützung. Das wurde erst später nach entsprechenden Stellungnahmen der Verbände entschieden.

Sind Sie und Ihre Kollegen denn mit den Regelungen im Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) zufrieden, dass der Bundestag noch kurz vor seiner Sommerpause beschlossen hatte?

Achim Schäfer: Es hat ja kurz vor der Bundesratstagung noch etlichen Widerstand gegen bestimmte Regelungen zur Intensivpflege gegeben. Zum Glück ist es dann doch noch durch den Bundestag gekommen, denn für die Rehabilitation wäre es fatal gewesen, wenn es bis in den Herbst verschoben worden oder sogar ganz ausgefallen wäre.

Die nun beschlossenen Regelungen sind insgesamt gesehen positiv für die Reha-Kliniken. So soll die Grundlohnsummenbindung nach § 71 SGB V für Leistungen der medizinischen Reha entfallen. Das ermöglicht uns, künftig auch im Bereich des SGB V Vergütungserhöhungen oberhalb der Veränderungsrate zu verlangen. Das ist die Grundvoraussetzung dafür, tatsächlich leistungsgerechte Vergütungen zu bekommen. Ansonsten wäre es für uns auch nicht möglich, unseren Mitarbeitern Tarifgehälter zu bezahlen.

Positiv ist ebenfalls, dass der Zugang zur geriatrischen Reha vom Vertragsarzt direkt verordnet werden kann. Für alle anderen Indikationen müssen Krankenkassen Ablehnungen mit einem MDK-Gutachten begründen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist beauftragt, für den Zugang zum AHB/AR-Verfahren bis Ende dieses Jahres ebenfalls Abschätzungskriterien analog denen für Direktverordnungen zur geriatrischen Reha vorzulegen.

Insgesamt begrüßenswert und vom VKD bereits in der Vergangenheit immer wieder gefordert ist, dass der Gesetzgeber das Wunsch- und Wahlrecht der Menschen stärkt, die eine Rehabilitation vor sich haben. Ein Wermutstropfen ist allerdings, dass sie, wenn sie im Geltungsbereich des SGB V dieses

Symbolfotos



„So kann Gruppenarbeit auch künftig nicht in gewohnter Weise stattfinden. Das ist vor allem eine Frage der zukünftig möglichen Gruppengröße.“

Recht wahrnehmen, immer noch die Hälfte der Mehrkosten selbst tragen müssen. Das ist ungerecht gegenüber Rehabilitanden in der Deutschen Rentenversicherung und gesetzlichen Unfallversicherung. Und es betrifft sehr viele vor allem alte und behinderte Menschen. Das konterkariert auch den Grundsatz „Reha vor Pflege“.

Unsere Fachgruppe würde sich wünschen, dass der Zugang zu einer Rehabilitation im Bereich des SGB V immer als Direktverordnung für sämtliche Indikationen im Bereich AHB und AR möglich gemacht würde. Die Sicherheit hierfür böte die Anwendung eines spezifischen Assessmentinstrumentes, wie sie bereits heute in der niedergelassenen Versorgung eingesetzt werden.

Inzwischen haben auch die Reha-Kliniken ihren normalen Betrieb in Teilen wieder hochgefahren. Was sind derzeit die Herausforderungen für sie?

Achim Schäfer: Auch die Reha-Kliniken mussten und müssen noch immer einen erheblichen Mehraufwand betreiben, um hygienische Anforderungen zu erfüllen, Patienten, die neu ins Haus

kommen und jene, die es nach ihrem Aufenthalt verlassen, zu testen, Besuchsregelungen durchzusetzen. Das alles bedeutet beim Hochfahren der Rehabilitation, die normalen Prozesse neu zu organisieren. So kann Gruppenarbeit auch künftig nicht in gewohnter Weise stattfinden. Das ist vor allem eine Frage der zukünftig möglichen Gruppengröße. Gegebenenfalls können viele Therapien erst einmal nicht in der bisherigen Menge angeboten werden. Die Reha-Kliniken stehen vor personellen, räumlichen und organisatorischen Anpassungen, die sich auch in den Kosten niederschlagen werden. In den nächsten Jahren werden wir erheblich investieren müssen, um die räumlichen Voraussetzungen für eine Belegung im bisherigen Umfang schaffen zu können.

Sie stehen also gegebenenfalls erneut vor erheblichen finanziellen Belastungen ...

Achim Schäfer: ... die kompensiert werden müssen, wenn wir eine funktionierende Reha-Branche auch für die Zukunft erhalten wollen. Alle Verbände in der Rehabilitation haben Corona-Zuschläge für die Reha-Kliniken vorgeschlagen. Dem schließt sich un-

sere Fachgruppe an. Wir brauchen eine stabile Struktur in unserem Bereich und die notwendigen Mittel für die vor uns liegenden Investitionen. Es sind sonst empfindliche Versorgungslücken zu erwarten.

Absolut unangemessen empfanden meine Kollegen und ich übrigens, dass noch im Juni die Corona-Testverordnung präventive Tests in Reha-Einrichtungen nicht vorgesehen hat. Ausnahme sollte nur das Auftreten eines Corona-Falls sein. Und das sollte dann vom zuständigen Gesundheitsamt angeordnet werden. Ansonsten würden die Kosten für präventive Tests auch nicht übernommen werden – anders als für die Mitarbeiter der Krankenhäuser.

Die Pandemie hat der Digitalisierung im Gesundheitsbereich einen Schub gegeben, heißt es. Gilt das auch für die Reha-Kliniken?

Achim Schäfer: Ich denke, dass die Pandemie in allen Branchen und gesellschaftlichen Bereichen nochmals deutlich den Wert der Digitalisierung gezeigt hat. Die speziellen Anforderungen der Rehabilitation gilt es, künftig stärker zu berücksichtigen. Gerade auch im Bereich der Telematik. Daher sollten die Reha-Kliniken zum Beispiel auch direkt in die Entwicklung der Telematik-Infrastruktur einbezogen werden.

Das ist bisher – auch beim Patientendatenschutz-Gesetz (PDSG) – nicht der Fall, das ja die Möglichkeiten der elektronischen Patientenakte (ePA) für alle Patienten verfügbar und nutzbar machen will. Zwar sollen sich die Reha-Einrichtungen an die Telematik-Infrastruktur anschließen können und dafür auch einen entsprechenden Kostenausgleich erhalten – etwas anderes wäre auch nicht zu erklären. Die Reha-Verbände werden aber aus der Entwicklung ausgeschlossen und haben damit keinen Vertreter im Beirat der Gesellschaft für Telematik. Wir erwarten außerdem, dass die entsprechende Finanzierungsvereinbarung schnell umgesetzt wird und dass die Zuschläge für die Datenspeicherung auf der ePA zügig geregelt werden.

Wenn wir berechtigt davon ausgehen, dass es über einen längeren Zeitraum zu Einschränkungen im sozialen und gesellschaftlichen Leben kommt, müssen wir unsere Angebote in der Rehabilitation entsprechend anpassen. Das bedeutet, diese sowohl räumlich und zeitlich flexibler zu gestalten, per-

sönliche Kontakte häufiger digital, per Video oder telefonisch zu ermöglichen. Wir brauchen also die Digitalisierung in der Rehabilitation. Erfolgversprechende Ansätze hierzu sind vorhanden, die bisher vor allem in der Nachsorge und der Prävention genutzt werden. Dabei darf jedoch der sozialmedizinische Auftrag „Reha vor Rente“ und „Reha vor Pflege“ nicht aus dem Auge gelassen werden. Die Rehabilitation schafft Lebensqualität für den Einzelnen. Sie muss aber auch immer den Nachweis erbringen, dass sie sich auch gesamtgesellschaftlich lohnt.

Was sind die wesentlichen Erfahrungen und Erkenntnisse der Reha-Kliniken aus der Pandemie?

Achim Schäfer: Es wurde vor allem eines deutlich: Die medizinische Rehabilitation ist ein wesentlicher Teil der Gesundheitsversorgung. Ohne sie können nun einmal sehr viele Behandlungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden. Sie ist zudem wesentlicher Teil der Prävention für viele Krankheiten. Wenn sie fehlt, entstehen empfindliche Lücken in der Gesundheitsversorgung. Unser

Bereich mit seinen rund 1000 Vorsorge- und Reha-Einrichtungen ist daher ebenso systemrelevant wie die Akuthäuser, Fachkliniken und die Altenpflege.

Gleichzeitig haben unsere Kliniken gezeigt, dass die Gesellschaft in einer sehr kritischen Lage, wie es die Pandemie war und noch immer ist, auf die Reha-Kliniken bauen kann. Reha-Kliniken haben Akuthäuser entlastet, so dass diese sich auf Corona-Patienten konzentrieren konnten, und haben ebenfalls für die besonders schwer Erkrankten die notwendige und professionelle Anschlussversorgung durchgeführt.

Die Pandemie ist noch lange nicht beendet. Im weiteren Verlauf sollte zielgerichteter vorgegangen werden und die Häuser ausgewählt werden, die tatsächlich auch die entsprechenden Patienten versorgen. Alle anderen Häuser sollten sich ohne Einschränkungen auf die normale Reha-Versorgung konzentrieren. Ein vollständiges Herunterfahren wie im März sollten wir zukünftig verhindern.

Dass die Deutsche Rentenversicherung Forschungsvorhaben zu den Auswirkungen der Pandemie auf die Rehabilitation – und damit auch auf Sozialsysteme, Arbeitsmarkt, und Vorsorge – fördert, ist wichtig und ausdrücklich zu begrüßen. Hier sollten auf jeden Fall die Erfahrungen der Praktiker einbezogen werden.

„Die Reha-Kliniken sollten direkt in die Entwicklung der Telematik-Infrastruktur einbezogen werden.“



Unsere spezielle Situation wurde erst sehr spät erkannt

DEN MITARBEITERN MUSS IMMER BEWUSST SEIN,
DASS SIE IN EINER SENSIBLEN EINRICHTUNG TÄTIG SIND

Die Situation in der Altenpflege wurde relativ lange unterschätzt, obwohl die Bewohner zu den am meisten gefährdeten Risikogruppen in der Pandemie gehörten. Erst nach größeren Ausbrüchen in Pflegeheimen sah man die spezielle Situation – und die eklatanten Mängel in Bezug auf Schutzausrüstungen. Ein großes Problem war zudem, dass viele der an Demenz erkrankten Bewohner den Sinn der notwendigen Maßnahmen nicht erkennen konnten und vor allem an den Distanzregeln und Besuchsrestriktionen litten, bzw. diese gar nicht einhalten konnten.

Sehr geehrter Herr Hartinger, wie geht es Ihnen und den Mitgliedern Ihrer Fachgruppe heute?

Franz Hartinger: Grundsätzlich natürlich deutlich besser als zu Beginn der Pandemie, obwohl die Situation im März ebenso wie heute unterschiedlich war und ist. Wir sind froh, dass die absolut stringenter Maßnahmen inzwischen deutlich gelockert werden konnten, dass unsere Bewohner Besuch bekommen dürfen, Spaziergänge erlaubt sind. Es ist auch beruhigend, dass unsere Mitarbeiter bei

Bedarf kurzfristig und ohne lange Wartezeiten getestet werden können.

Aber natürlich sind umfangreiche Hygieneauflagen nach wie vor zu beachten. Wir haben einen hohen Verbrauch an Hygiene- und Desinfektionsmitteln und der Mehraufwand für die Beschaffung persönlicher Schutzausrüstungen bleibt.

Wir registrieren die Besucher auch weiterhin, tragen weiterhin Maske, halten Abstände ein und Besucher werden so eingelassen, dass sie ebenfalls Abstand halten können. Nach wie vor dürfen Angehörige die Bewohnerzimmer nicht betreten. Bei schönem Wetter treffen sich alle mit Abstand im Garten, den wir hier in Ingolstadt in mehrere Areale aufgeteilt haben. Hier können sich die Bewohner auch ohne Maske aufhalten – es sei denn Besucher sind dabei. Nur symptomfreie Bewohner dürfen das Heim verlassen.

Der Lockdown kam, nachdem zunächst die Entwicklung der Pandemie nicht so ernst genommen wurde, Anfang März ziemlich plötzlich. Konnte man sich dennoch vorbereiten?

Franz Hartinger: Nein, natürlich nicht. Nach den Ankündigungen der Politik haben wir dann aber sehr schnell reagiert. Wichtig war dabei, dass wir gleichzeitig die Angehörigen unserer Bewohner darüber – und über die Gründe – informieren konnten. Das gelang ebenfalls schnell, weil wir von allen die E-Mail-Adressen erfragt und erhalten haben. Nur so war dann auch in der Folge immer eine zeitnahe Information über alle Maßnahmen möglich. Und wir verfügen hier über eine große Zahl an Einzelzimmern. Das half uns ebenfalls.

Die Bewohner von Pflegeheimen gehörten zur am meisten gefährdeten Risikogruppe in der Corona-Pandemie. Dennoch mussten sie und vor allem die Mitarbeiter länger als zum Beispiel die Krankenhäuser auf Schutzausrüstungen warten. Sie wurden sozusagen vergessen ...

Franz Hartinger: Ja, das war vollkommen unverständlich. Erst nachdem es zu größeren Ausbrüchen in einigen Heimen gekommen war, wurde man auf unsere spezielle Situation aufmerksam. Da war aber schon einige Zeit ins Land gegangen.

Geschäftsführungen, die am Anfang nicht in Eigeninitiative Schutz- und Hygieneausrüstungen heranschaffen konnten, wie mir das hier durch quasi jahrzehntelange Verbindungen in Ingolstadt möglich war, waren ziemlich lange auf Spenden und selbstgenähte Masken angewiesen. Eine Situation, die sich hoffentlich niemals wiederholen wird. Und auch in unseren Einrichtungen ist der erste Vorrat relativ schnell geschrumpft. Durch das inzwischen größere Angebot ist die Lage inzwischen etwas entspannter.

Ein hoher Prozentsatz der Pflegeheimbewohner leidet unter einer Demenz. Konnten die Pflegeheime hier die Einhaltung der notwendigen Regeln überhaupt durchsetzen?

Franz Hartinger: Das war natürlich ein Problem, denn diese Bewohner verstanden und verstehen ja meist nicht, warum plötzlich Distanz zu anderen Menschen notwendig ist. Sie können sich an die Re-



Unser Gesprächspartner

Franz Hartinger

Vorsitzender der Fachgruppe
Pflegeeinrichtungen des VKD,
Leiter der Einrichtung Alten-
und Pflegeheim,
Klinikum Ingolstadt GmbH

geln nicht halten, leiden, wenn sie keine körperliche Nähe erfahren, besonders. Und wenn ein Virus erst einmal im Haus ist, so die Erfahrung, breitet es sich eben besonders schnell aus.

Die Kommunikation mit Maske ist ebenfalls schwierig. Unsere demenzkranken Bewohner verstanden auch nicht, warum sie keinen Besuch mehr bekommen durften. Sie sind zudem oft nicht mehr in der Lage, Telefongespräche zu führen. Wir haben dankenswerter Weise von verschiedenen Händlern viele Tablets erhalten, mit denen eine Kommunikation möglich gemacht werden sollte. Das war gut gemeint, aber Bewohner mit einer Demenz können ein solches Tablet nicht allein bedienen. Es musste also immer eine Pflegekraft dabei sein. Angesichts des überall herrschenden Personalmanagements war das jedenfalls in unseren Einrichtungen nur relativ selten umsetzbar.

Wird das neue Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege, in dem es auch um eine bessere Personalausstattung für Pflegeheime geht, den Heimen künftig helfen?

Franz Hartinger: Es ist ja keine neue Erkenntnis, dass eine hinreichende Anzahl an Pflegefachpersonen und weitere beruflich Pflegende für eine gute und professionelle Pflege notwendig ist. Das im Auftrag der Pflegeselbstverwaltung erarbeitete wissenschaftliche Verfahren für eine einheitliche Personalbedarfsbemessung in Pflegeeinrichtungen soll nun in einem ersten Umsetzungsschritt realisiert werden. Die mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz seit Januar 2019 vorgesehene Finanzierung von 13.000 zusätzlichen Stellen wird damit aufgestockt um 20.000 Stellen, die vollständig über einen Vergütungszuschlag finanziert werden. Das können wir nur begrüßen. Dennoch bleibt das Dilemma, dass der Markt für Pflegekräfte und auch Pflegehilfskräfte eben ziemlich leergefegt ist. Die zurückliegenden Krisenmonate haben zudem noch einmal deutlich gezeigt, dass es sowohl psychisch als auch physisch kein extrem leichter Beruf ist.

Das zeigt offenbar auch eine Studie, in der es um die Verteilung der Corona-Erkrankungen auf einzelne Berufsgruppen geht.

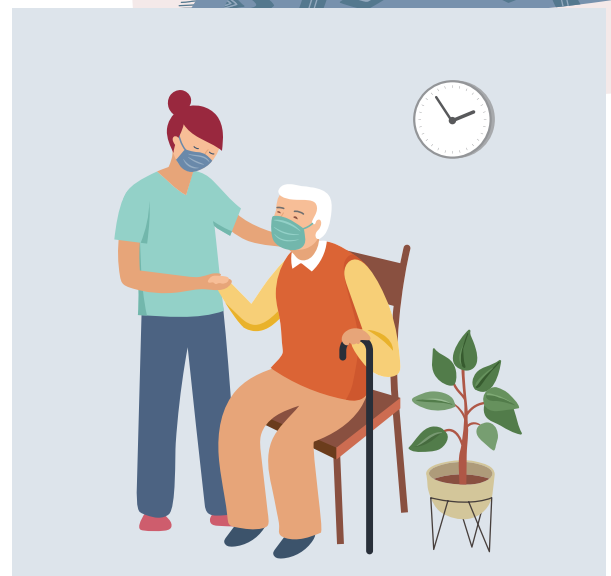
Franz Hartinger: Versichertendaten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (Wido) haben gezeigt, dass Mitarbeiter im Gesundheitswesen zwischen März und Mai dieses Jahres überdurchschnittlich oft an Covid-19 erkrankt waren. Betroffen waren vor allem Pflegekräfte. Von ihnen mussten überdurchschnittlich viele nach einer Infektion im Krankenhaus behandelt werden. Wiederum besonders betroffen waren Mitarbeiter in der Altenpflege. Ein Grund war sicher, dass eben am Anfang Schutzausrüstungen vielfach gefehlt haben. Für die Altenpflege hat es in diesem Zeitraum 1283 Krankheitsfälle auf 100.000 Erwerbstätige gegeben. Auch die Zahl der Krankenhauseinweisungen – 157 von 100.000 Beschäftigten in der Altenpflege im Vergleich zu 91 auf 100.000 bei allen AOK-Mitgliedern – zeigt, dass unsere Mitarbeiter hier ein hohes Risiko eingegangen sind.

“War das Virus erst einmal unerkannt in einer Einrichtung, konnte es sich sehr schnell verbreiten, weil viele Bewohner nicht in der Lage waren, Distanzregeln einzuhalten.”

Immer wieder wurde in der Presse und in anderen Medien darüber berichtet, dass Angehörige sich über die stringenten Regelungen und den Lockdown der Pflegeheime beklagt haben.

Franz Hartinger: Die Kontaktverbote waren sicher sowohl für die Angehörigen als natürlich vor allem auch die Bewohner der Heime ganz schwierig. Kontraproduktiv war aber auch die Rolle der Presse, die eine Übersterblichkeit suggerierte, die es im Grunde nicht gab, was aber die Angehörigen sehr verunsicherte.

Seit dem Muttertag kam es dann zu Lockerungen, aber auch dafür mussten wir unsere Konzepte umstellen, Musterblätter entwerfen, Listen führen. Mit der normalen Personalausstattung war das kaum zu stemmen. Vor allem die Lockerung der Besuchsregelungen war je nach Heim und dessen Möglichkeiten daher unterschiedlich.



Sind die Pflegeheime auf eine zweite Pandemiewelle vorbereitet?

Franz Hartinger: Viele unserer Einrichtungen kämpfen noch immer mit den Auswirkungen der Pandemie. Das weiß ich aus unserem Kollegenkreis, das hat aber aktuell auch eine Studie der Universität Bremen zur Pflege in Zeiten von Corona ergeben. Danach klagt noch immer jeder vierte ambulante Pflegedienst und jedes sechste Pflegeheim über zu wenige Schutzausrüstungen. Hinzu kommt der Personalausfall – die Mitarbeiter haben ja ein erhöhtes Infektionsrisiko. Die Autoren stellen als Fazit fest, dass wegen der Vielzahl potenziell Betroffener auch im Hinblick auf eine mögliche zweite Welle das Augenmerk besonders auf die ambulante und stationäre Langzeitpflege gerichtet werden muss.

Pflegeheime seien, so die Studie, der wichtigste Ort bezüglich der Corona-Infektionen. Mehr als 60 Prozent der Todesfälle bundesweit betrafen Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen und Kunden von Pflegediensten. Dabei haben sich die Infektionen nur auf einige wenige Heime konzentriert. Es gab eindeutig Hotspots. War das Virus erst einmal unerkannt in einer Einrichtung, konnte es sich sehr schnell verbreiten, weil viele Bewohner nicht in der Lage waren, Distanzregeln einzuhalten.

Wie wären diese Hotspots künftig zu verhindern?

Franz Hartinger: Mit ausreichend Schutzmaterial und Hygiene- und Desinfektionsmitteln, systematischen Tests der Mitarbeiter und Bewohner sowie deutlich besserer Personalausstattung. Aber letzteres ist eben leider ein Problem, das sich nicht schnell lösen lässt. Komplett auszuschließen ist es vermutlich nicht, weil nun einmal sehr viele Bewohner von

Pflegeheimen wegen ihrer Demenzerkrankung die Situation nicht verstehen

... könnte es wieder zu Schließungen kommen?

Franz Hartinger: Wir haben alle gesehen, wie sehr Bewohner und Angehörige unter den Schließungen gelitten haben. Wir haben aber im Laufe der vergangenen Monate auch Mittel und Wege gefunden, soziale Kontakte selbst unter Pandemiebedingungen zu ermöglichen. Spezielle Kontakträume mit Sicherheitsvorkehrungen wurden eingerichtet, Container aufgestellt, die Gärten genutzt. Das sind wichtige Erfahrungen, die uns in einer eventuell zweiten Pandemiewelle, aber auch für künftige ähnliche Situationen, helfen werden, damit die Lebensqualität unserer Bewohner nicht mehr als unbedingt notwendig eingeschränkt werden muss. Wesentlich dabei ist zudem immer eine schnelle,

schlüssige Information der Angehörigen.

Sehr wichtig ist, dass wir unsere Sicherheitsstandards nach wie vor akribisch hochhalten und uns nicht in Sicherheit

„Sehr wichtig ist, dass wir unsere Sicherheitsstandards nach wie vor akribisch hochhalten und uns nicht in Sicherheit wiegen.“

wiegen. Wir bilden Bewohnergruppen, die möglichst unter sich bleiben, so dass bei einer Infektion nie alle Bewohner von den dann notwendigen Maßnahmen betroffen sind. Es ist auch für unsere Mitarbeiter eine kontinuierliche Verpflichtung, sich außerhalb des Heims, in der Freizeit, zuhause, vorsichtig zu verhalten. Ihnen muss immer bewusst sein, dass sie in einer sensiblen Einrichtung tätig sind. Und falls jemand außerhalb des Heims dennoch infiziert werden sollte – auch diesen Fall hatten wir hier – muss diese Mitarbeiterin schnell getestet und die Kontakte müssen zügig nachvollzogen werden. Dann kann eine solche Situation durchaus beherrscht werden.

Corona und der Wert von Digitalisierung und KI

Innovationstreiber

Mittler-Funktion der Pflege

Revolutionäre Entwicklung

KI

Forschung für die Pathologie

Mittler-Funktion der Pflege auch in digitalen Prozessen

DIE CHANCEN DER DIGITALISIERUNG NUTZEN – FÜR EINE INNOVATIVE UND KOMPETENTE PFLEGERISCHE VERSORGUNG

In der Universitätsmedizin Essen ist der Transformationsprozess zum Krankenhaus der Zukunft – zum Smart Hospital – in vollem Gange. Das Smart Hospital stellt dabei die Menschen als PatientInnen, ihre Angehörigen und die MitarbeiterInnen viel stärker als bisher in den Fokus seines Handelns. Auch in der Pflege werden digitale Technologien und pflegerische Handlungen zunehmend vernetzt. Pflegefachpersonen übernehmen im klinischen Alltag eine Schnittstellenfunktion zwischen allen anderen beteiligten Professionen. Diese „Mittler-Funktion“ kommt ihnen auch in digitalen Prozessen zu. Wir haben schon vor Ausbruch der Pandemie gesehen, welches Potenzial in der digitalen Optimierung von Prozessen liegt – vorausgesetzt, dass diese nicht nur auf technische Insellösungen abzielt, sondern alle digitalen Prozesse des Behandlungspfades eines Patienten ineinandergreifen. Die Rolle der Pflege ist dabei gar nicht hoch genug zu schätzen, wie sich ebenfalls in den vergangenen Wochen und Monaten einmal mehr gezeigt hat.

Die Basis aller digitalen Prozesse bildet am Universitätsklinikum Essen die elektronische Patientenakte (ePa).

DIE ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE – BASIS DER DIGITALEN TRANSFORMATION

Entgegen nationaler Entwicklungen wurde im Universitätsklinikum bereits 2019 eine flächendeckende Implementierung der ePa auf den Allgemeinstationen abgeschlossen. Um eine bestmögliche digitale Unterstützung durch die ePa zu erreichen, wurde die bestehende papiergestützte Dokumentation nicht einfach digitalisiert. Vielmehr galt es, die bestehenden Prozesse interprofessionell, fachabteilungsübergreifend zu hinterfragen und an die neuen Potenziale der ePa anzupassen. Eine

vom Vorstand initiierte Lenkungsgruppe mit Beteiligten aus klinischen Prozessen, sowie der IT und weiteren Schnittstellenabteilungen, begleitete den gesamten Prozess des Rollouts. Auf den Stationen unterstützten sogenannte ePa-TrainerInnen das Personal dabei, mit der ePa sicher zu arbeiten. Die TrainerInnen, die selbst aus der Pflege stammen, kennen interne Prozesse und erfahren eine hohe Akzeptanz der AnwenderInnen. Das Konzept der ePa-TrainerInnen trug zum maßgeblichen Erfolg der Einführung der ePa bei.



Auf den Stationen unterstützten ePa-TrainerInnen das Personal dabei, mit der ePa sicher zu arbeiten.

Um das volle Potenzial der ePa auszuschöpfen, wurden diverse Instrumente und Tools direkt in die ePa integriert und untereinander logisch verknüpft. Auch der Pflegeprozess kann somit heute komplett digital, von der Anamnese bis zur Evaluation, abgebildet werden. Am Beispiel der Digitalisierung dieses Prozesses werden neben der direkten Auswirkung auf die pflegerische Tätigkeit Auswirkungen auf die Interprofessionalität, den Wissenstransfer und den Abbau von Versorgungslücken deutlich.

PFLERGEASSESSMENT IN DIE EPA INTEGRIERT

Die Einschätzung der (pflege)relevanten Risiken erfolgt heute beispielsweise mittels eines in die ePa integrierten, wissenschaftlich fundierten Pflegeassessments. Das Assessmentinstrument basiert auf evidenzbasierten Erkenntnissen sowie weiteren Anforderungen aus aktuellen Standards und Leitlinien und wird regelmäßig an Neuerungen angepasst. Pflegefachpersonen werden durch das Instrument digital unterstützt, neueste wissenschaftliche Erkenntnisse in die Erhebung der Patientenanamnese zu integrieren. Die ausgeleiteten Risikofaktoren sind überdies für das gesamte interprofessionelle Team sichtbar. Identifizieren beispielsweise Pflegefachpersonen ein Risiko für die Entstehung eines Delirs, ist diese Information für alle am Prozess Beteiligten visuell über die Professions- und Abteilungsgrenzen hinaus abgebildet.

DOPPELDOKUMENTATION REDUZIERT, PATIENTENSICHERHEIT GESTEIGERT

Die für das Assessmentinstrument erforderlichen Informationen leiten sich aus der Routinedokumentation ab. Doppeldokumentationen und damit verbundene Fehler, wie sie noch in der papiergestützten Dokumentation vorlagen, konnten durch die digitale Verknüpfung von Daten deutlich reduziert und die Patientensicherheit folglich gesteigert werden. Ausgehend von den erhobenen Risikofaktoren und weiteren in der ePa interprofessionell dokumentierten Informationen werden Pflegefachpersonen Pflegeinterventionen automatisiert vorgeschlagen. Diese stellen eine campusweite, einheitliche, professionelle Fachterminologie in der Pflege sicher. Weitere technische Funktionen sind in die Interventionsplanung integrierbar (z.B. die Hinterlegung von Intervallen). Vorgeschlagene Maßnahmen werden dann durch die Pflegefachpersonen an die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse der PatientInnen angepasst. Das Übertragen von Kurvenblättern, welches neben einem erhöhten Zeitaufwand eine zusätzliche Fehlerquelle darstellte, gehört durch diesen Automatismus heute der Vergangenheit an.

VERLAUFSdokUMENTATION ALS HERZSTÜCK DER EPA

Besonderheiten der Patientenversorgung werden in die Verlaufsdokumentation eingetragen. Sie stellt das Herzstück der ePa und der interprofessionellen Prozesse dar. So erfolgt die Verlaufsdokumentation im Universitätsklinikum Essen heute nicht mehr isoliert und professionsbezogen, sondern in einem gemeinsamen interprofessionellen Verlaufsbericht.

— Autorin —

Andrea Schmidt-Rumpoß

Pflegedirektorin
und Vorstand,
Universitätsmedizin
Essen



— Autorin —

Bernadette Hosters

Pflegedirektion,
Leitung Stabsstelle
Entwicklung und
Forschung Pflege,
Universitätsmedizin
Essen



Durch automatische Verknüpfungen werden in diesen auch alle interdisziplinären Berichte (z. B. Konsile oder Visiteneinträge) ausgeleitet. Durch den gemeinsamen Bericht über Fach- und Professionsgrenzen hinweg konnte die interprofessionelle Zusammenarbeit auch über die Dokumentation gesteigert werden.

Zum Abschluss des Pflegeprozesses, der Entlassung, werden alle relevanten Informationen aus der ePa in einen elektronischen Überleitungsbogen ausgeleitet. Auch hier konnte der administrative Aufwand auf ein Minimum reduziert werden, Fehlübertragungen in der Pflegeüberleitung sind heute quasi ausgeschlossen. Bei internen Verlegungen entfällt der Überleitungsbogen gänzlich. So ist die Dokumentation für das gesamte interprofessionelle Team, auch bei Verlegungen in andere Fach- oder Interventionsabteilungen, einsehbar. Begonnene Maßnahmen können entsprechend der Vorplanungen ohne zeitliche Verzögerung auch nach Verlegungen fortgeführt und Versorgungsbrüchen somit entgegengewirkt werden.



Die Universitätsmedizin Essen

Die **Universitätsmedizin Essen** umfasst inklusive ihrer vier Tochterkliniken insgesamt 32 Kliniken und 24 Institute. Für mehr als 70.000 stationäre und 300.000 ambulante Patientinnen und Patienten pro Jahr setzen sich rund 8.300 Experten mit Ihrem Know-how ein. Damit ist die Universitätsmedizin Essen weiterhin der führende Standort für Krankenversorgung, Forschung und Lehre in der Metropole Ruhr. Der Klinikverbund deckt die ganze Bandbreite einer umfassenden medizinischen Versorgung ab: von der Geburtshilfe über die Kinderheilkunde bis zum Behandlungsspektrum der inneren Medizin sowie der Unfall- und Notfallversorgung. Exzellente Ergebnisse werden in den Schwerpunktbereichen Onkologie, Transplantation und bei der Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen erzielt. Besondere Forschungsgebiete stellen die genetische Medizin sowie die Immunologie und Infektiologie dar.

DIGITALE PROZESSE ÜBER DIE KLINIKGRENZEN HINWEG

In der Vision des Smart Hospitals enden Prozesse nicht an den baulichen Grenzen des Krankenhauses, sondern orientieren sich an den Patientenverläufen. Der Prozess des Entlassmanagements stellt ein pflegerisches Beispiel für die sektorale Aufbrechung durch Digitalisierung dar. So ist neben einer adäquaten Vorbereitung von Überleitungsdaten die Kommunikation zu Nachversorgern wesentlich. Am Universitätsklinikum Essen unterstützt die Integration einer digitalen Überleitungsplattform diesen Prozess und baut Versorgungslücken ab. Auf der Basis von pseudonymisierten Patientenprofilen (z.B. Wohnort, Beatmung, Infektion) und Daten der Nachversorger (z.B. freie Kapazitäten, Expertisen, Ort) identifiziert die Plattform mit Hilfe von Algorithmen mögliche Nachversorger. Die Kontaktaufnahme zwischen Nachversorgern und Universitätsklinikum verläuft automatisiert digital über die Plattform. Nachversorger bestätigen die Möglichkeit einer Aufnahme oder lehnen sie ab. Auf Basis aller Rückmeldungen können PatientInnen dann die für sie passende Einrichtung auswählen. Das Entlassmanagement des Universitätsklinikums konnte insbesondere bei komplexen Patientenprofilen (z.B. Beatmung, Isolation) signifikant verbessert und beschleunigt, das Personal von zahlreichen, erfolgreichen Anrufen, entlastet werden.

DIGITALE INNOVATIONEN WEIT ÜBER DIE EPA HINAUS

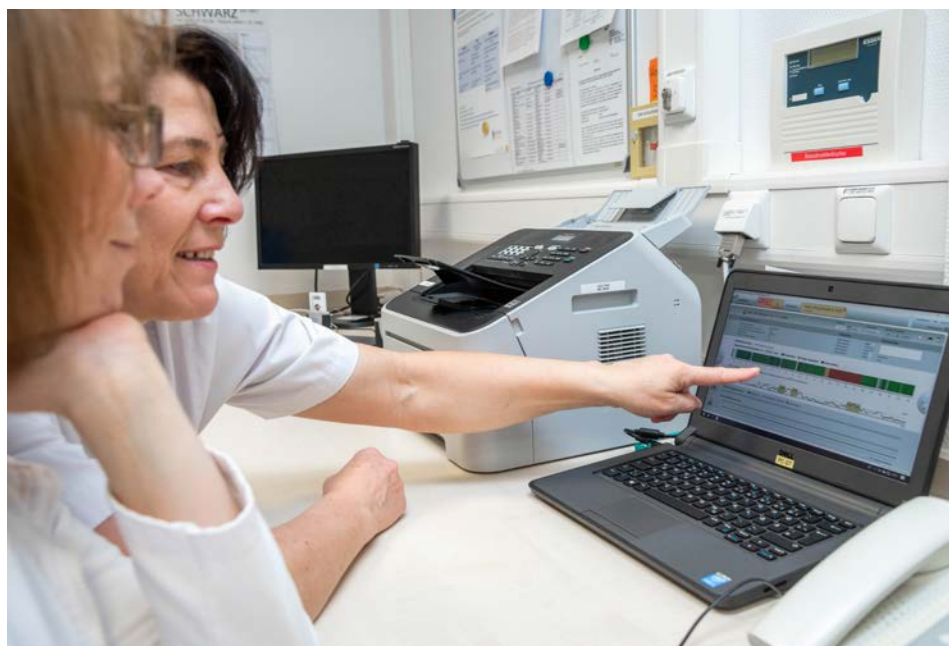
Durch die Einführung der ePa und Anbindung von Tools in die ePA wurden die Kernprozesse der Patientenversorgung zwar digitalisiert, das Innovationspotenzial der digitalen Transformationen wird jedoch erst durch die Einbindung weiterer Technologien deutlich. Heute bestehen zahlreiche digitale

Innovationen, die Pflegende und PatientInnen unterstützen können. Die Kunst ist es, die für die medizinische und pflegerische Versorgung sowie für die zentralen logistischen Prozesse relevanten Innovationen zu identifizieren und diese in die bestehenden Prozesse zu integrieren bzw. Prozesse neu zu gestalten. Isolierte (Leuchtturm-)Projekte führen nicht zum Erfolg. Eine fehlende Integration in das Gesamtkonzept und eine fehlende Kommunikation unter den Systemen induzieren Parallelprozesse, die im ungünstigen Fall sogar konträr arbeiten. Durch eine gezielte Integration und Verknüpfung der Systeme kann hingegen ein deutlicher Mehrwert für die Patientenversorgung und die MitarbeiterInnen entstehen.

ENTWICKLUNG NUR GEMEINSAM MIT DEN ANWENDERN

Die Entwicklung der neuen Technologien kann nur gemeinsam mit den Anwendern erfolgen. Aus die-

Die erheblichen Potenziale der Digitalisierung werden im deutschen Gesundheitswesen bisher nicht ausreichend ausgeschöpft. Auch die Corona-Pandemie hat wieder deutlich gezeigt, wie wichtig es ist, hier zu messbaren Fortschritten zu kommen. Neben der fach- und sektorenübergreifenden Vernetzung wird auch der Einsatz technischer Innovationen und die interprofessionelle Zusammenarbeit stärker an Bedeutung gewinnen. Mit der Digitalisierung bietet sich die Möglichkeit, alle Prozesse nach und nach auf den Prüfstand zu stellen, zu überdenken und zukunftsfähig auszurichten.



links: Anwendung des MobilityMonitors – Neue Technologien, wie die Bewegungssensorik, können Pflegefachpersonen bei der Risikoeinschätzung unterstützen und die Patientensicherheit erhöhen.
rechts: Auswertung der Daten am Monitor

sem Grund werden neue Technologien am Universitätsklinikum Essen in Workshops mit Pflegenden aus den betroffenen Abteilungen bewertet. Darüber hinaus werden zentrale Bereiche, wie beispielsweise IT, Datenschutz und Medizintechnik, aber auch Mitglieder des interprofessionellen Teams, einbezogen. Somit lässt sich eine Integration aller relevanten Schnittstellenprozesse sicherstellen. Neben der Produktbewertung werden im Rahmen der Workshops Anwenderszenarien entwickelt, aus denen gemeinsame Forschungs- und Entwicklungsprojekte entstehen. Die hohe Expertise der Pflegefachpersonen sowie ihre langjährige Praxiserfahrung sind für die Entwicklung dieser Szenarien und den letztendlichen Erfolg entscheidend. Wenngleich auch eine Öffnung für Neues von diesen Personen gefordert wird. Nicht selten verändern sich langjährig bestehende Prozesse durch die Innovationen gänzlich.

VERÄNDERUNG LANGJÄHRIG ETABLIERTER PROZESSE IN DER PFLEGE

Ein Beispiel für die kurzfristige Veränderung von langjährig entwickelten und fest etablierten Prozessen in der Pflege stellen die pflegerischen Prophylaxen dar. So unterstützen die in der ePa integrierten Instrumente Pflegefachpersonen in der Erhebung von pflegerelevanten Risiken. Gerade in einer Akutversorgung, wie sie im Universitätsklinikum Essen vorliegt, basieren die Ersteinschätzungen der Risiken jedoch nur auf kurzen Momentaufnahmen.

Internationale Untersuchungen zeigen, dass dies zu Fehleinschätzungen führen kann. Resultierend verzögert sich die rechtzeitige Einleitung von Prophylaxen. Komplikationen können die Folge sein.

Neue Technologien, wie die Bewegungssensorik, können Pflegefachpersonen bei der Risikoeinschätzung unterstützen und die Patientensicherheit erhöhen. So ist der Mobilitätsstatus einer der wichtigsten Faktoren zur Identifikation von pflegerelevanten Risiken. Im Universitätsklinikum Essen werden Bewegungsprofile sowie die Stärke von Druckentlastungen mittels Bettensensorik sekundengenau ausgeleitet. Pflegefachpersonen interpretieren die Bewegungsprofile und leiten mögliche Risiken aufgrund ihrer pflegerischen Fachexpertise ab. Das neue Hilfsmittel wurde hierbei in den digitalisierten Prophylaxeprozess integriert. So kommt das Hilfsmittel kriterienbezogen zum Einsatz. Pflegefachpersonen eruieren den Einsatz, wenn bestimmte Aspekte im pflegerischen digitalen Assessmentinstrument zutreffen.

Eine interne Pilotstudie konnte den Erfolg des digitalen Hilfsmittels bestätigen. So zeigte sich, dass ältere PatientInnen in ihrer Mobilität eher unterschätzt und jüngere PatientInnen, insbesondere postoperativ, überschätzt wurden. Neben der Steigerung der Patientensicherheit erfahren Pflegefachpersonen durch die neue Technologie eine Entlastung. Unnötige Bewegungsintervalle, die laut Ergebnis der Pilotstudie aufgrund einer Unterschätzung der

Eigenmobilität bestanden, konnten abgebaut werden. Pflegende werden überdies insbesondere im Nachtdienst psychisch entlastet. Durch die Anbindung des Systems an die Rufanlagen entfällt die Sorge, dass sturzgefährdete PatientInnen im Nachtdienst unbemerkt stürzen. Durch die rechtzeitige Warnung, die bereits bei der Mobilisation an der Bettkante ausgelöst werden kann, wird Stürzen vorgebeugt.

EINBINDUNG WEITERER NEUER TECHNOLOGIEN

Die Einbindung weiterer neuer Technologien in der Pflege ist bereits in Planung. Pflegefachpersonen und Auszubildende aus dem Universitätsklinikum evaluierten beispielsweise den Einsatz einer Virtual-Reality-Brille (VR-Brille) in einem Forschungsprojekt der TU Clausthal und konnten ihr Expertenwissen in deren Weiterentwicklung einbringen. Ausgehend von diesen Tests werden jetzt Szenarien entwickelt, wie eine Einbindung in die praktische Anwendung erfolgen kann. Unterstützungsbedarfe wurden von den TeilnehmerInnen in der Beratung und Anleitung von PatientInnen, aber auch von Auszubildenden, erkannt. So ist es denkbar, dass WundexpertInnen zukünftig neben persönlichen Konsultationen Telekonsultationen über die VR-Technologie durchführen. Bei unserem campusinternen Straßennetz von über fünf Kilometern würde diese Technologie zu einer Entlastung der Pflegenden führen und auch kurzfristige Konsile vereinfachen. Überdies muss die Anbindung der ePa Ziel sein, so dass Informationen zum Patienten aus der ePa direkt vor das Auge projiziert werden. Wundfotografie könnte zum Beispiel über die Brille handfrei erfolgen und in die ePa übergeleitet werden.

Neben dem Fokus der Patientenversorgung wurden Szenarien für die Ausbildung entwickelt. So war es Wunsch der Auszubildenden, PraxisanleiterInnen bei Rückfragen über die VR-Brille einzuschalten. Außerdem könnten Lerninhalte (z.B. aus dem eLearning) oder interne Standardprozesse (aus dem Dokumentenmanagementsystem) vor das Auge der Auszubildenden projiziert werden.

ZUKUNFTSPERSPEKTIVE DER DIGITALEN TRANSFORMATION FÜR DIE PFLEGE

Neben der Integration neuer Technologien in Form von Digital Devices, Robotik oder Telekommunikationstechniken, wird zukünftig die Nutzung der aus diesen Technologien generierten Routinedaten bisher noch nicht ausgeschöpfte Möglichkeiten bieten. In der Medizin erhalten solche Verfahren beispielsweise zunehmend in den bildgebenden Verfahren Bedeutung. Hier unterstützen Verfahren der künstlichen Intelligenz in der Diagnostik und Therapie von bösartigen Krebserkrankungen. Ähnliche Verfahren könnten in der Pflege beispielsweise genutzt werden, um die Risikoerhebung zu verbessern und personalisierte Interventionen zu ermöglichen. So werden in der Literatur multifaktorielle pflegerelevante Risiken beschrieben. Aufgrund der bestehenden Komplexität wird vermutet, dass noch nicht alle Risikofaktoren ermittelt wurden. Die korrekte Beurteilung ist aufgrund der Komplexität der Phänomene für Fachpersonal herausfordernd. Weitere Routinedaten aus der ePa (z.B. Laborparameter, Vitalzeichen, Medikation) sowie Digital Devices (z.B. Bewegungsprofile, bildgebende Verfahren) können dazu verwendet werden, Muster im Hinblick auf die Risiken zu identifizieren und die Risikoerkennung langfristig zu verbessern. Personalisierte Prophylaxen könnten, ausgehend von diesen Risiken, abgeleitet werden. Im internationalen Kontext ist die Erkennung solcher Muster und Ableitung von Algorithmen schon weiter fortgeschritten.

BERUFSBILDER VERÄNDERN SICH

Grundsätzlich werden sich nahezu alle Berufsbilder des Gesundheitswesens im Kontext von zunehmender Digitalisierung und dem Einsatz von Künstlicher Intelligenz verändern. Auch die Tätigkeitsfelder der Pflege werden sich verändern. Für Pflegefachpersonen entstehen neue Handlungsspielräume. Aufgaben, die automatisiert von digitalen Assistenzsystemen übernommen werden, ermöglichen ihnen mehr Zeit in der direkten Interaktion mit PatientInnen.

Mehr Zeit in der direkten Versorgung von PatientInnen, Transparenz und Qualifikation sind wesent-



Virtual-Reality-Brille – ihre Einbindung in die Praxis bietet viele Möglichkeiten und führt auch zur Entlastung der Pflegenden. (Symbolfoto)

liche Erfolgsfaktoren, um Arbeitsbedingungen in der Pflege nachhaltig zu verbessern. Nur informierte und geschulte Pflegefachpersonen können in einen Dialog treten, z.B. zur Praktikabilität und zu zukünftigen Anpassungen, zur Notwendigkeit von Daten- und Informationssicherheit. Daher ist es von Bedeutung, Pflegefachpersonen direkt mit in die Entwicklungen einzubinden und entsprechend zu qualifizieren. Deshalb bieten wir unseren Auszubildenden und Mitarbeitenden die Möglichkeit, sich in Kooperation mit der FOM – Hochschule für Oekonomie und Management im Rahmen eines berufsbegleitenden Studiengangs „Pflege und Digi-

talisierung“ oder in Fortbildungsmodulen zu digitalen Themen weiter zu qualifizieren.

Die Kompetenz der Pflegefachpersonen kann in einer vernetzten Versorgung noch stärker genutzt werden. Handlungsspielräume, die für Pflegefachpersonen neu entstehen, bewerten professionell Pflegenden positiv, insbesondere wenn der Mehrwert für den beruflichen Alltag klar ersichtlich wird.

Es ist an der Zeit, die pflegerische Versorgung neu zu denken und Pflege nicht mehr ausschließlich als Kostenfaktor zu betrachten.

RELEVANZ DER DIGITALISIERUNG IN DER CORONA-PANDEMIE

Der Mehrwert der Digitalisierung und die damit verbundene Steigerung der Patienten- und Mitarbeitersicherheit wurde in der Corona-Pandemie besonders deutlich. Im Smart Hospital wurden neu etablierte Prozesse direkt von Beginn an digital gedacht. So entstand beispielsweise ein Covid-Symbol in der ePA, welches für alle am Prozess Beteiligten sichtbar ist. Alle MitarbeiterInnen können heute durch das Symbol direkt ohne zeitliche Verzögerung erkennen, wenn ein Covid-Abstrich durchgeführt wurde, ein Testergebnis jedoch noch aussteht. Sobald ein Testergebnis im System vorliegt, verändert sich das Symbol entsprechend dem Testergebnis. Überdies wurde eine Erinnerungsfunktion programmiert, die bei stationären PatientInnen mit langer Liegedauer in einem vordefinierten Zyklus auf eine erneute Testung auf Corona-Infektion hinweist.

Auch im Rahmen der internen und externen Kommunikation wurde das Potenzial der Digitalisierung deutlich. So stehen allen MitarbeiterInnen in der unternehmenseigenen Cloud aktuelle (Lehr)videos und weitere Informationen zu Covid zur Verfügung. Überdies konnte der Vorstand durch digitale Newsletter und Videoansprachen eine zeitnahe Information zu aktuellen Veränderungen realisieren.

Für externe Interessierte stellt die Universitätsmedizin seit Februar umfangreiche multimediale Informationen zu den Themen Coronavirus und COVID-19 auf eigens erstellten Internetseiten sowie in ihren Social-Media-Kanälen bereit.

Überdies hat die Universitätsmedizin Essen eine App mit Patienteninformationen zu Corona und COVID-19 entwickelt. Neben aktuellen Informationen zum Virus und der Erkrankung hat die App aber eine weitere wichtige Funktion: Sie dient als Symptomtagebuch und ermöglicht PatientInnen mit den Experten der Universitätsmedizin Essen in Kontakt zu bleiben.

Die App wird allen Betroffenen, die als Verdachtsfälle auf COVID-19 in der Zentralen Notaufnahme Nord des Universitätsklinikums Essen triagiert werden, angeboten – unabhängig davon, ob sie ambulant, tagesstationär oder stationär aufgenommen werden.

Die dokumentierten Werte des Tagebuchs können direkt digital in das Krankenhausinformationssystem eingespeist werden, sodass die ambulanten Patienten ihre Werte gesammelt dem behandelnden Arzt zugänglich machen können.

Die App ist ein weiterer digitaler Baustein im Smart-Hospital-Konzept der Universitätsmedizin Essen und findet sich u.a. im App-Store unter „UME Patientenportal“.



KI - die dritte revolutionäre Umwälzung in der Pathologie

DAS FORSCHUNGSPROJEKT EMPAIA –
ECOSYSTEM FOR PATHOLOGY
DIAGNOSTICS WITH AI ASSISTANCE

DIGITALE PATHOLOGIE ALS REFERENZFALL
FÜR DIE KÜNFTIGE BILDGEBENDE MEDIZIN

KI-Bildanalyseverfahren werden in der Zukunft grundlegende Werkzeuge für die Arbeit von Ärzten sein. In den kommenden zehn Jahren werden Methoden der Künstlichen Intelligenz sämtliche Bereiche der Medizin und des Gesundheitswesens durchdringen. Für die bildbasierte medizinische Diagnostik sind revolutionäre Veränderungen zu erwarten. Ohne KI werden die medizinischen Qualitätsstandards nicht zu halten sein. Angesichts dieser Perspektiven etabliert das Forschungsprojekt EMPAIA ein Ökosystem für bildbasierte medizinische Diagnostik unter Nutzung von Methoden der Künstlichen Intelligenz für die Pathologie, das auch darüber hinaus breite Anwendung in der Medizin und der Patientenversorgung finden kann und wird.

Heute wird in der Regel unter einem digitalen Ökosystem eine Internet-basierte Plattform mit einem zentralen Betreiber auf Basis mindestens einer technischen Plattform und den Regeln der Plattform-Ökonomie verstanden. Diese Plattform ermöglicht eine Zusammenarbeit von gleichberechtigten, unabhängigen Partnern über Unternehmensgrenzen hinweg.

Das Projekt EMPAIA wird vom Bundesministerium für Wirtschaft als eines von 16 KI-Projekten gefördert, die den KI-Innovationswettbewerb 2019 des BMWi gewonnen haben. Die Fördersumme beträgt über drei Jahre hinweg insgesamt 200 Millionen Euro. EMPAIA ist eins von drei Projekten aus dem Bereich „Medizin und Gesundheit“. Die hier entwickelten Lösungen werden sukzessive ab 2021 zunächst in den EMPAIA Referenzzentren erprobt, zu denen niedergelassene Ärzte, Pathologie-Labore, Krankenhausgruppen, universitäre Pathologien sowie



Autor

Prof. Dr. Peter Hufnagl

Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Institut für Pathologie, Digitale Pathologie,
Konsortialführer EMPAIA

internationale Referenzzentren gehören. Danach ist mit einer flächendeckenden Umsetzung durch die beteiligten Industriepartner zu rechnen (siehe www.empaia.org).

EMPAIA konzentriert sich auf die digitale Pathologie, die Verfahrensweise ist aber auf die gesamte bildgebende Medizin anwendbar. Sie kann daher als eine Art Referenzfall für die Entwicklung der digitalen Medizin in Deutschland angesehen werden (Abbildung 1).

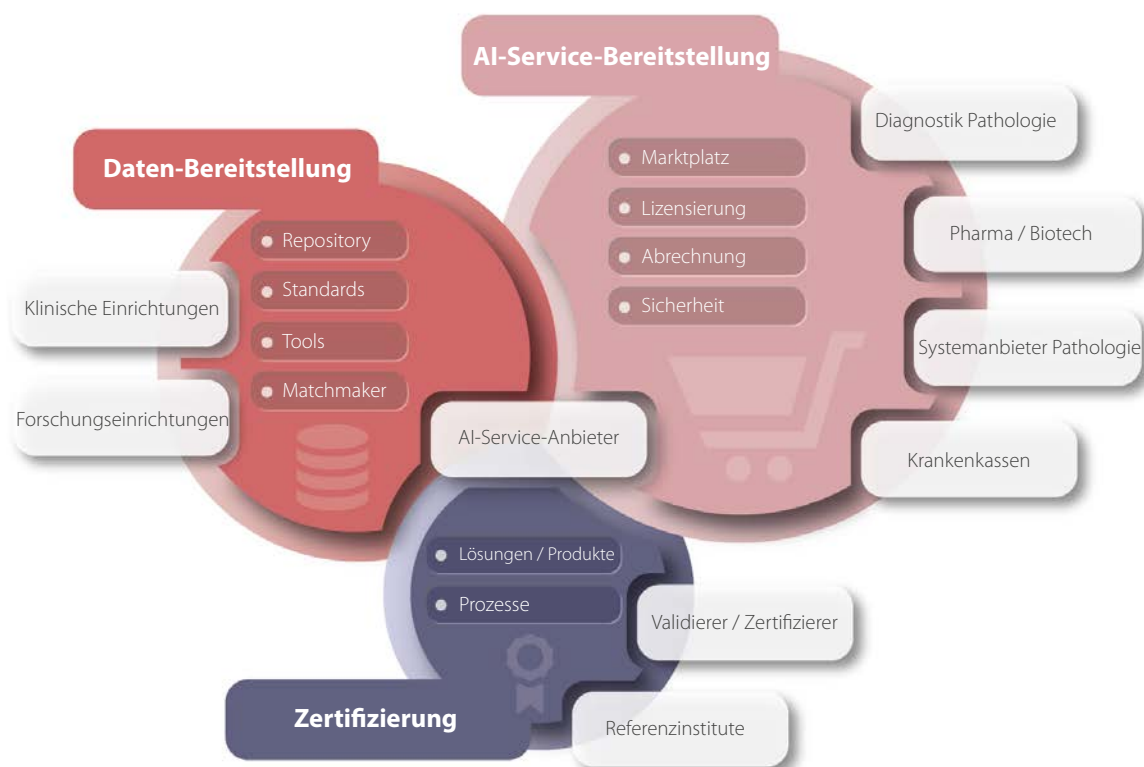


Abbildung 1: Gesamtübersicht über das EMPAIA-Ökosystem

KI-Verbreitung: EMPAIA entwickelt eine neutrale Plattform, die sich nicht an einzelne Unternehmen bindet, sondern sich allen Marktteilnehmern öffnet und von öffentlichen Einrichtungen unterstützt wird.

Zertifizierung: Der hohe Validierungsaufwand für die Zertifizierung ist ein Haupthindernis in der klinischen Etablierung von KI-Lösungen. Fehlende Validierungsdatensätze erfordern kosten- und zeitaufwändige klinische Studien und sind für viele Firmen nicht erreichbar.

Daten-Bereitstellung: KI-Bildererkennung mit Deep Learning erfordert große Mengen an Beispieldaten. Große Referenzdatensätze sind die Voraussetzung für die Entwicklung und Validierung von KI-Lösungen.

Quelle: Darstellung aus dem Förderantrag des EMPAIA Konsortiums

Die Pathologie-Diagnostik gehört zu den wichtigsten diagnostischen Disziplinen der Präzisionsmedizin und ist als „Mutter der Medizin“ die Grundlage der zielgerichteten Krebstherapie. Die Nutzung von Methoden der KI kann nach der Einführung der Molekularpathologie und aktuell der Digitalisierung der mikroskopischen Diagnostik mithilfe der virtuellen Mikroskopie als die dritte revolutionäre Umwälzung in der Pathologie angesehen werden. KI-Anwendungen in der pathologischen Forschung haben sich in den letzten Jahren bereits rasant entwickelt.

Region	Fälle
Deutschland	10 Millionen
USA	50 Millionen
weltweit	350 Millionen

Tabelle 1: Gesamtzahl der Fälle mit pathologischer Diagnostik pro Jahr; Quelle: World Cancer Research Fund und WHO; eigene Darstellung

Die Arbeitsmenge pro Arzt steigt nicht nur in der Pathologie oder Radiologie, die Anforderungen nehmen auch in anderen medizinischen Disziplinen rasant zu. Das Fachpersonal wird künftig nicht ausreichen. Das zeichnet sich bereits ab. In Deutschland etwa befinden sich gut 50 Prozent der Pathologen in der Altersgruppe 50 bis 65 Jahre.

Mit der Alterung der Bevölkerung wächst der Befundungsmarkt. Die Komplexität der Diagnostikleistung pro Fall wächst ebenfalls infolge der Präzisionsmedizin und des medizinischen Fortschritts insbesondere in der Molekularpathologie (Tabelle 1). Gleichzeitig sollen immer mehr Diagnosen in immer kürzerer Zeit immer gültiger und zuverlässiger vorliegen.

WAS KANN DIE KI ZUKÜNFTIG IN DER PATHOLOGIE ERREICHEN?

KI-Methoden wie Deep Learning bilden den neuen State-of-the-Art der Bildererkennung. Deep Learning folgt keinen fest kodierten Regeln eines menschl-

chen Experten, sondern ein Deep-Learning-System ermittelt statistische Muster aus Beispieldaten. In der Medizin entwickelt sich großes wissenschaftliches Interesse an Bilderkennung mit Deep Learning, weil damit automatisierte visuelle Befundungsleistungen in breitem Maßstab möglich werden, die mit vorherigen klassischen Methoden nicht zu lösen waren. In der Pathologie liegt das Potenzial z.B. in der Quantifizierung von Markern bei gleichzeitiger Erkennung von Tumorgewebe, der Messung der Tumor infiltrierenden Lymphozyten (TILs), der Erkennung neuer morphologischer Marker oder der Verknüpfung molekularer Daten mit den histologischen Schnitten

Mit dem EMPAIA-Projekt sollen die folgenden übergeordneten Ziele erreicht werden:

Ziel 1: Der Aufbau einer Plattform für die Entwicklung, Zertifizierung und den Vertrieb von KI-Anwendungen.

Ziel 2: Die Etablierung eines Ökosystems aller relevanten Beteiligten, um die Fragen von Standardisierung, Zertifizierung, rechtlichen Rahmenbedingungen, Abrechenbarkeit und KI-Erklärbarkeit gemeinsam in Arbeitsgruppen zu lösen.

Ziel 3: Die Etablierung von 13 Referenzzentren, in denen die über die EMPAIA-Plattform bereitgestellten Anwendungen in der Praxis angewendet werden. Sie umfassen Pathologien verschiedener

Größe und technischer Ausstattung und dienen für Pathologen und Industriepartner gleichermaßen als Referenzlösungen.

Ziel 4: Fortschritte bei der KI-Erklärbarkeit und deren Umsetzung in Anwendungen, um Pathologen und Klinikern die „Black Box“ der KI zu öffnen.

Ziel 5: Die Verbreitung von Wissen über KI und deren Nutzung unter Pathologen und Medizinern mit dem Ziel, KI-Anwendungen souverän einsetzen zu können.

Ziel 6: Mit der Umsetzung der Ziele 1 bis 5 soll die Geschwindigkeit bei der Einführung neuer KI-basierter Methoden in der Pathologie unter Berücksichtigung aller Aspekte der Qualitätssicherung (Zertifizierung als Medizinprodukt) erhöht werden. Im Ergebnis wird eine genauere und effektivere Diagnostik erwartet, die sich auf die Therapie auswirken wird.

Durch offene, wo immer möglich internationale Standards soll zukünftig vielen Teilnehmern die Nutzung der Plattform ermöglicht werden, um einen zunehmend breiteren Einsatz von KI-Anwendungen zu forcieren. Die KI in der digitalen Pathologie kann so für die personalisierte Krebs- und Immuntherapie eine große Bedeutung erlangen. Voraussetzung dafür ist allerdings die Beseitigung aktuell noch bestehender Hindernisse bei der Anwendung von KI in der Pathologie (Tabelle 2).

Gremium

Zielstellung

Standardisierung



Standardisierung von Schnittstellen und Datenformaten, Einbindung in Pathologie-Informationssysteme, (IHE, DICOM)

Wirtschaftlichkeit & Abrechnung



Abrechenbarkeit von KI-Lösungen und damit die Wirtschaftlichkeit von Investitionen sichern

Prüfung von Algorithmen & Systemen



Validierung und Zertifizierung (IVDR) von KI basierten Algorithmen, Aufbau von Referenzdatensätzen

Rechtliche Fragestellungen



Auswirkungen des Einsatzes von KI-Lösungen, Haftungsfragen klären, national, international

Studien



Studien im Umfeld des Einsatzes von KI basierten Lösungen, Multicenter-Studien der EMPAIA Referenzzentren

Tabelle 2: EMPAIA – Gremien und Ziele

REFERENZFALL FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG DER DIGITALEN MEDIZIN

KI-basierte Bildanalyseverfahren können die Fähigkeiten menschlicher Pathologen imitieren, um digitale Bilder von Gewebeschnitten automatisch auszuwerten. Neuere Algorithmen können zunehmend auch hochkomplexe Muster erkennen, die selbst für Experten nicht mehr sichtbar sind und beispielsweise molekulare Eigenschaften am HE-Schnitt vorhersagen. Die KI-unterstützte Auswertung verbessert zudem die Reproduzier- und Quantifizierbarkeit diagnostischer Ergebnisse. Dabei bleibt die Diagnose selbst die vornehmste Aufgabe des Pathologen, der die nun um KI-Anwendungen erweiterten Ergebnisse vor dem klinischen Hintergrund des konkreten Falles bewertet.

Die Vorteile von KI-Diagnostik zeigen sich besonders in einem KI-Ökosystem für die Entwicklung und Vermarktung medizinischer Lösungen. Es ist die Basis dafür, die notwendigen und großen Datenmengen auf rechtlich sicherer Grundlage bereitstellen zu können. So kann die datengetriebene Forschung mit der Lösung medizinischer Probleme Hand in Hand gehen. Die im EMPAIA-Ökosystem entwickelten algorithmischen Lösungen (Apps) können weltweit eingesetzt werden, weil sie auf weltweiten Standards für den Datenaustausch wie etwa DICOM (= Digital Imaging and Communications in Medicine) und HL7 (= Health Level 7) aufsetzen. Die Umsetzung erfolgt zunächst für die Pathologie und kann später auch für andere bildbasierte diagnostische Disziplinen erweitert werden. Dieser Fokus dient der Maximierung der Erfolgswahrscheinlichkeit bei der Entwicklung der Plattform, der Standards und dem klinischen Einsatz der über die Plattform bereit gestellten KI-Anwendungen.

Das System der KI-Anwendungen in der bildbasierten Diagnostik in der Pathologie ist auf die folgenden Schwerpunkte ausgerichtet:

- » einen leichteren Zugang für klinische Anwender zu ermöglichen und validierte KI-Apps zu zertifizieren,
- » direkte Vergleichsmöglichkeiten für KI-Lösungen zu ermöglichen (beispielsweise Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse, Qualität der Ergebnisse, Bedienbarkeit, Integrationstiefe in bestehende Infrastruktur),
- » eine effiziente Erstellung, Nutzung, Verwertung von Datensätzen zu erreichen,
- » offene Schnittstellen (z.B. für digitalisierte histologische Schnitte, Laborinformationssysteme) einzurichten
- » einen breiten Weg in den Markt zu glätten, und proprietäre Insellösungen zu überwinden.

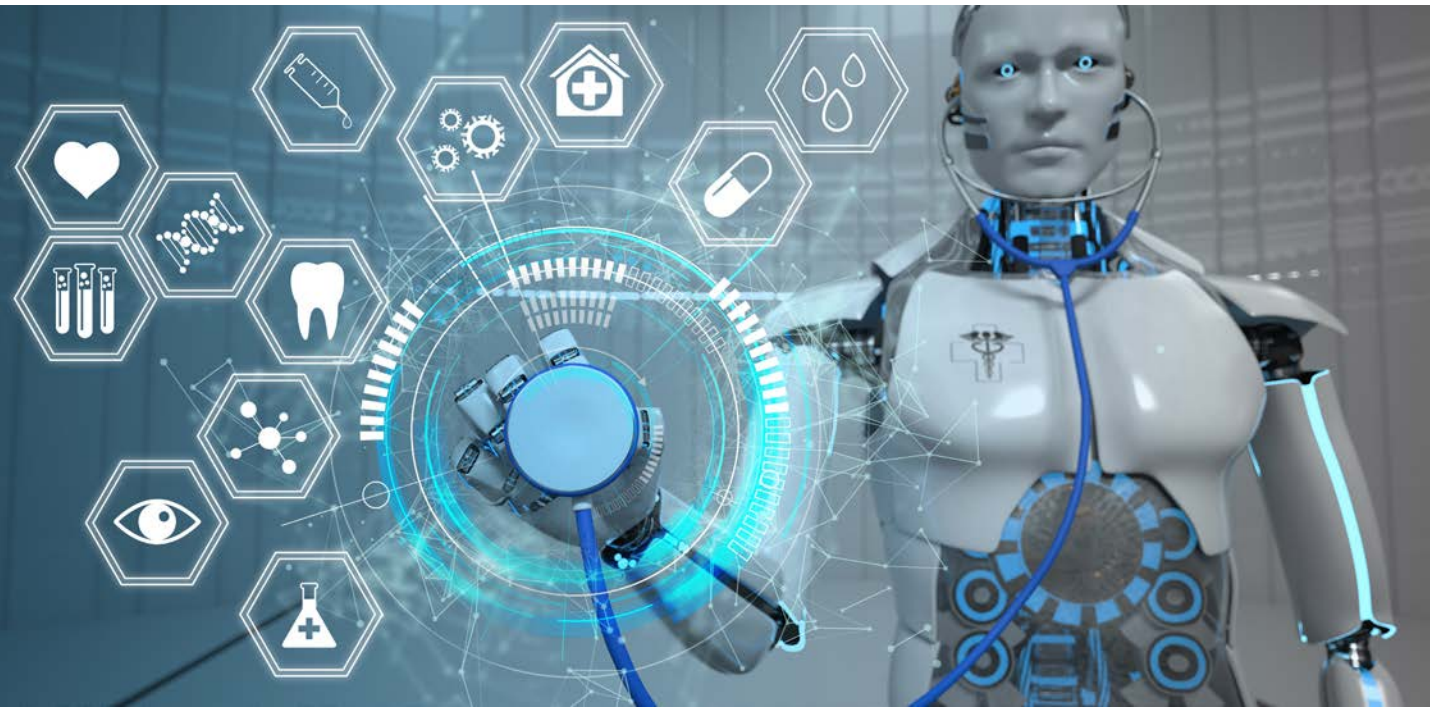
HERAUSFORDERUNGEN UND HINDERNISSE BEI DER ETABLIERUNG VON KI IN DER PATHOLOGIE

Eine besonders große Herausforderung besteht in der KI-Erklärbarkeit. Hier kommt es sowohl darauf an, die berühmte Black Box zu öffnen als auch Nutzerinterfaces zu schaffen, die es den Pathologen ermöglichen, die Ergebnisse der KI-Anwendungen nachvollziehen und hinterfragen zu können. Es gibt hier gute Ansätze und auch erste Lösungen (z. B. Heatmaps), deren Praxistauglichkeit im Fokus der Entwicklung steht.

„KI-Anwendungen sind geeignet, die klassischen Auswertungsverfahren effektiver, genauer und reproduzierbarer zu machen. Für die Versorgung der Patienten bedeutet das mittelfristig eine schnellere und präzisere Diagnose.“

Notwendig ist darüber hinaus die Entwicklung einer Plattform, die einen KI-Marktplatz, eine Art Börse für Trainingsdaten, sowie die Bereitstellung von diversen offenen Schnittstellen integriert (Abbildung 1). Eine offene Plattform für KI-Lösungen reduziert die Abhängigkeit der Nutzer von proprietären Lösungen und erleichtert Herstellern von KI-basierter diagnostischer Software Marktzugang und Zugriff auf Trainingsdaten.

KI-Bilderkennung mit Deep Learning erfordert eine große Menge an Beispieldaten (Abbildung 1). Dies gilt insbesondere für den Einsatz in der Medizin, wo Gewebe- und Zellstrukturen je nach Patient und Krankheitsverlauf stark variieren. KI-Entwickler erhalten nur schwer Zugang zu den notwendigen großen Datensätzen. Potenzielle Daten-Erzeuger wie Pathologen, Institute und Labore haben derzeit aber keinen kommerziellen Anreiz für Erstellung und Weitergabe von Daten. Relevante Trainingsdaten sind in der Regel Teil von Behandlungsdaten. Diese sind unter anderem aus Datenschutzgründen nicht allgemein zugänglich, was es insbesondere kleineren Anbietern erheblich erschwert, ihre KI-Lösungen zu entwickeln, zu validieren und ihrerseits Innovationen einzubringen. Auch Datensätze, die zugänglich sind, liegen nicht immer in einheitlichen Formaten vor oder sind nicht maschinenlesbar. Notwendig ist daher zum einen ein Repository für medizinische KI-Trainingsdaten und zum anderen ein Marktplatz zum Akquirieren geeigneter Daten, Experten, und KI-Verfahren.



In den kommenden Jahren werden Methoden der Künstlichen Intelligenz sämtliche Bereiche der Medizin und des Gesundheitswesens durchdringen. (Symbolfoto)

Online-Marktplätze für kommerzielle KI-Lösungen existieren nicht. Dadurch haben Nutzer keine Möglichkeit, auf einfache Weise verschiedene Lösungen zu suchen und zu vergleichen. Für Anwender sind Vergleich und Nutzung von Lösungen verschiedener Hersteller aufwändig. Umgekehrt müssen KI-Anbieter eine Vielzahl proprietärer Schnittstellen für ihre Lösungen implementieren, um eine ausreichend große Kundengruppe zu erreichen. Dies macht die Entwicklung neuer Produkte teuer, langwierig und schränkt die Auswahl an klinisch nutzbaren KI-Lösungen ein.

Die Kommerzialisierung von KI-Lösungen ist wegen ungeklärter rechtlicher Rahmenbedingungen sowie mangelnder Standards in Technik und Abrechnung schwierig. Daten für die Entwicklung von KI-Anwendungen sind oft nicht verfügbar oder vor ihrer Nutzung stehen hohe Hürden (Datenschutz, Ethikvotum etc.). Best Practices für Validierung und Zertifizierung fehlen und der Aufwand dafür ist immens.

Gleichzeitig fehlen Standards auch für die Einbindung von KI-Systemen in die Laborinformationssysteme.

KI UND DIE ZUKÜNFTIGE BEDEUTUNG FÜR DIE PATIENTENVERSORGUNG

Das Forschungsprojekt EMPAIA wird die pathologische Diagnostik digitaler und „intelligenter“ ma-

chen. Mit dem Einsatz von KI in der Pathologie werden künftig mehr Analysen möglich sein als mit den bisherigen Datensystemen. Befunde stehen damit künftig schneller und auf höherem Qualitätsniveau zur Verfügung.

Die Diagnostik stützt sich neben der Arbeit am Mikroskop immer mehr auf molekulare Informationen. KI-basierte Anwendungen können diese Informationen auch bei der Analyse von histologischen Schnitten nutzen. Diese methodischen Verbindungen sind wesentlich zur Bewältigung der aktuellen Herausforderungen in der Pathologie.

KI-Anwendungen sind geeignet, die klassischen Auswertungsverfahren effektiver, genauer und reproduzierbarer zu machen. Für die Versorgung der Patienten bedeutet das mittelfristig eine schnellere und präzisere Diagnose. Genau hier liegen das Ziel und der Gewinn.

Mit zunehmendem Erfolg in der alltäglichen Praxis wird die Nachfrage nach KI-Anwendungen steigen. Mit dem EMPAIA Projekt wird eine Grundlage dafür geschaffen, diese Nachfrage auch befriedigen zu können. In den EMPAIA Referenzzentren sollen am Ende der drei Jahre zwischen fünf und zehn zertifizierte und abrechenbare KI-Anwendungen im Einsatz sein.

Literatur beim Verfasser

Führung und Organisation

Agilität und Hierarchie

Verantwortung

Neue Organisationsformen

Komplexität

Optimismus

(Agil) Führen in der Krise

ES GING NICHT UM AGILITÄT ODER HIERARCHIE,
SONDERN DARUM, BEIDES ZU VERBINDEN



Autor

Paul Bomke

Mitglied des Vorstands der Fachgruppe
psychiatrische Einrichtungen des VKD
Geschäftsführer des Pfalzkrankums für Psychiatrie
und Neurologie, Klingenmünster

In der Krise verändern sich Führungsmuster: Das Pfalzkrankum – auf gutem Weg zu einem agilen Unternehmen – musste seine Organisationskultur in der Pandemiekrise noch einmal neu ordnen. Das Ziel war, Agilität und Hierarchie zu verbinden. Das gelang – und es wurden dabei erstaunliche Erfahrungen gemacht, die auch in die Zukunft hinein, in die Zeit nach Corona, wirken werden.

Im Januar dieses Jahres waren wir im Pfalzkrankum zufrieden und stolz: Wir hatten mit den Prinzipien von Eigenverantwortung, flachen Hierarchien und einem hohen Maß an Spielräumen für die Mitarbeitenden und Führungskräfte die Grundlagen für unser Modellvorhaben nach § 64 b SGB V in der

Psychiatrie gelegt. Und wir hatten die Basis für das sogenannte Trägerbudget in der Eingliederungshilfe geschaffen. Für den Maßregelvollzug konnte ein Zukunftskonzept auf den Weg gebracht werden.

Hierarchie wurde in diesen Kontexten als Ausdruck von „Optionenermöglichung“ verstanden und nicht als Flaschenhals für Innovationen. Vieles, was zum Thema Agilität und „New Work“ geschrieben wurde, hatten wir verinnerlicht oder dachten, wir hätten es verstanden. Wir meinten uns von der Enge einer Hierarchie befreien zu können. Und das war und ist ja für einen psychosozialen Komplexanbieter, der auf über 160 Jahre Geschichte zurückblickt, kein leichtes Unterfangen. Über- und Unterordnungsverhältnisse, der Umgang mit Information, Macht und Ressourcen, hoch elaborierte Genehmigungsprozesse und „was sagt die Cheftage?“ gehörten auch bei uns genauso zum Alltag wie die reservierten Parkplätze für die Leitungsebene, am besten direkt vor dem eigenen Büro, oder auch der berühmte Spruch: „Gehe nicht zu deinem Fürst, wenn Du nicht gerufen wirst ...“.

Vieles hatten wir überwunden und vieles wollten wir überwinden ... und dann kam Corona.

DER ALTE WUNSCH NACH HIERARCHIE KAM MIT DER PANDEMIE ZURÜCK

Auf einmal war sie wieder da, die alte, schon überwunden gedachte Organisationskultur. Debatten zu Zuständigkeiten und „das kann ich nicht entscheiden“ oder „einer da oben möge doch sagen, was richtig und falsch ist“ oder „wie oft muss ich meine Hände desinfizieren und wo steht das?“ häuften sich.

Gegenentwürfe wie „entscheiden Sie bitte selbst“ oder „bitte suchen Sie nach Lösungen mit Ihren Kolleg*innen“ und „wie wird das in anderen Organisationen gehandhabt? Haben Sie sich schon mal umgehört?“ schienen zu verhallen. Der Wunsch nach einer starken Stimme, nach detaillierten Anweisungen und einer klaren Orientierung war wieder da. All die Ideen von Agilität schienen dahin, die

alte Hierarchie war wieder auferstanden. Und das süße Gift der Hierarchie („ich bin der Macher und kann alles entscheiden“) kam zurück – zumindest fühlte es sich so an.

KLARE ANWEISUNGEN UND SPIELRÄUME – BEIDES MUSS GEHEN

In dieser Phase fragten wir uns: Was können wir dafür tun, den Wunsch nach Klarheit und den Wunsch nach Führung mit Eigenverantwortung in einer Krise zu verbinden?

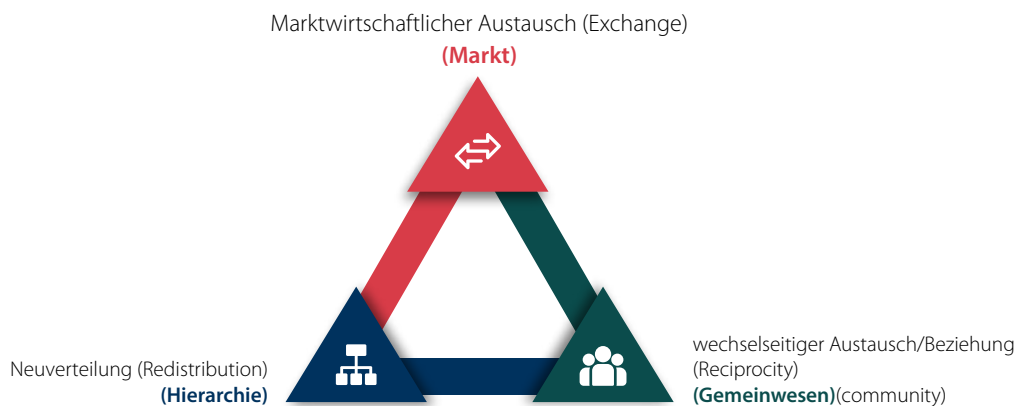
Mitunter hilft ein Blick in die Welt von (Organisations)Theorien, um Antworten zu finden. Faszinierend ist hierbei die Grundfrage vieler Organisationsexperten, warum es überhaupt Organisationen bzw. Hierarchien gibt. Kann nicht alles der Markt oder die „Community“ regeln? Was macht die Hierarchie und die damit verbundene Bürokratie denn so verlockend? Sind Hierarchien überhaupt geeignet, Krisen zu bewältigen? Sollte man das nicht besser den Akteuren überlassen, ohne ihnen hierarchi-

sche Fesseln anzulegen? Im Ohr war noch der Satz von Dorothee Törek (2019): „Agilität in einer Hierarchie ist wie Schwimmen in einer Zwangsjacke!“ (veröffentlicht bei LinkedIn am 05. 08. 2019, LinkedIn Top Voice DACH 2018 Digital Advisor. Vom Zauber des Digitalen)

Der gesunde Menschenverstand findet schnell einen Ausweg und postuliert: Beides muss gehen, klare Anweisungen auf der einen und Spielräume auf der anderen Seite. Aber wie soll das in der Krise funktionieren?

Wie gesagt, es hilft der Blick in die Wissenschaft. In den 1950iger bis 1970iger Jahren haben Wissenschaftler wie Polanyi (1957) oder Williamson (1973) das Zusammenspiel in Systemen klar und umfassend beschrieben. Diese Erkenntnisse waren für uns sehr hilfreich, auch wenn unsere Lösungen mitunter eher intuitiv als theoriegetrieben entwickelt wurden und die Klarheit erst in der Nachbetrachtung und vielen Feedback-Schleifen deutlich wird.

In seinem berühmten Dreieck unterscheidet Polanyi (1957) zwischen:



Polanyi's Formen der Integration (Übersetzung durch Verfasser)

Polanyi, Karl 1957: 'The Economy as Instituted Process', in: Polanyi, K.; Arensberg, C.; Pearson, H. (Hrsg.): *Trade and Market in Early Empires*, Glencoe, pp. 243 – 270. Williamson, Oliver, E 1973: *Markets and Hierarchies: Some Elementary Considerations*, in: *The American Economic Review*, Vol. 63, No. 2, pp. 316 – 325

Im Prinzip findet man diese Formen des Austausches natürlich in jeder Organisation. Der Arbeitsvertrag ist z.B. ein Ausdruck von „Exchange“ zwischen Leistung und Gehalt, die Weitergabe/Neuverteilung von Informationen oder Ressourcen gehören zur Hierarchie und der wechselseitige Austausch von Wissen oder von Feedback und Kritik in Teams stellt einen reziproken Austausch dar. Frank Vogelsang (*Soziale Verbundenheit – Das Ringen um Gemeinschaft und Solidarität in der Spätmoderne*,

1. Aufl. 2020, Verlag Karl Alber) nennt diese Form der Beziehungsgestaltung „soziale Verbundenheit“. Im Übrigen, gerade in Krisenzeiten können Teams ein hohes Maß an sozialer Verbundenheit entwickeln.

Entscheidend ist, welche der Austauschbeziehungen, um im Modell zu bleiben, überwiegen bzw. eine Organisationskultur dominieren. Es gibt Organisationen, in denen die drei Schenkel des Dreiecks gleich groß sind, es also zu einer gesunden Balance



der drei Ausprägungen kommt. Normalerweise scheinen in Organisationen die beiden Prinzipien „Redistribution“ und „marktwirtschaftlicher Austausch“ stärker ausgeprägt zu sein bzw. gehen Hand in Hand, denn Hierarchie bestimmt die internen „marktlichen Beziehungen“ in einer Organisation; sie legt durch die (Re)Distributionsmacht von Ressourcen die Rahmenbedingungen der Verteilung fest. Die in agilen Konzepten beschriebene Idee wechselseitiger, ausgeglichener Beziehungen gerät in den Hintergrund.

**„In dieser Phase fragten wir uns:
Was können wir dafür tun, den Wunsch
nach Klarheit und den Wunsch nach
Führung mit Eigenverantwortung in einer
Krise zu verbinden?“**

Dieses Phänomen zeigt sich im Übrigen dann auch in den Außenbeziehungen zu den Stakeholdern. Nutzer*innen im psychosozialen Versorgungssystem können ein Lied von fehlenden wechselseitigen Beziehungen und fehlender Augenhöhe singen. Das zeigt sich auch in der Krise unserer spätmodernen Gesellschaft und macht das Handeln der Akteure in einer Organisation noch komplexer (Vogelsang 2020).

Ergänzend finden sich in Organisationen Subkulturen, in denen es zu anderen Schwerpunkten der drei Ausprägungen (Markt/Hierarchie/Wechselseitigkeit) kommen kann. Und solche Subkulturen gibt es in Expertenorganisationen wie in unserem Haus reichlich. Was wiederum eine besondere Herausforderung in der Krise bedeutet, dazu später mehr.

Übersetzt man das o.e. Dreieck, so gilt für agile Organisationen, dass die Verteilung von Informationen und Ressourcen an die agierenden Teams zu verlagern ist, Hierarchie die Aufgabe hat, Wechselseitigkeit zu ermöglichen. Kurzum, Hierarchie muss sicherstellen, wenn sie sich nicht selbst auflösen kann, dass der Austausch auf Augenhöhe stattfindet und das Miteinander gefördert wird. Der Hierarch macht sich überflüssig, bleibt aber auf dem Spielfeld!

**BOTSCHAFT VON AUSSEN:
DIES IST DIE STUNDE DER EXEKUTIVE**

Zurück zur Corona-Krise. Wie beschrieben, schien die Konzeption der agilen, auf Wechselseitigkeit ausgerichteten Grundstruktur nicht zu funktionieren. Denn die Bedrohung kam nicht aus unserer Welt, sie kam von außen. Und die zu gebenden Antworten gehörten nicht zum Repertoire der Teams und der Führung.



Im Übrigen wurde das Krisenmanagement außerhalb der Organisation ebenfalls straff hierarchisch organisiert, bzw. das Robert-Koch-Institut wurde als oberste Hygienestelle zum alles beherrschenden Informations- und Machtfaktor, zur Verteilscheibe, zur Redistribution von Wissen und Information. Andere staatliche Stellen reagierten ähnlich. Eine neue Bürokratie, die Corona-Bürokratie, wirkte in die Organisation hinein, erließ flächendeckende Vorgaben, beschäftigte das Management auf allen Ebenen mit einem schier nicht zu stillenden Dokumentations-, Kontroll- und Informationsbedürfnis und widersprach sich mitunter, weil in unterschiedlichen Sektoren unterschiedliche Vorschriften erlassen wurden. Die Mehrdeutigkeit erhöhte sich damit. Eigentlich gute Zeiten für Agilität.

ABER: Es war DER Krisenmanager gefragt. Der Kapitän, der das Schiff auf Kurs hält, es auch nicht verlässt und sich in sein Home-Office zurückzieht. Es ging um eine klare Botschaft in der Krise und der Satz „Das ist nun die Stunde der Exekutive“ wirkte auch ins Haus.

ARBEITSTEILUNG ZWISCHEN GESCHÄFTSFÜHRUNG UND TASK FORCE

Wir aber setzten und setzen nicht auf eine zentrale Verteilung von Wissen und Ressourcen, wir setzen auf Wechselseitigkeit und Arbeitsteilung in der Krise. Die sogenannte Task-Force Hygiene unter der dualen Leitung der Pflege- und der ärztlichen Direktion ersetzte für drei Monate die klassischen Managementorgane wie oberer Führungskreis und Gebietskonferenzen. Sie übernahm nach innen Aufgaben des „Kapitäns“. Der Zugang wurde bewusst limitiert und alle Führungskräfte verpflichtet, die Informationen weiterzugeben, zu übersetzen und mit den eigenen Mitarbeitern zu sprechen. Mails schreiben ist Silber, telefonieren ist Gold und direkte persönliche Kommunikation – selbstverständlich mit entsprechendem Abstand – ist Platin.

Zwischen Geschäftsführung und Task-Force bildete sich eine weitere Arbeitsteilung heraus; volle Entscheidungskompetenzen der Task-Force nach innen, Kontakt in die Umwelt nach außen durch die Geschäftsführung. Das kaufmännische Management sicherte mit viel Engagement die finanziellen Ressourcen. In dieser Phase war die Task-Force ein hybrides agiles Team. Hybrid, weil ja Hierarchie noch da war, aber nicht in Erscheinung trat, und weil die (Verteilungs)Macht durch Wissen und neu erlernte

(Hygiene)Kompetenz für die Dauer der Krise ersetzt wurde. Im wechselseitigen Vertrauen wurden Entscheidungen vorbereitet und getroffen.

DIGITALISIERUNG VON FÜHRUNGS- KOMMUNIKATION

Und dann kam die Idee der digitalen Führung auf. Video-Konferenzen sollten den Bezug zu den Mitarbeitenden herstellen. Diese sollten sich selbst organisieren. Dabei stellten wir fest, wie stiefmütterlich wir das Themenfeld „Digitalisierung von Führungskommunikation“ bisher behandelt haben. Aber es zeigten sich Erfolge. Mitarbeitende in vielen Bereichen, nicht nur der sogenannten „Verwaltung“, gewannen mit den neuen Kommunikationsmöglichkeiten Souveränität. Sie konnten Erfolge vorweisen, gegenüber den eigenen Teams und den anderen Nutzer*innen.

Deutlich wurde auch, dass digitale Führung eine neue Form von Unterstützung und „Empowerment“ für die Mitarbeitenden und die Klient*innen bedeutet, dass hierfür aber die Regeln klar definiert werden müssen. Normalerweise dauern solche Aushandlungsprozesse lange, gilt es Kompromisse auszuhandeln, Verweigerer zu überzeugen oder zu neutralisieren. In der Krise wirkte der Hierarch nun positiv. Eine zeitlich befristete Dienstanweisung wurde erlassen, die alle Führungskräfte verpflichtete, eine Vereinbarung zum digitalen Führen mit den Mitarbeitenden zu schließen. Prioritäten wurden zugunsten digitaler Investitionen verschoben, andere Investitionen per Anordnung zurückgestellt. Die Hierarchie legte in dieser Phase großen Wert auf eine umfassende und frühe Beteiligung der Mitarbeitenden-Vertretung und auf Co-Management – auf der einen Seite typisch für eine mitbestimmte Institution, auf der anderen Seite aber bereits neu erlernte Beteiligungskultur schon vor der Krise im Rahmen der anstehenden Innovationsprojekte des Hauses.

WICHTIGE PRÄSENZ DER FÜHRUNGSKRÄFTE

Aber es war und ist noch immer von großer Bedeutung, dass in einer Expertenorganisation mit Präsenzkultur auch Präsenz der Führungskräfte und der Administration gelebt und gefördert werden muss. Dies auch als wechselseitiges Versprechen, dass alle Teile der Organisation zusammengehören. Sicherlich auch dank der vielen Absagen externer Termine, aber auch als bewusste Entscheidung, waren die oberen Führungskräfte und die Geschäftsführung sichtbar, waren erlebbar und ansprechbar. Hier wirkte das Bild vom Kapitän, der sein Schiff nicht verlässt, symbolisch nach.



Das Pfalzklínikum AdöR – Dienstleister für seelische Gesundheit

Das Pfalzklínikum bietet vielfältige Möglichkeiten für erkrankte Menschen – stationäre, ambulante, Wohn- und Tagesangebote sowie gemeindepsychiatrische Angebote an 15 Standorten. Das Spektrum erstreckt sich von Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Erwachsene, Kinder und Jugendliche, Senioren) über Abhängigkeitserkrankungen bis hin zu Schlafmedizin, Neurologie und Forensischer Psychiatrie. Hinzu kommt ein breit verzweigtes gemeindepsychiatrisches Netz an Angeboten in vielen pfälzischen Kommunen. Institutsambulanzen, ambulante Betreuung und Pflege sowie berufliche Rehabilitation, Angebote in Tageskliniken oder Tagesstätten sowie tagesstrukturierende Maßnahmen kommen ergänzend hinzu. (im Bild der Standort Klingenmünster)

EINE HOMOGENE KULTUR GIBT ES IM UNTERNEHMEN NICHT

Die Vorstellung einer homogenen Kultur, die sich mehr oder minder bei solchen Beschreibungen implizit einschleicht, stimmt in dieser Form nicht. Es gibt eine Vielzahl von Subkulturen oder auch berufssoziologische Besonderheiten, die in die Organisation einwirken. So sind z.B. Servicebereiche

„Wir stellten fest, wie stiefmütterlich wir das Themenfeld „Digitalisierung von Führungskommunikation“ bisher behandelt haben.“

eher auf marktwirtschaftliche Leistungsbeziehungen trainiert, entwickelten in der Vergangenheit ihre eigenen Strukturen, grenzten sich bewusst von der Hierarchie der Expertenorganisation ab – was durch die Ausgründung in eine eigene Tochtergesellschaft vor 10 Jahren noch verstärkt wurde.

Auf einmal galten diese Regeln nicht mehr. Der Küchenfahrer wurde zum „Super-Spreader“ und musste in die täglichen Hygiene-Routinen der Bereiche einbezogen werden, ebenso der Springerdienst in

der Reinigung. Handwerker*innen beschäftigten sich beim Aufenthalt in den Bereichen mit (neuen) Hygienethemen. Alles neu und anders.

Und wieder musste neu gedacht und geführt werden. Schriftliche Anordnungen im Intranet, gedacht für die Station oder die Verwaltung, wurden nicht so schnell wie notwendig gelesen und verarbeitet. Aushänge überholten sich täglich. Die Verantwortlichen entschieden sich daher für einen zweifachen Weg. Präsenz der Führung (siehe oben) und Förderung der „Wechselseitigkeit“ durch ein Team von Organisationsentwickler*innen, die „emotionalen Kontakt“ zu den Service-Mitarbeitenden hielten und rückmeldeten, wenn Informationen nicht ankamen oder missverständlich interpretiert wurden. Im Rückblick war dies der erste Schritt zur Selbstorganisation der Teams unter den Bedingungen der Pandemie im Servicebereich.

Durch die hohe Dezentralität des Hauses mit über 15 Standorten, einer Vielzahl von ambulanten Teams in unterschiedlichen „Infektionsgebieten“ entwickelte sich unter der Taskforce Hygiene, mitten in der Krise, eine Kultur der Selbstorganisation und eines eigenen Selbstverständnisses. Häufig fiel der Satz: „Lass uns das in der Taskforce regeln!“. Die Sitzungen der Taskforce waren nun nicht mehr von Top-Down-Entscheidungen, sondern von wechselseitigen Beratungen gekennzeichnet. Und wie gesagt, der Hierarch hielt sich zurück.

DER HIERARCH HIELT SICH ZURÜCK, ABER DER KURS WAR KLAR

Dies gelang, weil gerade in der Krise der Kurs des Schiffes klar abgestimmt war. Die umfassende Strategie des Hauses wurde von einer kleinen Gruppe von Geschäftsführung und oberen Führungskräften unter dem Motto „Safety First“ definiert und umgesetzt, auch gegen Widerstand und Unverständnis. Hier war es so, wie es sich viele auch wünschten. Die Kommandobrücke bestimmte den Kurs.

BEDEUTUNG DER SOZIALEN MEDIEN IN DER KRISENKOMMUNIKATION

In der Krise kam einer besonderen Form der Kommunikation eine neue Bedeutung zu. Die sozialen Medien (z.B. Facebook, Instagram, LinkedIn) eignen



Das Pfalzkllinikum wurde Mitte August vom F.A.Z. Institut zu einem Helden der Krise ernannt. Es ging dabei um eine Kooperation mit dem Westpfalz-Klinikum in Kaiserslautern.

sich, professionell gemanagt, sehr gut für wechselseitige, reziproke Austauschbeziehungen. Sie setzen einen Kontrapunkt zu leistungsbezogenen, hierarchischen Formen der Steuerung – wenn man sich darauf einlässt (siehe auch Vogelsang 2020). Jeden Tag wurden nicht nur im Intranet, sondern zu Beginn vor allem über Facebook, Informationen und Geschichten, später Videos produziert, zentrale Informationen verbreitet und es entstanden interessante und wichtige Kommentarverläufe.

Ein Beispiel rundet das Bild ab. Das Pfalzkllinikum wurde Mitte August vom F.A.Z. Institut zu einem Helden der Krise ernannt. Für uns alle überraschend. Es ging um eine Kooperation mit dem Westpfalz-Klinikum in Kaiserslautern. Die Nachricht wurde gepostet und ein Mitarbeiter kommentierte den Eintrag wie folgt: „Ich glaube, wir können als Gesamtbetrieb stolz auf uns sein. Krisen können wir bewältigen und mitgearbeitet haben wir alle auf hohem Niveau“. Und prompt kam eine knappe Antwort von einem Kollegen: „Stimmt“ und dann folgte ein weiteres „Like“ von einem weiteren Mitarbeitenden. Wenn auch nicht repräsentativ, so zeichnet das ein Bild, das Hoffnung macht!

UNSER FAZIT

Auch „alt-ehrwürdige“ Organisationen wie das Pfalzkllinikum können Agilität und Hierarchie in einer Krise verbinden, können Elemente moderner Arbeit mit tradierten Führungsmustern vereinen und so gut überleben. Was sicherlich Mut macht für die wichtigen und unbedingt notwendigen Innovationen im Rahmen der psychosozialen Versorgung – nach oder mit Corona!

Ausführliche Literaturhinweise beim Verfasser



„Wir bleiben für Euch hier“ – versichern Verantwortliche der Klinik für Neurologie (links) und Verantwortliche des Teilhabezentrums Wörth, einer Einrichtung der Gemeindepsychiatrie des Pfalzkllinikums (rechts)



Agil dank Corona – was die Krankenhausorganisation aus der Krisenzeit lernen kann

NEUE ORGANISATIONS- UND ARBEITSFORMEN, DIE ZUVOR NICHT MÖGLICH WAREN, WURDEN AKTIV GELEBT

Durch die Corona-Pandemie wurde unser Gesundheitswesen einem Stresstest unterzogen, der die Leistungsfähigkeit, insbesondere der Krankenhäuser, herausgestellt hat. Nun, nach der „ersten Welle“, ist es an der Zeit, eine vorläufige Evaluation vorzunehmen, um sich für weitere Krisenereignisse rüsten zu können. Der agile Managementansatz kann dabei zukunftsweisend für die Krankenhausorganisation werden.

Beginnend in China und Italien hat sich im Frühjahr 2020 die Corona-Pandemie auch in Deutschland ausgebreitet. Kurzfristig und vor dem Hintergrund ambivalenter Informationsketten mussten Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen ihre Ablauforganisation anpassen, Personal verlagern und einen verstärkten Fokus auf die Beschaffung von Schutzausrüstung und Behandlungsequipment legen. Da anfangs unklar war, in welchem Umfang und in welcher Intensität die Pandemie das deutsche Gesundheitssystem treffen würde, war Planungssicherheit die stetig unbekannte Variable, mit der alle eingerichteten Krisenstäbe lernen mussten umzugehen. Zur Behandlung einer Covid-19-Erkrankung wurden die Krankenhäuser gezwungen, ad hoc Intensivkapazitäten und Isolationsbetten aufzubauen, um die häufig infektiösen und schwer pulmonal erkrankten Patienten professionell versorgen zu können. Kurzum hat durch die Corona-Pandemie ein fundamentaler und teilweise disruptiver Einschnitt in die bisherige Gesundheitsversorgung stattgefunden.

AUSWIRKUNGEN DER CORONA-PANDEMIE AUF UNSERE KRANKENHÄUSER

Bei gesellschaftlicher Außenbetrachtung eines Krankenhauses wurden während der „ersten Infektionswelle“ zunächst elektive Eingriffe, sofern medizinisch vertretbar, verschoben und nur der Notfallbetrieb aufrechterhalten. Bei genauer Betrachtung liegt die eigentliche Leistungsstärke der Krankenhäuser allerdings in der Transformation, die innerhalb der Organisation stattgefunden hat, um dem neuen Bedarf an Intensivkapazitäten und Isolationsbetten gerecht werden zu können. Die Frage, die sich hier stellt, ist: Wie war eine so schnelle und fundamentale Veränderung möglich? Bisweilen haben Krankenhäuser das Image, starre, hierarchisch geprägte und hochkomplexe Organisationen zu sein, in denen flexible oder gar agile Strukturen nicht standardisiert implementiert sind. Dennoch hat vielerorts eine gute und umfassende Krisenbewältigung stattgefunden.



Autorin

Brigitte Böhm

Qualitätsmanagement,
St. Vincenz-Krankenhaus GmbH
Paderborn

AUSWIRKUNGEN DER CORONA-PANDEMIE IN DER ST. VINCENZ-KRANKENHAUS GMBH

Meist unbewusst oder vielleicht auch durch intuitive Heuristiken hat die Corona-Pandemie ein Umdenken in den Krankenhäusern angestoßen, wie auch in der Paderborner St. Vincenz-Krankenhaus GmbH. Die Akutphase der Pandemie zeigte deutlicher denn je, wie interprofessionelle Zusammenarbeit ausgestaltet werden kann. Teamorientierung, Teamgeist und das hohe Maß an Kollegialität traten

in dieser Zeit besonders hervor. Neu zusammengesetzte und zum Teil erweiterte Teams mussten sich in kürzester Zeit organisieren und zueinander finden, um das neue interdisziplinäre Versorgungskonzept für Covid-19-Patienten umsetzen zu können. Fachdisziplin fremdes ärztliches und pflegerisches Personal wurde in kürzester Zeit professionell in die Funktionsweise von Beatmungsgeräten und Intensivabläufen eingewiesen. Insgesamt stockte die St. Vincenz-Krankenhaus GmbH von 24 Intensivbetten für Erwachsene kurzfristig auf 36 Intensivbetten auf. Bei weiterer Eskalation der Pandemieausbreitung wäre eine schrittweise Aufstockung auf 70 Intensivbetten möglich gewesen.

Zudem wurden seitens der Krankenhausadministration Maßnahmen getroffen, um alle Besucherströme entsprechend einem Hygienekonzept einzuordnen und aufwandsarm registrieren zu können. Neue digitale Kommunikationsmöglichkeiten, wie ein Video-Konferenzsystem oder eine sichere Messaging-App zum kontaktlosen und einfachen kollegialen Austausch, wurden etabliert. Der Austausch zwischen den Führungskräften und vor allem innerhalb des Corona-Krisenstabs wurde durch strukturierte und zu Beginn tägliche Kommunikationsroutinen intensiviert, um so transparente Informationen für alle Mitarbeitenden innerhalb des Krankenhauses aber auch für die Öffentlichkeit bereitstellen zu können. Persönliche und fachliche Barrieren wurden kurzfristig überwunden und „alte Zöpfe“ widerstandslos abgeschnitten. Neue Organisations- und Arbeitsformen, die zuvor nicht möglich waren, wurden nun aktiv gelebt. Stationseinheiten und Funktionsbereiche wurde innerhalb des Krankenhauses erweitert, verlegt oder vorübergehend vollständig geschlossen.

Deutlicher denn je zeigt die Summe dieser hier beispielhaft aufgeführten und sicherlich nicht vollständigen Liste von Maßnahmen, dass das gemeinsame Zielverständnis innerhalb des Krankenhauses zur Pandemiebewältigung grundlegend dazu beigetragen hat, die Corona-Pandemie proaktiv bewältigen zu können.

DER NUTZEN VON CORONA FÜR DIE KRANKENHAUSORGANISATION

Der bisherige Verlauf der Pandemie-Bewältigung hat die Leistungsfähigkeit unserer Krankenhäuser auf die Probe gestellt und war - rein aus medizinischer Sicht betrachtet - im internationalen Vergleich erfolgreich. Auch aus krankenhausesorganisatorischer Sicht sollte hierzu eine Betrachtung erfolgen:

So lassen sich die durch die Corona-Pandemie ausgelösten neuen Rahmenbedingungen der Marktor-

ganisation unter dem Akronym „VUCA“ subsumieren. VUCA steht für die Attribute:

Volatility – Volatilität für die Schwankungsbreite der neuen Anforderungen

Uncertainty – Unsicherheit, z. B. ausgelöst durch fehlende oder falsche Informationen

Complexity – Komplexität aufgrund von intransparenten Strukturen oder auch als Folge der Globalisierung

Ambiguity – Mehrdeutigkeit, ausgelöst z.B. durch eine unklare Daten- oder Studienlage bzw. konkret durch das Fehlen von validen Praxiserfahrungen bei der Versorgung von Covid-19-Erkrankten.

Die Welt und damit jeder Markt haben sich durch die Corona-Pandemie nachhaltig verändert. Die VUCA-Attribute treten nicht isoliert, sondern gemeinsam auf und führen zu einer zunehmenden Unplanbarkeit, die jede Organisation bewältigen muss und dies immer wieder. (Nürnberg, Volker (2019): *Agiles HR-Management. Effiziente Personalarbeit durch smarten Einsatz digitaler Technologien. 1. Auflage.*) Covid-19 kommt selten allein und so gilt es, die Krankenhäuser auf eine mögliche zweite Welle bzw. weitere VUCA-Ereignisse vorzubereiten.

Als Strategie hierzu wird in anderen Branchen bereits auf Agilität gesetzt. Der ursprünglich aus der Softwareentwicklung stammende Ansatz kann dabei auf vier organisatorische Kernprinzipien reduziert werden:

- Delegation sämtlicher Aufgaben an kleine Teams
- Aufbau und Funktionalität der Organisation als Netzwerk
- Vorrang des Kunden
- Kernkompetenz der agilen Organisation ist ihre Fähigkeit zur Selbstorganisation

Die Anwendung dieser aufgeführten Prinzipien lässt sich auch in der Krankenhausorganisation während der Pandemie wiederfinden (Triest, Steffi; Ahrend, Jan (2019): *Agile Führung. Mitarbeiter und Teams erfolgreich führen und coachen. 1. Auflage.*).

So haben Krankenhäuser Krisenstäbe gebildet, die sich aus den verschiedensten Professionen zusammensetzen und in das Netzwerk der jeweiligen Abteilung integriert sind.

Sämtliche zu erledigenden Aufgaben wurden auf weitere kleinere Arbeitspakete heruntergebrochen und teamweise erarbeitet.

Die zu versorgenden Patienten hatten stets Vorrang, wobei gleichzeitig auch umfangreiche Schutzmaßnahmen für die eigenen Mitarbeiter im Fokus standen.

Das hohe Maß an Selbstorganisation zeigte sich in der Autonomie des Krisenstabs. Die dort getroffenen Entscheidungen wurden unter den Mitgliedern auf Augenhöhe beschlossen. Die klaren und zugleich flachen Strukturen innerhalb des Krisenstabs trugen essenziell zum Gelingen der Entscheidungsfindung, Maßnahmenplanung sowie Entscheidungsumsetzung bei. Die Bereitschaft und Offenheit für die Veränderung und Anpassung von Maßnahmen zeigte sich beispielsweise auch im Umgang mit Diebstählen von Desinfektionsmitteln und Schutzkleidung. Entscheidungen und Regelungen, die Vortags getroffen wurden, mussten tagesaktuell schon wieder überdacht werden, um die Sicherheit der Mitarbeitenden und Patienten aufrecht erhalten zu können.

Sicherlich sind weitere und umfassendere Einzelmaßnahmen anzubringen und der Durchdringungsgrad weiter zu untersuchen, aber dennoch hat Corona gezeigt, dass die starre hierarchiegeprägte Krankenhausorganisation in der Lage ist, sich in kürzester Zeit zu verändern. Damit wurden die ersten Schritte für eine agile Krankenhausausrichtung gelegt. Sicherlich trägt auch die auf Bundesebene beschlossene finanzielle Absicherung der Krankenhäuser über den Schutzschirm und die Freihaltelösungen wesentlich dazu bei. Auf diese Weise konnten ökonomische Zwänge für eine bis Ende September befristete Dauer ausgeschlossen oder neutralisiert werden, die ansonsten Agilitätsblockaden bewirkt hätten. Zum Beispiel wäre keine chirurgische Klinik bereit gewesen, ihre Leistungen um 50 Prozent zu reduzieren, wenn sie hätte fürchten müssen, dass ihre Personalbesetzung daran gemessen würde.

NACHHALTIG AUS DER KRISE LERNEN UND AGILITÄT AUSBAUEN

Die gewonnene Agilität gilt es nun zu festigen und auf weitere Organisationseinheiten auszuweiten, um bei Wiederaufnahme in den Regelbetrieb und auch bei einer möglichen „zweiten Infektionswelle“ eine professionelle Versorgung vorhalten zu können. Es gilt nun, nicht in die alten Muster zurückzufallen, sondern den „neuen Schwung“ zu nutzen, um die gewachsenen Strukturen wieder in eine ganzheitliche patientenzentrierte Versorgung zu überführen.

Dazu können vielerorts die bereits gelebten Ansätze von Lean Management und DIN EN ISO 9001:2015 als Basis verwendet und ausgebaut werden. Dafür ist es notwendig, die Kunden (intern und extern) sowie ihre Bedürfnisse noch viel besser verstehen zu lernen. Methoden wie Scrum und Kanban, deren Umsetzung sich in vielen Handlungen bereits während Corona gezeigt hat, können hierfür nützliche Werkzeuge sein.

Sicherlich ist eine vollständige „Agilisierung“ der Krankenhausorganisation nicht sinnvoll und notwendig, da standardisierte und operative Prozesse auch unter hierarchischen Strukturen bereits jetzt effizient ablaufen. Doch die jetzt aufgebrochenen Strukturen sollten so gefestigt werden, dass sie auch weiterhin Agilität zulassen.

Führungskräfte und jeder Mitarbeitende selbst sind gefordert, den durch Corona angestoßenen agilen Denkansatz weiterzuführen und der Krankenhausorganisation zur agilen Transformation zu verhelfen.



Die **St. Vincenz-Krankenhaus GmbH** ist der größte Anbieter von Krankenhausleistungen im Kreis Paderborn. In 18 Fachabteilungen mit insgesamt 790 Betten versorgt ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Pflegefachkräften, Mitarbeitern der Physiotherapie, der Psychologie, der Seelsorge, dem Sozialdienst und vielen anderen Bereichen jährlich über 41.000 Patienten stationär. Das Unternehmen verfügt über drei Standorte – das St. Vincenz-Krankenhaus in Paderborn, die Frauen- und Kinderklinik St. Louise in Paderborn und das St. Josefs-Krankenhaus Salzkotten. Dazu kommen ein Ambulantes Pflegezentrum am St. Josefs-Krankenhaus, ein Medizinisches Versorgungszentrum in Salzkotten, das B&V-Labor sowie der St. Vincenz-Campus für Gesundheitsfachberufe. Träger sind die Barmherzigen Schwestern des Heiligen Vincenz von Paul.



Lesson learned?

Stresstest

Risiken

Lernprozesse

Zukunftsaufgaben

Kein „Weiter so“



Lehren aus einem heftigen Stresstest

DIE PANDEMIE HAT UNS ALLEN GEZEIGT, WAS KÜNFTIG BESSER LAUFEN SOLLTE

Die Pandemie und der damit verbundene Lockout haben bereits jetzt enorme Auswirkungen auf die Krankenhäuser, das Gesundheitswesen, die Wirtschaft und die Gesellschaft insgesamt. Eine Pandemie, wie wir sie gerade erlebt haben – in Teilen immer noch erleben – bringt Gutes und weniger Gutes, Positives wie auch Versäumnisse und Fehler der Vergangenheit ans Licht. Wir alle in den Krankenhäusern haben unsere ganz eigenen Erfahrungen gemacht. Manche Entwicklungen beschleunigten sich in der Krisensituation. Einiges stellte sich als wichtige Erkenntnis, anderes als Bestätigung bereits vorher Gedachten heraus. Ein Weiter so wie vorher wird es vermutlich damit nicht geben.

SARS-CoV-2 war ein Stresstest für die gesamte Gesundheitswirtschaft. Er hat gezeigt, dass gerade die Krankenhäuser zu sehr stabilen und schnellen Reaktionen auf die neue Situation in der Lage waren. Auch deshalb ist Deutschland bisher besser als viele andere Länder durch die Pandemie gekommen. Er hat aber ebenfalls gezeigt, wo zwingend Veränderungen notwendig sind – in die auch investiert werden muss. Dies ist vor allem Aufgabe der gesamten Gesellschaft,

die nicht den Krankenhäusern allein übertragen werden kann. Welche Lehren sind zu ziehen?

VORBEREITET SEIN

Eine einschneidende Erkenntnis gleich zu Beginn der Pandemie war, dass es riesige Versäumnisse bei der Bevorratung von Schutzkleidung gab. Was in Vorbereitung einer Pandemie zu tun sei, war bereits 2012 in einem Papier unter Federführung des RKI akribisch aufgeführt worden. Der Bundestag, dem das Papier vorgelegt wurde, konnte sich leider damals nicht dazu durchringen, die notwendigen Mittel dafür freizugeben. Nun fehlten sie und die Beschaffung wurde – wie das bei Mangelware so ist – sehr viel teurer.

Wenn klar ist, dass im Fall einer Epidemie sehr kurzfristig der Bedarf an medizinischen Schutzausrüstungen steigt, müssen diese also vorausschauend bevorratet werden. Der Bund will hier nun eine nationale Reserve aufbauen und die entsprechende Erstausrüstung finanziell unterstützen. Wesentlich wäre zudem, den Bedarf an Schutzausrüstungen für alle Berufe, die diese als erste in einer solchen Lage benötigen, zu erfassen, um die bedarfsgerechte Bevorratung zu sichern. Eine durch Fehl- und Nicht-



entscheidungen entstandene massive Gefährdung auch unserer Mitarbeiter durch fehlende Schutzmaterialien darf sich nicht wiederholen.

Angesichts der ebenfalls längst bekannten, nun aber deutlich sichtbaren Abhängigkeit Deutschlands von chinesischen und indischen Wirkstoff-Herstellern soll hier künftig mehr Unabhängigkeit erreicht werden. Vorgesehen ist ein Programm zur Förderung der flexiblen und im Fall einer Epidemie skalierbaren inländischen Produktion wichtiger Arzneimittel und Medizinprodukte.

Vorsorge muss nicht nur für notwendige Materialressourcen getroffen werden. Gesorgt werden muss auch für die Ausbildung, Bereitstellung und Freistellung von Personal sowie die Regelung, wer welche Verantwortung und welche Kosten zu tragen hat. Dafür sind entsprechende Gesetze und Rechtsvorschriften notwendig.

SICHERHEIT DURCH FLÄCHENDECKENDE VERSORGUNG

Erkannt wurde nun auch von der Politik die Bedeutung einer flächendeckenden Krankenhausversorgung, die bis dato häufig in Frage gestellt wurde. Die Folge dieser Erkenntnis müssen mehr Mittel für eine moderne und bessere investive Ausstattung der Krankenhäuser sein. Es wird daher ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser aufgelegt, aus dem notwendige Investitionen gefördert werden sollen – sowohl für moderne Notfallkapazitäten als auch für eine bessere digitale Infrastruktur.

Da es schon wieder Stimmen gibt, die dauerhafte Krisenpuffer in Krankenhäusern für unnötig halten, ja, auch nach wie vor einem erheblichen Abbau von Krankenhäusern das Wort reden, muss dem ener-

gisch widersprochen werden. Krankenhäuser sind keine Unternehmen, in denen man wie in einem produzierenden Betrieb nur die Auslastung optimiert.

DIGITALISIERUNG ALS EINE HAUPTAUFGABE

Uns im VKD war schon seit vielen Jahren klar – und das haben wir auch immer kommuniziert – wie wichtig die Digitalisierung der Krankenhäuser ist. In der Pandemie hat sich dies erneut erwiesen, haben sich die Vorteile, aber auch die riesigen Lücken deutlich gezeigt. Dass die Bundesregierung hier reagiert, ist ein Zeichen dafür, dass die Politik die Dringlichkeit erkannt hat, endlich schnell zu einer flächendeckenden Ausstattung zu kommen. Die drei Milliarden Euro aus dem Zukunftsprogramm Krankenhäuser, die maßgeblich auch dafür verwendet werden sollen, reichen allerdings hinten und vorn nicht. Wir brauchen eine gesamtgesellschaftliche Strategie in diesem Bereich, die auch finanziert wird.

BÜROKRATIE KANN REDUZIERT WERDEN

Die Pandemie zeigte uns: Bürokratie lässt sich sehr schnell abbauen, wenn man denn will. Um Krankenhäuser und Personal zu entlasten waren zahlreiche Dokumentationspflichten sowie die damit verbundenen Sanktionen ausgesetzt worden. Diese Lehre aus der Pandemie ist: Es geht also – warum nicht auch in der Zukunft?

MODERNISIERUNG DES REPORTING- UND MELDESYSTEMS

Ein langjähriges Versäumnis bestand in der Ignoranz gegenüber der Ausstattung der Gesundheitsämter. Sie waren vor allem in der Hochzeit der Pandemie nicht nur darauf angewiesen, Mitarbeiter aus anderen Behörden sowie Studierende einzubeziehen.



Autorin

Angela Krug

Mitglied des Präsidiums des VKD
Geschäftsführerin der Krankenhaus Märkisch-
Oderland GmbH, Strausberg

Sie waren auch – und vielfach sind sie es bis heute – technisch in keiner Weise auf der Höhe der Zeit. Hier muss sich sehr schnell etwas ändern. So sagte in einem Interview des Deutschlandfunks am 25. April der Vorsitzende des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen, Ferdinand Gerlach, „Ja, wir haben in Deutschland noch den Fax-Standard, sowohl zwischen Gesundheitsämtern und RKI als auch zwischen Ärzten in Praxen und Kliniken, oft auch übrigens die papiergebundene Karteikarte. Das dauere länger und sei fehlerträchtig.“

Eine wichtige Lehre ist in diesem Zusammenhang die notwendige Verbesserung des Reporting- und Meldesystems durch eine webbasierte Datenbank. Damit könnten im Fall einer Epidemie möglichst schnell möglichst viele Daten erfasst werden, was sich auf die Risikoeinschätzung und die daraus sich ergebenden Reaktionen auswirken würde. Über dezentrale Eingabemasken könnten Arztpraxen, Krankenhäuser, Gesundheitsämter, Labore ihre Meldungen in Echtzeit weitergeben. Das DIVI-Register konnte ja auch sehr schnell eingerichtet werden. Das wäre auch für jede Grippe-Epidemie ein Gewinn.

FOLGEEFFEKTE ALLER MASSNAHMEN BEDENKEN

Unser Wissenstand über Covid-19 ist in den Monaten seit dem Ausbruch der Pandemie deutlich

größer geworden. Wissenschaftler, Politiker, wir alle haben ein tieferes Verständnis vom Virus erlangt, auch wenn wir noch längst nicht alles darüber wissen. Es geht aber nicht nur um den gesundheitlichen Schaden, den es anrichtet. Es geht auch um die indirekten Folgen, die sich aus den Maßnahmen dagegen ergeben. Unsere Gesellschaft als Ganzes hat gelernt, dass es auch um ein Abwägen der möglichen Schäden gegeneinander geht und wir nicht Gesundheit und Wirtschaft gegeneinander ausspielen sollten – denn nur mit einer gesunden Wirtschaft ist auch ein gutes Gesundheitswesen zu finanzieren. Die Folgeeffekte gilt es bei der Bekämpfung jeder Pandemie mit zu bedenken – und auch heute bereits, weil das Virus ja noch nicht verschwunden ist – wenn es das je sein wird.

Eine wichtige Lehre aus der Pandemie ist daher die Erkenntnis, dass in einer solchen Lage nicht nur Virologen zu Wort kommen sollten, sondern auch Experten aus anderen Branchen. Eine Seuche ist eine komplexe Situation mit zahlreichen Wechselwirkungen. Eine Erkenntnis, die inzwischen auch dazu geführt hat, dass es bei einzelnen Ausbrüchen zu sinnvolleren, kleinteiligeren Schließungen kommt und nicht mehr zu flächendeckenden Lockdowns.

NACH SCHNELLEN POLITISCHEN ENTSCHEIDUNGEN NUN RÜCKKEHR ZU „NORMALEN“ GESETZGEBUNGSVERFAHREN

Die Notwendigkeit, in einer Krise schnell zu entscheiden, einmal getroffene Regelungen der sich ändernden Situation und neuen Erkenntnissen entsprechend auch anzupassen, war wichtig und richtig. Für den VKD – und sicher auch für andere Verbände und Organisationen – war es notwendig, mit unseren Stellungnahmen dabei als Korrektiv aus der Praxis zu wirken. Das war nicht einfach, denn wir hatten dafür stets nur wenige Tage Zeit. Daher ist es wichtig, nun auch wieder zu normalen Verfahren in der Gesetzgebung zurückzukehren, um allen Beteiligten – auch übrigens den Bundestagsabgeordneten – die notwendige Zeit für ein Abwägen und den fundierten kritischen Diskurs zu ermöglichen.

Eine alte Erkenntnis ist, dass Menschen immer gelernt haben, auch mit existenzgefährdenden Krisen umzugehen. Weltweit wird nach Medikamenten und Impfstoffen gesucht. Weltweit wird das Virus erforscht. Dennoch wird es immer Risiken geben, mit denen wir leben – immer schon gelebt haben. Absolute Lebenssicherheit gibt es eben nicht. Auch das sollten wir uns wieder einmal bewusst machen.



NEUE HERAUSFORDERUNGEN BRAUCHEN NEUE LÖSUNGEN:

DIE HEALTH CARE PROGRAMME DER SMBS

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

Das sind die Mega-Trends der kommenden Jahre:

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

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

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

Inhalte der Module

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

Anmeldung und Organisation:

Susanne Matzat
LVR-Klinik Langenfeld
Tel-Nr.: +49 (0)2173 102-1001
E-Mail: susanne.matzat@lvr.de

SEMESTERSTART: SEPTEMBER 2021

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

Impressum

HERAUSGEBER

Verband der Krankenhausdirektoren
Deutschlands e.V.

Geschäftsstelle

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

REDAKTION

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

LAYOUT / SATZ

3MAL1 GmbH
Am Carlsgarten 10 B
D-10318 Berlin
3mal1.de

SYMBOLBILDER TITEL

Belkin & Co - stock.adobe.com

ANZEIGENGESTALTUNG

VKD

REDAKTIONSSCHLUSS

5. September 2020

ISBN: 978-3-00-066989-7

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.



63. VKD-Jahrestagung

im The Westin Hotel in Leipzig

Weitere Infos unter:
www.vkd-online.de

SAVE THE DATE!
26./27. April 2021



Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands e.V.



117 Jahre

... und kein bisschen leise!

Gründungstag: 5. Juli 1903

Gründungsort: Dresden