



Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands e. V.

PRAXISBERICHTE

2022

STRUKTUR- VERÄNDERUNGEN

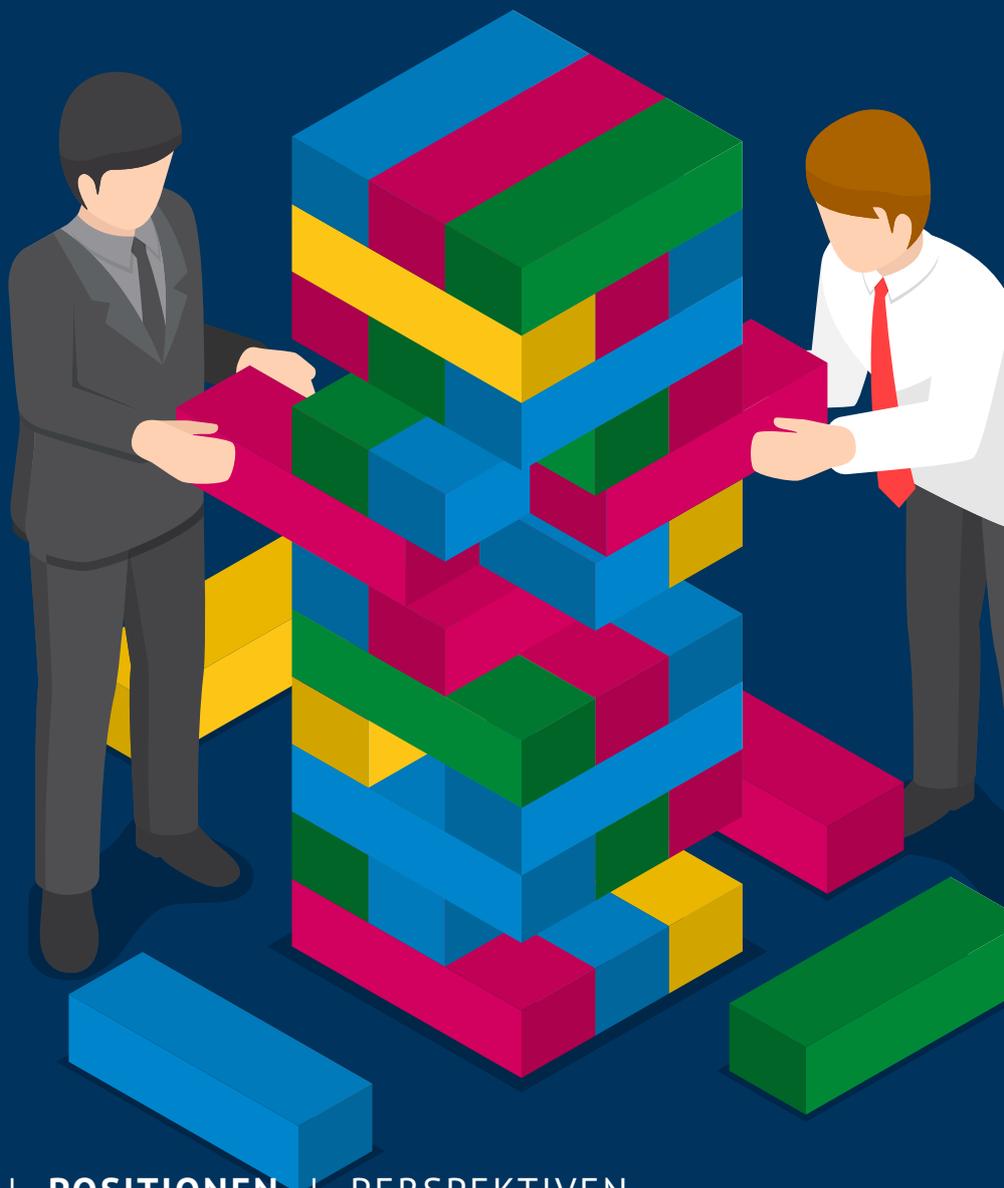
Notwendigkeiten
Möglichkeiten
Realität

AMBULANTISIERUNG

Komplexe Herausforderungen
Positionen
Praxis

OPTIMISTISCHE SIGNALE

Impulse
Projekte
Innovationen



PROJEKTE | POSITIONEN | PERSPEKTIVEN



Leading International Trade Fair
DÜSSELDORF, GERMANY
14-17 NOVEMBER 2022

Member of  MEDICAlliance

Where
healthcare
is going

www.medica.de



MEDICA 2022 - Spitze in allen Bereichen **Der VKD ist auch dabei!**

Die **MEDICA 2022** wird als die weltführende Informations- und Kommunikationsplattform für die Medizintechnik-Branche und den Zuliefererbereich der Medizintechnik-Industrie **vom 14. – 17. November 2022** stattfinden. Hier trifft sich die ganze Welt der Medizin. Wer den Gesundheitsmarkt von morgen live erleben will, darf das nicht verpassen.

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

Weitere Informationen erhalten Sie zeitnah über:

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



Editorial

IST DAS, WAS WIR GERADE ERLEBEN, DAS „NEUE NORMAL“ FÜR DIE GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN?

„Der menschliche Verstand ist von Natur aus geneigt, mehr Ordnung und Regelmäßigkeit in der Welt zu wännen, als er tatsächlich vorfindet“, meinte Francis Bacon. Was ist Normalität also? Was ist selbstverständlich? Ist es das, was wir in den vergangenen Jahren dafür hielten? Oder ist die Unordnung, sind die Unwägbarkeiten der Gegenwart und Zukunft vielleicht das eigentlich Normale?

Mit dieser Frage schlagen sich derzeit viele Krankenhausmanager herum. Was wir heute im Gesundheitswesen erleben, erscheint uns nicht mehr als das, was wir als normal erlebt haben. Ein funktionierendes Gesundheitssystem mit all seinen Mängeln, aber eben doch funktionierend.

Leider muss man feststellen, dass die Bundespolitik seit Jahren nicht besonders hilfreich ist, wenn es um wirklich sinnvolle Strukturveränderungen geht, mit dem Ziel, die Gesundheitsversorgung zukunftsfest zu gestalten und flächendeckend zu sichern. Gesetze und Regelungen gehen oft an den Notwendigkeiten der Praxis vorbei. Die Bürokratie ist in einem unvorstellbaren Ausmaß geboostert worden.

Wenn also das Selbstverständliche nicht mehr oder nur noch begrenzt gilt – was bedeutet das für uns als Führungskräfte von Krankenhäusern, Rehakliniken und Pflegeheimen?

Was bedeutet es für unser strategisches und taktisches Vorgehen in einer Zeit, die geprägt ist von Unsicherheit und Prognosen – oder vielleicht auch Expertenwünschen? – verschiedenster Art. In einer Zeit, in der zudem auch viele andere wichtige Branchen in Schieflage sind? Versäumnisse – nicht nur der Politik, so ehrlich

sollte man sein – summieren sich irgendwann und eskalieren, wenn weitere Krisen hinzukommen.

Ich weiß, es gibt Kliniken, die trotz aller Schwierigkeiten um sie herum gut aufgestellt sind. Warum sind es dann nicht auch die 60 Prozent in roten Zahlen – bald sollen es laut Prognosen 80 Prozent sein? Was machen die einen anders als die anderen?



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

Ein wichtiger Aspekt dabei, ob es einem Klinikunternehmen wirtschaftlich gut geht oder nicht, ist sicher das rechtzeitige Erkennen heraufziehender Probleme und künftiger Herausforderungen durch das Management und dabei das Wissen, dass es bei strategischen Weichenstellungen um einen langen Atem geht. Nebenbei: schnelle Wechsel des Managements innerhalb kurzer Zeit sind in diesem Zusammenhang vermutlich nicht besonders förderlich. Wichtig ist zudem die Unterstützung des Trägers, nicht nur finanziell, sondern

auch gegenüber der Öffentlichkeit, die oft erst einmal von notwendigen Veränderungen überzeugt werden muss.

Grundsätzlich geht es natürlich immer auch darum, wie ein Haus mit dem aktuellen Finanzierungssystem zurechtkommt. Hier fordert der VKD als wichtigen Schritt seit Jahren ein Update des DRG-Systems, das kleine und große Häuser strukturell benachteiligt. Das wurde endlich auch von der Politik erkannt, was aber leider nicht bedeutet, dass hier zügig gehandelt wird. Wir wissen aus der DRG-Entwicklung, dass diese Aufgabe nicht banal ist und gegebenenfalls mehrere Jahre braucht. Aber es muss doch endlich einmal begonnen werden. Worauf wird gewartet?

Wir befinden uns in einer Zeitenwende, heißt es inzwischen oft. Das darf aber nicht bedeuten, dass es vor allem um Zumutungen geht – vor allem nicht, wenn damit bewusst oder unbewusst eine wichtige Infrastruktur aufs Spiel gesetzt wird – vermutlich eine der wichtigsten für die Menschen in unserem Land. Ohne Zweifel sind Veränderungen notwendig. Das sehen unsere Mitglieder, die Führungskräfte in den Krankenhäusern, Rehakliniken und Pflegeheimen, jeden Tag. Sie stellen sich der Vielzahl dieser Herausforderungen. Das geht nicht ohne die Zuversicht, es auch wirklich gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu schaffen.

Was aus Sicht des VKD dafür notwendig ist, sagen und schreiben wir seit Jahren. Dass diese Herausforderungen angenommen werden, dokumentieren auch die Beiträge in diesen Praxisberichten. Dafür danke ich herzlich allen Autorinnen und Autoren. Sie halten nicht nur mit ihren Erfahrungen und Meinungen nicht hinter dem Berg, sie zeigen, auch wenn es derzeit für uns alle schwierig ist, genau das, was Politik oft in ihren Aktionen vermissen lässt: Zuversicht und den Optimismus, dass diese Zeitenwende zu einem neuen, hoffentlich guten Normal führt – für unsere Häuser, unsere Mitarbeiter und die von uns versorgten kranken Menschen. Die Krankenhäuser sind hier weiter als die Politik.

Ihr



Dr. Josef Düllings

Inhaltsverzeichnis

BEWERTUNGEN UND POSITIONEN

<i>Multiple Herausforderungen gefährden die flächendeckende Gesundheitsversorgung</i>	10
Neue Konzepte sind gefragt, doch fehlt jede Unterstützung von Bund und Ländern für die Krankenhäuser, um erst einmal die aktuell bedrohliche Situation zu bewältigen <i>Interview mit Dr. Josef Düllings</i>	
<i>Die aktualisierten Positionen des VKD bis 2025</i>	18

STRUKTURVERÄNDERUNGEN – NOTWENDIGKEITEN, MÖGLICHKEITEN, REALITÄT

<i>So wie es ist, kann es nicht bleiben</i>	24
Wie Strukturveränderungen aussehen sollten, ist die Frage, die entschieden werden muss <i>Dr. Jens-Uwe Schreck</i>	
<i>Positionen und Meinungen</i>	28
Unterschiedliche Lösungsansätze zeigen erheblichen Diskussionsbedarf	
<i>Nordrhein-Westfalen: „Die Trainingslager sind abgeschlossen“</i>	33
Wie beeinflusst der neue Krankenhausplan in NRW die Klinikstrukturen? <i>Interview mit Wolfgang Mueller</i>	
<i>Sachsen: Impulse für sektorenübergreifende Zusammenarbeit</i>	39
Gemeinsam „Zielbild 2030 für die sächsische Krankenhausversorgungslandschaft im Wandel“ entwickelt <i>Statement Dirk Köcher</i>	
<i>Niedersachsen: Niedersachsen ordnet Krankenhausstrukturen neu</i>	41
Spezielle Behandlungen nur noch in größeren Kliniken	
<i>Berlin/Brandenburg: Ziel: Gemeinsame Versorgung in der Metropolenregion</i>	42
Gemeinsame Planung soll einem unkontrollierten Verdrängungswettbewerb vorbeugen <i>Petra Leiste, Dr. Christian von Klitzing</i>	
<i>Für jedes Haus gute Lösungen zu finden, war noch nie so wichtig wie jetzt</i>	45
Die aktuellen Herausforderungen machen überall neue mittel- und langfristige Planungen notwendig <i>Interview mit Steffen Vollrath</i>	
<i>In die Zukunft geplant: neues medizinisches Standortkonzept</i>	55
Im Fokus steht die bestmögliche, wohnortnahe Versorgung der Patienten <i>Kliniken Südostbayern AG</i>	

<i>Umfassende Strukturveränderungen und großer Einsatz der Belegschaft</i>	60
REGIOMED-KLINIKEN erwarten für 2022 den Turn-around <i>REGIOMED-KLINIKEN GmbH</i>	
<i>Standortübergreifende Frauenklinik in Weiden und Tirschenreuth</i>	64
Verstärkte Durchführung von ambulanten gynäkologischen Operationen am Krankenhaus Tirschenreuth <i>Kliniken Nordoberpfalz AG</i>	
<i>Nicht passiv sein, sondern das Schicksal aktiv gestalten</i>	66
Mit der DGD-Stiftung als neuem Träger der Paracelsus Klinik Hemer werden Gesundheitsstandort und Arbeitsplätze gesichert <i>DGD-Stiftung</i>	
<i>Wichtiger Ankerpunkt für die medizinische Versorgung</i>	68
Landkreis und Kreiskrankenhaus Frankenberg erarbeiten Zukunftskonzept für ihre Klinik <i>Kreiskrankenhaus Frankenberg</i>	

AMBULANTISIERUNG – KOMPLEXE HERAUSFORDERUNGEN

<i>Ambulantisierung – das Durcheinander muss geordnet werden</i>	72
Das Ziel ist im Sinne der Patienten und der Versicherten zu definieren <i>Dr. Josef Düllings</i>	
<i>Positionen und Meinungen</i>	79
Hoffnungen, Befürchtungen und Pläne	
<i>Fokussierung und Ambulantisierung als Zukunftsstrategie</i>	83
Patienten wünschen eine funktionierende, sektorenübergreifende medizinische Versorgung mit zentraler Steuerungsfunktion <i>Hans-Jürgen Winkelmann, Dr. Christian Stoffers, Benedikt Heuser</i>	

AG JUNGER VKD

<i>Aktivitäten, interessante Themen</i>	90
Agile, hierarchiefreie Zusammenarbeit in der AG Junger VKD	
<i>„Eine Portion Selbstreflexion und Offenheit für neue Führungsmethoden“</i>	91
Erfolgreich führen – zu den Erwartungen und Zielen junger Führungskräfte <i>Interview mit Amelie Becher</i>	
<i>... Was kommt demnächst</i>	97
Projektideen, Netzwerktreffen, Gremienarbeit	

OPTIMISTISCHE SIGNALE – IMPULSE, PROJEKTE, INNOVATIONEN

<i>20-Millionen-Projekt Urologieneubau abgeschlossen</i>	100
Neues Urologisches Steinzentrum mit modernster Medizintechnik <i>Gesundheitszentren Rhein-Neckar</i>	
<i>Zertifikat für weltweit erstes Krankenhaus im Passivhaus-Standard</i>	102
Energetischer Standard liegt weit über den gesetzlichen Anforderungen <i>varisano Klinikum Frankfurt Hoechst</i>	
<i>Vollautomatisches Arzneimittellager in Minden</i>	105
Neuer Kommissionierer liefert stündlich bis zu 1.200 Medikamente aus <i>Mühlenkreiskliniken</i>	
<i>Klinikum Main-Spessart wird Netzwerkpartner des Starthouses Spessart</i>	107
Eigenbetrieb des Landkreises will Innovationen in Medizin und Pflege fördern <i>Klinikum Main-Spessart</i>	
<i>PflegeLab, Videos und Instagram</i>	109
Pflegeausbildung im Klinikum Braunschweig – innovativ, interessant und motivierend <i>Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH</i>	
<i>Mit neuem Recruitingmobil im Einsatz für die Ausbildung</i>	111
Persönliche Beratung zu den Ausbildungsmöglichkeiten im Gesundheitsbereich <i>Diakonissen Speyer</i>	
<i>Onkologische Forschung in NRW gestärkt</i>	112
Spitzenzentren haben ihre Expertise gebündelt <i>Uniklinik Köln/Universitätsmedizin Essen</i>	
<i>Starkes Netz für die Versorgung von Krebspatienten</i>	113
Deutsche Krebshilfe fördert weitere Exzellenz-Krebszentren <i>Deutsche Krebshilfe</i>	
<i>Impressum</i>	114





BEWERTUNGEN UND POSITIONEN

**Multiple Herausforderungen
Pandemie und Teuerung
Fehlende Unterstützung
Gefahr für die Versorgung
Krankenhausreform
VKD-Positionen bis 2025**



Multiple Herausforderungen gefährden die flächendeckende Gesundheitsversorgung

NEUE KONZEPTE SIND GEFRAGT, DOCH FEHLT JEDE UNTERSTÜTZUNG VON BUND UND LÄNDERN FÜR DIE KRANKENHÄUSER, UM ERST EINMAL DIE AKTUELL BEDROHLICHE SITUATION ZU BEWÄLTIGEN

Im vergangenen Jahr hätten wir uns nicht vorstellen können, welche neuen, extrem schwierigen Probleme auf die Krankenhäuser zukommen würden. Erst Corona, nun noch die Inflation obendrauf. Wie sieht der VKD die Lage und was kommt in den nächsten Monaten dadurch auf die Häuser zu? Das aktuelle Interview mit Dr. Josef Düllings, Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands.

SEHR GEEHRTER HERR DR. DÜLLINGS – WIE KRITISCH IST DIE LAGE DER KRANKENHÄUSER AUS SICHT DES VKD?

Dr. Josef Düllings: In einer so kritischen Situation waren die Krankenhäuser seit vielen Jahrzehnten nicht. Und ich muss hinzufügen: In einer so kritischen Situation war damit auch die Gesundheitsversorgung noch nicht. Zu den finanziellen Auswirkungen der Corona-Pandemie, die bereits erheblich sind, kommt nun die extreme Teuerung hinzu. Die Unternehmensberatung Roland Berger hat im Rahmen ihrer aktuellen Krankenhausstudie das Fazit gezogen, dass die Experten noch nie derart schlechte Ergebnisse

zusammengetragen hätten. Der Blick der befragten 600 Manager in die Zukunft sei pessimistischer denn je.

Das können wir im VKD nur bestätigen. Es gibt kaum Nachholeffekte durch wegen der Pandemie verschobene Behandlungen. Dagegen stiegen die Preise bereits exorbitant. Kollegen berichten zum Beispiel von einer Vervielfachung der Gaspreise. Laut einer DKI-Befragung dominiert etwa bei den genutzten Energieträgern das Erdgas mit 92 Prozent. Ich wüsste aus unserem Haus in Paderborn nicht, wie dies durch kurzfristige Einsparungen kompensiert werden könnte. Auch die gestiegenen Tarifikosten, die Preise für Material und Verbrauchsgüter schlagen erheblich zu Buche. Das wird ja auch alles noch nicht das Ende der Fahnenstange sein.

GIBT ES DENN HOFFNUNG FÜR DIE ZUKUNFT?

Dr. Josef Düllings: Wir sind schon mitten in einer Inflation, die nicht morgen beendet sein wird. Wenn wir keine nachhaltige Unterstützung

erhalten, wird sie auch die Krankenhäuser, Rehakliniken und Pflegeeinrichtungen noch härter treffen, als es bereits der Fall ist, und unser Gesundheitssystem nachhaltig beschädigen.

Die allermeisten unserer Kolleginnen und Kollegen jedenfalls erwarten, dass sich die Situation ihrer Häuser in den kommenden Jahren verschlechtern wird, wenn die Politik hier nach wie vor die Augen verschließt vor den absehbaren Auswirkungen der Krise auf die Gesundheitsversorgung. Der Hinweis auf die Schuldenbremse, die nun wieder eingehalten werden soll, nützt an dieser Stelle überhaupt nichts, wenn eine der wichtigsten Infrastrukturen für die Bürger nachhaltig beschädigt wird. Gesundheitspolitik sollte nicht vom Finanzministerium dominiert werden.

Krankenhäuser, Rehakliniken und Pflegeeinrichtungen sind systemrelevant, wie sich in den letzten drei Jahren gezeigt hat – im Übrigen auch als Arbeitgeber, wichtige Wirtschafts- und Ausbildungsbetriebe für die Pflege, die Ärzte sowie eine ganze Reihe anderer Berufe. Ich möchte hier nicht in einen Panikmodus verfallen, aber brenzlicher könnte die aktuelle Lage kaum sein. Wir haben in unserer Mitgliederversammlung im Oktober 2021 bereits deutlich darauf hingewiesen, dass dies zu erwarten war. Aber weder im Koalitionsvertrag, noch in der aktuellen Politik hat dies bislang Gehör gefunden. Und wir weisen auch in diesen Praxisberichten erneut darauf hin. Zudem haben wir Vergleiche über Jahrzehnte. Es entwickelt sich aktuell eine Lage, wie sie vor dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 entstanden war, das nach einer Grundgesetzänderung zur „wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser“ beschlossen wurde. Leider brauchte die politische Erkenntnis und die Vorbereitung dazu fast zwei Jahrzehnte. Und es ist sehr deprimierend zu sehen, dass wahrscheinlich auch die aktuelle Brisanz politisch nicht erkannt wird.

WAS ERWARTET DAS MANAGEMENT JETZT VON DER POLITIK?

Dr. Josef Düllings: Die Preissteigerungen müssen generell aufgefangen werden, denn weitergeben können die Krankenhäuser sie ja nicht. Die Preissteigerungen bei den Fallpauschalen betragen 2,32 Prozent in 2022. Damit kommen wir nicht sehr weit. Wir brauchen daher zügig einen finanziellen Ausgleich, der uns wieder mehr wirtschaftliche Sicherheit gibt. Gleichzeitig fordern wir einen weiteren Schutzschirm für

„ Die allermeisten unserer Kolleginnen und Kollegen jedenfalls erwarten, dass sich die Situation ihrer Häuser in den kommenden Jahren verschlechtern wird, wenn die Politik hier nach wie vor die Augen verschließt vor den absehbaren Auswirkungen der Krise auf die Gesundheitsversorgung. „

den kommenden Herbst und Winter, für den die Experten eine „Doppelwelle“ aus Grippe und Corona voraussagen.

Was wir auch in den kommenden Monaten voraussichtlich nicht haben werden, was jedoch alle Anstrengungen des Bundesgesundheitsministeriums wert sein sollte, ist eine deutlich bessere Datenlage für künftige pandemische Lagen. Von den Krankenhäusern wünscht man sich, zugespitzt gesagt, möglichst stündliche Daten zu Belegungen, Betten, Intensivstationen. Die Politik dagegen hat auch nach drei Jahren Pandemie noch immer keinen Plan für praxistaugliche Entscheidungen und kann diese dann auch in ihrer Wirksamkeit nicht evaluieren. Es fehlt nach wie vor an der digitalen Vernetzung der Gesundheitsämter und an einem Impfregeister. Das Gutachten der Sachverständigen zur Wirksamkeit und Angemessenheit der bisherigen Maßnahmen hat das deutlich gezeigt. Wir gehen also, auch im neuen Infektionsschutzgesetz, noch immer von Annahmen aus. Das hilft den Krankenhäusern nicht. Und es fehlt an einer Digitalisierung der Krankenhäuser, die eine Investitionspflicht der Länder darstellt, aber nicht erfüllt wird.

WÄRE DAS DENN NICHT EINE GUTE ZEIT FÜR STRUKTURANPASSUNGEN UND REFORMEN, DURCH DIE EFFIZIENZ UND WIRTSCHAFTLICHKEIT VERBESSERT WERDEN KÖNNTEN?

Dr. Josef Düllings: Theoretisch vielleicht und sicher in den Augen mancher Experten. Praktisch dagegen sind Investitionen in die Zukunft natürlich nicht umsonst zu haben. Viele Häuser müssen sich in dieser Situation auf schnell umsetzbare Verbesserungen konzentrieren und sind gezwungen, strategisch wichtige Investitionen erst einmal zurückzustellen. Dazu gehören nicht nur Investitionen in wichtige Infrastruk-

turprojekte, sondern u. a. auch in Nachhaltigkeit und Klimaschutz. Das wäre gerade jetzt angesichts steigender Preise für Gas und Strom sehr wichtig.

Das weiß natürlich das Management der Einrichtungen sehr gut. Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) hat in einer aktuellen Erhebung von klima- und energierelevanten Daten festgestellt, dass in 71 Prozent der befragten Krankenhäuser Klimaschutz und Nachhaltigkeit in ihre Anpassungsstrategie zum Klimawandel einfließen, dass 38 Prozent der Häuser bereits Leitlinien und Zielvorgaben zur Einsparung von Energie und zur Nachhaltigkeit festgelegt haben. Die Umsetzung bedeutet aber auch, dass in Technik und Prozesse investiert werden muss. Doch Klimaschutzmaßnahmen werden bislang kaum finanziert. So bleibt auch diese wichtige Aufgabe vielfach auf der Strecke, weil die vorhandenen Mittel prioritär in die Versorgung der Patienten fließen müssen.

DENNOCH WERDEN AUCH AKTUELL ZUM BEISPIEL WICHTIGE BAUPROJEKTE UMGESETZT.

Dr. Josef Düllings: Natürlich gibt es nach wie vor Fördermittel von den Ländern – aber trotz einiger Aufstockungen hier und da ist es eben doch immer noch nur ein Teil dessen, was an Fördermitteln eigentlich fließen müsste. Und auch bei all diesen strategisch wichtigen Projekten von Kliniken steigen die Kosten. Im Grunde müssten die Fördermittel inzwischen nicht nur um die bisher fehlende Summe von rund sechs Milliarden Euro pro Jahr erhöht werden (RWI-Gutachten vom Januar 2022 für NRW hochgerechnet), sondern die gesamten Fördermittel müssen zusätzlich an die Inflationsrate angepasst werden.

Grundsätzlich ist aber auch zu betonen, dass die Krankenhäuser in den vergangenen Jahren bereits viele strategisch wichtige Zukunftsprojekte in Angriff genommen haben mit dem Ziel, die Qualität der Versorgung und gleichzeitig ihre Wirtschaftlichkeit zu verbessern. Vielfach wurden und werden dafür aber Kredite aufgenom-



— *Im Gespräch* —

Dr. Josef Düllings

Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD)

Hauptgeschäftsführer der St. Vincenz-Krankenhaus GmbH, Paderborn

men, die die Jahresabschlüsse der Kliniken durch erhöhte Abschreibungen über Jahre massiv belasten. Auch die vergangenen Pandemiejahre haben sehr deutlich gezeigt, dass die Krankenhäuser aller Versorgungsstufen alle Möglichkeiten genutzt haben, zu kooperieren, sich zu vernetzen, sich neu zu organisieren. Das sind Erfahrungen, die auch für die Zukunft wichtig sind.

SIE SEHEN DEN BEGRIFF SEKTOREN-ÜBERGREIFENDE VERSORGUNG INZWISCHEN KRITISCH. WARUM?

Dr. Josef Düllings: Er ist aus meiner Sicht kontraproduktiv, wenn wir eine Versorgungs-

ketten ohne Brüche für die Patienten anstreben. Er ist auch kontraproduktiv angesichts der sich ausweitenden Lücken bei den niedergelassenen Ärzten. Wo es nur noch das Krankenhaus gibt, gibt es keine Sektoren mehr. Ich plädiere daher für einen Bereich ambulant-stationär integrierter Leistungen am Krankenhaus, der getrennt vom kassenärztlichen Bereich betrieben und auch abgerechnet wird. Näheres führe ich zum Thema „Ambulantisierung“ in diesen Praxisberichten aus.

PANDEMIE UND PREISSTEIGERUNGEN TREFFEN NATÜRLICH AUCH DIE PSYCHIATRISCHEN UND PSYCHOSOMATISCHEN KLINIKEN. HINZU KOMMT ABER ZUSÄTZLICH EIN NACH WIE VOR BEDRÄNGENDES THEMA: DIE PPP-RL.

Dr. Josef Düllings: Während die psychiatrischen Kliniken in den vergangenen Jahren einen Bereich zeitgemäßer, wohnortnaher Psychiatrie aufgebaut haben und diesen gern im Sinne der Patienten auch weiter ausbauen würden, werden diese Anstrengungen durch die neue Personalrichtlinie konterkariert. Unsere Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen hat sich immer wieder argumentativ und sachlich damit auseinandergesetzt. Aber der zuständige Gemeinsame Bundesausschuss reagiert hier nicht – oder genauer: Seine „Reaktion“ war ein Bürokratie-

schub, der sich gewaschen hat. Neben den Problemen, die geforderten Fach- und Hilfskräften zu finden und den fehlenden Möglichkeiten der Verantwortlichen, flexibel den Personaleinsatz zu steuern, sind auch die angedrohten Strafzahlungen erheblich. Warum werden die Krankenhäuser und hier insbesondere die psychiatrischen Kliniken, die sich massiv bemühen, die Patientenversorgung sicherzustellen, immer wieder mit Strafzahlungen sanktioniert? Dies ist keine Politik für die Bevölkerung. Und es ist keine Politik für die Patienten. Es ist einfach nur ein Desaster.

„Krankenhäuser, Rehakliniken und Pflegeeinrichtungen sind systemrelevant, wie sich in den letzten drei Jahren gezeigt hat.“

Der VKD forderte hier von Anfang an, diese Richtlinie so zu reformieren, dass die Kliniken auch künftig die Versorgung in hoher Qualität sicherstellen können. Die Fachgruppe hat dafür entsprechende Vorschläge gemacht und in einem offenen Brief an die Mitglieder des Bundestagsgesundheitsausschusses dargelegt, da sie vom G-BA nicht zur Anhörung aufgefordert worden war. Der VKD kritisiert, dass die Erkenntnisse aus der ersten Anwendungszeit der Regelung in der Praxis für den G-BA offenbar bei der derzeit laufenden Weiterentwicklung keine Rolle zu spielen scheinen – zum Nachteil der betroffenen Patienten und zum Nachteil der Einrichtungen. Unsere Fachleute warnen vor einem Kahlschlag im Bereich der psychiatrischen Versorgung – und das in einer Zeit, da die Zahl der Patienten immer weiter zunimmt.

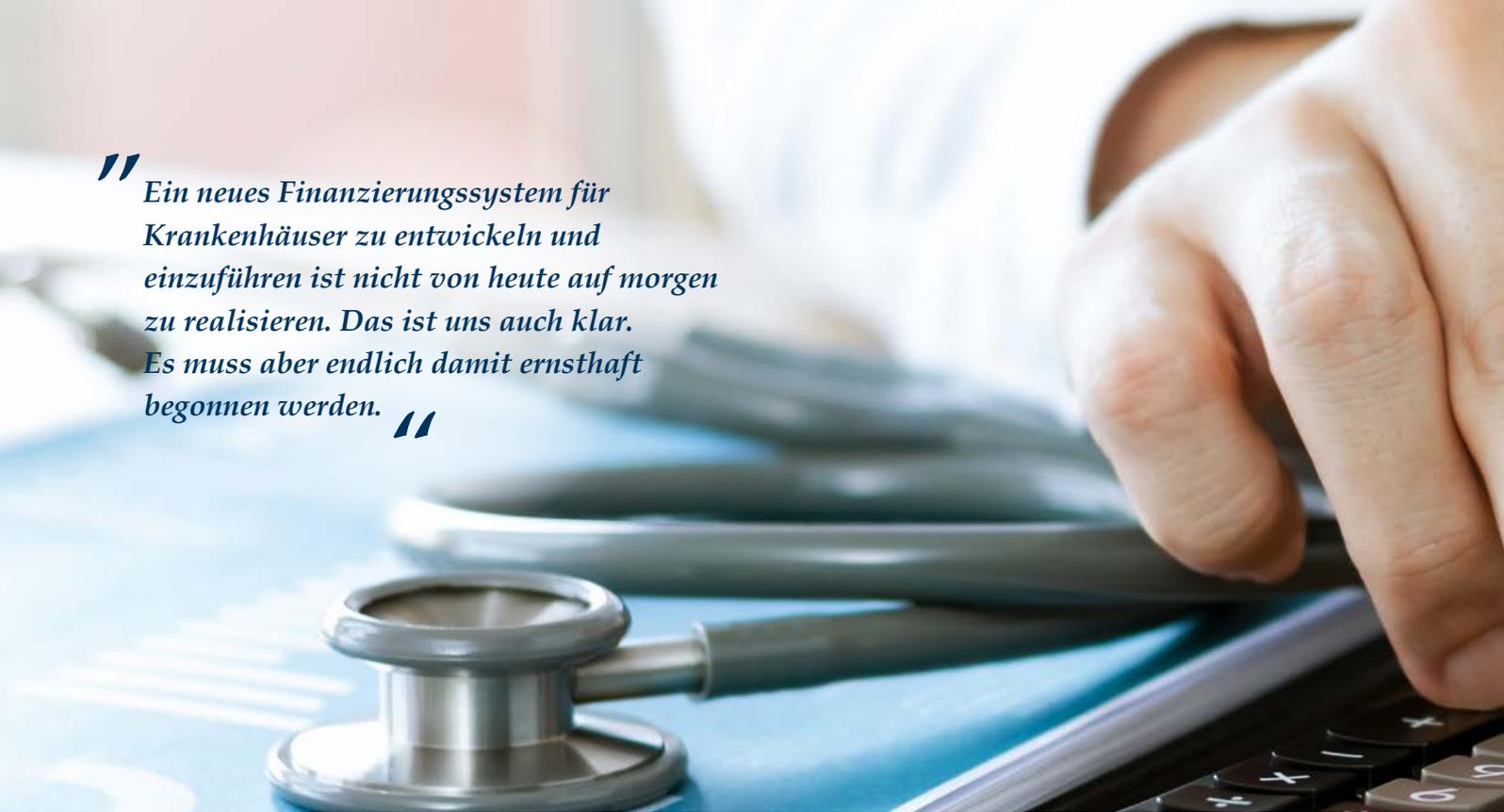
STICHPUNKT GKV-FINANZSTABILISIERUNGSGESETZ: HIER GIBT ES EINEN ERHEBLICHEN AUFRUHR IN DEN KRANKENHÄUSERN, WEIL DER PFLEGE-BEREICH ANGENEBLICH DOPPELT FINANZIERT WIRD – EINMAL ÜBER DAS AUSGEGLIEDERTE PFLEGE-BUDGET UND AUSSERDEM NOCH INNERHALB DER DRGS. EIN „DENKFEHLER“ IM BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUM ODER GEWOLLTE FEHLINTERPRETATION?

Dr. Josef Düllings: Das kann ich natürlich nicht beurteilen. Auf jeden Fall aber ist es eine un-

haltbare Behauptung, die in keiner Weise den Tatsachen entspricht. Das ist relativ schnell zu belegen. Für unser Haus kann ich aus den Budgetverhandlungen 2020 berichten, dass zum Beispiel Hebammen auf der Wöchnerinnen-Station nicht dem Pflegebudget zugeordnet wurden, obwohl sie Pflege am Bett leisten. Durch die Verzögerung des Budgetabschlusses bis Anfang 2022 wurde ein massiver Druck auf unsere Liquidität ausgeübt, so dass wir am Ende zustimmen mussten, obwohl die Vereinbarung nicht dem Willen des Gesetzgebers entsprach. Das ist unfair und hat zu einem erheblichen Vertrauensverlust geführt. Dann noch flächendeckend mit dem Narrativ der Doppelfinanzierung anzutreten, ist einfach unwürdig, wenn man sich als seriöse Verhandlungspartner verstehen will. Der Eindruck bei unseren Mitgliedern ist, dass hier der Gesetzgeber den klammen Kassen auch auf diese Weise hilfreich zur Seite springen will. Und jetzt liegt ein neuer Entwurf auf dem Tisch, mit dem der Gesetzgeber erneut in dieselbe Kerbe schlagen will.

Tatsache ist, dass das Budget für die Pflege – und zwar mit allen Komponenten, die dazugehören – aus den DRGs ausgegliedert wurde. Sinn war, die Pflege zu stärken. Deshalb sollen im Pflegebudget die Leistungen nicht pauschal vergütet werden, sondern die tatsächlich anfallenden Kosten. So war es jedenfalls gedacht. Seit es diese Trennung gibt, also seit dem Jahr 2020, gibt es die zähen Verhandlungen mit den Krankenkassen, die vielfach wenig lösungsorientiert sind. Für die Krankenhäuser, die noch immer in





„ Ein neues Finanzierungssystem für Krankenhäuser zu entwickeln und einzuführen ist nicht von heute auf morgen zu realisieren. Das ist uns auch klar. Es muss aber endlich damit ernsthaft begonnen werden. “

den Verhandlungen stecken, bedeutet es, dass sie seitdem die Kosten für die Pflege vorfinanzieren. Dies ist keine Ist-Kosten-Finanzierung, wie vom Gesetzgeber gewünscht. Es fehlen inzwischen mehrere Milliarden Euro, die in Budgets der Kliniken noch größere Löcher reißen. Das Pflegebudget, das bessere Gehälter für die Pflegenden ermöglichen sollte, ist so zur Sparkasse der Krankenkassen verkommen. Und jetzt setzt das GKV-Finanzierungsgesetz noch einen drauf. Ziel absolut verfehlt.

Wenn ich sehe, wieviel Steuergeld in die gesetzliche Krankenversicherung fließt – über die Jahre ist dieser Anteil enorm aufgestockt worden – frage ich mich im Zusammenhang mit diesem Gesetz aber auch, wo denn bei den Kassen selbst gespart wird. Im Durchschnitt der Jahre sind die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen nach den Berichten des BMG regelmäßig überproportional zu den Leistungsausgaben gestiegen.

DAS FINANZLOCH BEI DEN KRANKENKASSEN IST JA NICHT WEGZUREDEN. DAS GESETZ VERSUCHT NUN, ALLE MÖGLICHEN BETEILIGTEN ZUR KASSE ZU BITTEN. ABGESEHEN DAVON, DASS VOR ALLEM AUCH DIE VERSICHERTEN MEHR ZAHLEN SOLLEN – IST DIESE ENTWICKLUNG – IMMER MEHR GELD IN DEN GESUNDHEITSFONDS ZU PUMPEN – NICHT AUCH GEFÄHRLICH?

Dr. Josef Düllings: Diese Gefahr wurde auch vor Jahren schon gesehen. Die Politik kann damit immer mehr Einfluss auf die Versicherungen nehmen, die eigentlich als Teil der Selbstverwaltung unabhängig vom Staat sein sollten. Je abhängiger sie sind, desto stärker konkurrieren sie im Krisenfall mit anderen Branchen. Das ist vor allem in Zeiten, wie wir sie gerade erleben, gefährlich.

SIND SIE DENN MIT DER NUN GEPLANTEN EINFÜHRUNG DER PFLEGEPERSONALREGELUNG PPR 2.0 ZUFRIEDEN? BUNDESGESUNDHEITSMINISTER KARL LAUTERBACH HATTE DAS JA AUCH IN DER JAHRESTAGUNG DES VKD IM APRIL 2022 ZUGESAGT.

Dr. Josef Düllings: Es ist immer gut, wenn Politiker ein Versprechen auch halten... Es gibt nun ein Eckpunktepapier dafür. Es stellt sich nun allerdings die Frage, wie mit den Pflegepersonaluntergrenzen, die ja immer mehr ausgeweitet werden, umgegangen wird. Bleiben sie oder vertraut man den Krankenhäusern, im Sinne der Patienten über den Einsatz der Pflegenden sowie auch entsprechend der Situation flexibel zu entscheiden? Die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, deren Wirkung ja sogar in Teilen schädlich für die Versorgung ist, sollte abgeschafft werden.



DIE POLITIK WILL EINE GROSSE REFORM DER KRANKENHAUSFINANZIERUNG IN GANG SETZEN. AUCH DAS EINE LANGJÄHRIGE FORDERUNG DES VKD.

Dr. Josef Düllings: Für diese Forderung gibt es sehr gute Gründe. Das hat die Politik inzwischen auch erkannt. Die DRGs finanzieren als Durchschnittspreise gerade die Leistungen und Aufwendungen der Maximalversorger und der kleinen Häuser nicht kostendeckend. Vorgeschlagen haben wir in diesem Zusammenhang immer wieder, Vorhalteleistungen mit zu bewerten. Gut, dass das inzwischen auch in den Parteien der Ampel angekommen ist.

Ein neues Finanzierungssystem für Krankenhäuser zu entwickeln und einzuführen ist nicht von heute auf morgen zu realisieren. Das ist uns auch klar. Es muss aber endlich damit ernsthaft begonnen werden. Auch die Entwicklung der DRGs hat bis zu ihrer endgültigen Scharfschaltung in 2003 viele Jahre gebraucht. Diskutiert wurde darüber schon seit Ende der achtziger Jahre. Auch jetzt wird es erst einmal viele Vorschläge, Kontroversen, Modellversuche geben.

Und wir dürfen auch nicht vergessen, dass die DRG-Reform nicht die einzige und nicht einmal die wesentliche Baustelle ist. Die Länder müssen sich endlich ehrlich machen und ihre Pflicht zur Investitionsfinanzierung auch erfüllen. Dabei heißt erfüllen nicht, dass nur etwa ein Drittel des Investitionsbedarfs abgedeckt wird, wie für NRW ermittelt und sicher auch in anderen

Bundesländern real der Fall, sondern dass in der dualen Finanzierung die bedarfsnotwendigen Fördermittel hinreichend bereitgestellt werden. Wenn den Krankenhäusern jährlich rund sechs Milliarden Euro fehlen, wirkt sich dies, wir wissen es alle, durch den Kumulationseffekt über viele Jahre natürlich extrem negativ auf die Versorgungssicherheit aus. Fördermittel sind keine Gnadengabe der Länder, sondern ihre gesetzlich festgeschriebene Pflicht, die sie leider wesentlich nicht erfüllen – wie bei Deutsche Bahn, Bundeswehr, Schulen, Straßen- und Brückenbau etc. Irgendwann holt es sie ein und dann bricht Hektik aus. Wir können leider kaum mehr tun, als ständig darauf hinzuweisen.

**“
Viele Häuser müssen sich in dieser Situation auf schnell umsetzbare Verbesserungen konzentrieren und sind gezwungen, strategisch wichtige Investitionen erst einmal zurückzustellen.
”**

Die aktuellen Herausforderungen habe ich bereits genannt – einen Inflationsausgleich und für den Herbst und Winter einen weiteren Corona-Schutzschirm.

Wir brauchen – auch das bewältigen viele Häuser nicht allein – ebenfalls ein Finanzpaket für die dringend notwendige Digitalisierung. Darauf hat der VKD ebenfalls schon lange hingewiesen.

Die Kliniken sind immer noch in der Basisdigitalisierung. Positiv war das Krankenhauszukunfts-gesetz mit einer Förderung von 4,3 Milliarden Euro – ein Startschuss. Doch es muss weitergehen. Viele Kliniken haben sofort ihre Projekte eingereicht – zur digitalen Pflegedokumentation, für Patientenportale mit digitalem Netzwerk, Arrivalboards für Patienten, die mit dem Rettungsdienst ins Krankenhaus kommen, aber dabei können wir ja nicht stehenbleiben. Die Defizite in diesem Bereich sind riesig, obwohl die Digitalisierung für die Zukunft der Krankenhausversorgung enorm wichtig ist. Wir holen hier gegenüber anderen Ländern in Europa bisher nicht auf. Über die elektronische Patientenakte reden wir schon gefühlt fast 20 Jahre.

DIE REGIERUNG HAT ZUR VORBEREITUNG DER KRANKENHAUSREFORM EINE REGIERUNGSKOMMISSION EINGESETZT. WIE SIND IHRE ERWARTUNGEN AN DAS GREMIUM?

Dr. Josef Düllings: Ich erwarte, dass die dort versammelten Experten – aktive Praktiker aus Krankenhäusern sind unterrepräsentiert – zügig die Vorschläge der Krankenhäuser aufnehmen und in ihre Arbeit mit einbeziehen. Sonst werden wir kein Reformkonzept bekommen, das dann wirklich in der Praxis funktioniert. Eine wichti-

ge Frage ist auch die nach dem Reformziel. Hier bin ich angesichts der Besetzung des Gremiums einigermaßen skeptisch, denn Mitglieder sind auch Befürworter einer radikalen Entkernung der Krankenhauslandschaft.

WIE SIEHT DIE SITUATION DER REHABILITATION AUS SICHT DER FÜHRUNGSKRÄFTE IM VKD DERZEIT AUS?

Dr. Josef Düllings: Die Rehakliniken haben natürlich ebenfalls nach wie vor mit den Auswirkungen der Pandemie und den erheblichen Preissteigerungen zu kämpfen. Wie bei den Krankenhäusern ist der Krankenstand bei den Mitarbeitern derzeit hoch. Die Maßnahmen zur Verminderung der Infektionsrisiken, die von den Kliniken weiterhin aufrechterhalten werden und die einen permanent hohen Aufwand erfordern, werden seit Mitte des Jahres von den Kostenträgern nicht mehr kompensiert. Das wirkt sich auf die wirtschaftliche Lage ebenfalls negativ aus.

Auch für die Rehakliniken ist eine Vergütungsanpassung, vor allem auch für die extrem gestiegenen Energiekosten, aber auch für Sach- und Personalkosten, unterjährig notwendig, denn diese Preisentwicklungen waren bei Abschluss der Vergütungsverträge nicht absehbar.



“
Wir brauchen zügig einen finanziellen Ausgleich, der uns wieder mehr wirtschaftliche Sicherheit gibt. Gleichzeitig fordern wir einen weiteren Schutzschirm für den kommenden Herbst und Winter, für den die Experten eine „Doppelwelle“ aus Grippe und Corona voraussagen.
”

Verbesserungen erwartet das Management aber auch schon lange bezüglich eines besseren Zugangs zur Rehabilitation sowie einer transparenten Preisgestaltung.

VERMUTLICH SEHEN DIE FÜHRUNGSKRÄFTE DER ALTENPFLEGE-EINRICHTUNGEN IM VKD BESONDERS BESORGT AUF DIE KOMMENDEN MONATE?

Dr. Josef Düllings: Für die Altenpflege ist die Situation natürlich nicht besser, denn die Preissteigerungen betreffen ja uns alle. Wenn es zu einer neuen Pandemiewelle im Herbst und Winter kommt, müssen sie zudem als erste angesichts ihrer vulnerablen Bewohner erhebliche Vorsichtsmaßnahmen ergreifen. Sie erwarten, dass die Politik hier besondere Prioritäten setzt. Es muss eine Nachfolgeregelung zum Pflege-Rettungsschirm geben.

Ab dem 1. September erfolgen zudem bundesweit Lohnanpassungen für Pflege- und Betreuungskräfte. Die Löhne werden an den Durchschnittstarifwert angelehnt und gelten dann auch für jene Einrichtungen, die keinen Tarifvertrag geschlossen haben. Wir begrüßen, dass Mitarbeiter gut bezahlt werden. Der Pflegeberuf soll ja auch dadurch attraktiver werden. Doch natürlich werden damit die Preise in der Pflege

“
Es fehlt an einer Digitalisierung der Krankenhäuser, die eine Investitionspflicht der Länder darstellt, aber nicht erfüllt wird.
 “

höher. Das wird vor allem auch die Bewohner belasten, die eine höhere Eigenbeteiligung leisten müssen, wenn hier die Politik nicht ebenfalls nachsteuert.

Das neue Infektionsschutzgesetz, das jetzt vorgelegt wurde, ist gerade für den Bereich der Altenpflegeeinrichtungen leider inkonsequent und praxisfern.

WIE WÜRDEN SIE INSGESAMT – VIELLEICHT MIT EINEM SATZ – DIE LAGE DER KRANKENHÄUSER, REHAKLINIKEN UND PFLEGE-EINRICHTUNGEN BESCHREIBEN?

Dr. Josef Düllings: Wenn der Gesetzgeber hier mit praxistauglichen Regelungen nicht schnellstens umsteuert, wird unsere Gesundheitsversorgung gegen die Wand fahren – es ist nur noch eine Frage mit welcher Geschwindigkeit und dann mit welchen Schäden.



Die aktualisierten Positionen des VKD bis 2025

DAS IST DIE SICHT DER PRAKTIKER

Die Bürger unseres Landes wünschen sich, wo immer sie leben, schnell erreichbare, gut funktionierende, in guter Qualität bereitstehende Hilfe in Fragen von Gesundheit, Rehabilitation und Pflege. Sie sehen das berechtigt als eine besonders wichtige Infrastruktur an. Eine Sicht, die ohne Frage von allen, die in diesem Bereich tätig sind, sowie von Politikern in Bund, Ländern, Landkreisen, kreisfreien Städten und Kommunen, geteilt wird. Bereits vor der Corona-Pandemie hat sich hier allerdings erheblicher Veränderungsbedarf gezeigt, der in den vergangenen zwei Jahren nochmals deutlicher wurde.

Für den Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD), der sich schon seit einigen Jahren damit beschäftigt, wie diese Veränderungen aussehen könnten, ja sollten, ist das keine Aufgabe nur für den einen oder anderen Bereich im Gesundheitswesen. Es ist eine Gemeinschaftsaufgabe.

Aus unserer Sicht muss die Gesundheitsversorgung der Zukunft eine auf den Patienten ausgerichtete wohnortnahe, einheitliche, verbundene Versorgung, eine Versorgung aus einem Guss, sein. Die Basis dafür sind integrierte Versorgungs- und Behandlungsketten, die alle beteiligten Berufe und bisherigen Sektoren einschließen. An diesem Ziel müssen sich die allseits geforderten Strukturveränderungen des Gesundheitswesens in Deutschland orientieren. Anker der Gesundheitsversorgung sind heute

die Krankenhäuser. Sie werden es auch in einer künftigen Versorgungsstruktur sein – zwingend sein müssen.

Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands als Vertreter der Praktiker im Klinikmanagement sowie im Management der Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sieht auf Grundlage der aktuellen Situation der Gesundheitsversorgung sowie der sich bereits länger in allen Bereichen abzeichnenden Entwicklungen die Notwendigkeit sorgfältig geplanter und finanzierter Strukturveränderungen. Dabei geht es um nachhaltige Prozesse, die nicht nur uns in den Krankenhäusern, Rehakliniken und Pflegeheimen in den kommenden Jahren intensiv beschäftigen und auch herausfordern werden, sondern alle Beteiligten. Dazu gehören u. a. auch die Krankenkassen sowie die Politik in den Ländern, die hier den planerischen Rahmen vorgeben, und der Bund, der wesentlichen Einfluss auf Gesetzgebung und Regelungen hat.

Die Parteien der Ampelkoalition haben hier in ihrem Koalitionsvertrag eine Reihe von Aufgaben bereits benannt und notwendige Veränderungen im Sinne einer zukunftsfesten und wirtschaftlichen Versorgung für die Patienten angekündigt. Es macht Mut, wenn Bundeskanzler Olaf Scholz erklärt: „Es geht uns nicht um eine Politik des kleinsten gemeinsamen Nenners, sondern um eine Politik der großen Wirkung. Wir wollen mehr Fortschritt wagen.“ Das wollen auch die Mitglieder des VKD.



KLINIKEN ALS ANKER DER VERSORGUNG STÄRKEN

Die Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen sind in Deutschland die Anker einer stabilen Gesundheits- und Pflegeversorgung. In der Krisensituation der vergangenen Jahre waren sie zweifellos die Garanten unserer leistungsfähigen, hochwertigen und wohnortnahen medizinischen und pflegerischen Infrastruktur, auf die sich die Bevölkerung verlassen konnte. Bewährt haben sie sich dabei auch als die Zentren funktionsfördernder Kooperationen mit vielen ambulanten Gesundheitsversorgern.

Diese Anker-Funktion muss in ihrer Leistungsfähigkeit erhalten, wirtschaftlich und finanziell gestärkt sowie qualitativ weiterentwickelt werden.

DAS KRANKENHAUS ALS MITTELPUNKT DER NOTFALLVERSORGUNG

Krankenhäuser sind nicht nur alleinig zuständig für die stationäre Notfallversorgung. Sie sind inzwischen auch erste Anlaufstelle für Patienten in der ambulanten Notfallversorgung. Die prekäre Situation durch bestehende Versorgungsdefizite im hausärztlichen Bereich – nicht nur in ländlichen Regionen, sondern zunehmend auch in den Städten – verschärft sich durch die demographische Entwicklung bei den niedergelassenen Ärzten von Jahr zu Jahr. Diese Entwicklung ist nicht zukunftsfähig. Daher muss die ambulante Notfallversorgung dringend neu ausgerichtet werden. Das gelingt nur durch Übertragung der Regelungskompetenz und Verantwortung dafür

von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Bundesländer und als Versorgungsauftrag an die Krankenhäuser. Hierbei muss auch die psychiatrische Versorgung in Fachabteilungen und Fachkliniken berücksichtigt werden.

In allen Häusern mit einer Notfallstufe des Gemeinsamen Bundesausschusses sollte daher ein integriertes Notfallzentrum eingerichtet werden, das in Verantwortung des jeweiligen Krankenhauses betrieben wird und in das Vertragsärzte eingebunden werden.

FLÄCHENDECKENDE VERSORGUNG SICHERN, VERNETZTE STRUKTUREN ERMÖGLICHEN

Unabdingbar ist auch in Zukunft eine flächendeckende Gesundheitsversorgung, in der Krankenhäuser aller Versorgungsstufen nicht nur ihre Berechtigung haben, sondern für die angestrebten vernetzten Versorgungsstrukturen unabdingbar sind. Wichtiger Teil dieser stabilen und miteinander verbundenen Gesundheitsinfrastruktur sind Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheime sowie die ambulante medizinische und pflegerische Versorgung.

Spätestens die Pandemie hat die zwingende Notwendigkeit von Strukturveränderungen deutlich gemacht. Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sind die Zentren der Leistungserbringung – jede ungeplante Reduzierung der Kapazitäten auf die kalte Art – durch Insolvenzen oder Schließungen – muss unterbleiben. Nur eine sinnvolle, vorausschauende Planung und Begleitung der struk-



turellen Veränderungen ist Grundlage für eine zukunftsfeste Versorgung der Bürger. Für diesen „Umbau des Systems“ sind Struktur Gelder zur Verfügung zu stellen.

WEITERENTWICKLUNG DES FINANZIERUNGSSYSTEMS

Das Finanzierungssystem wird den Leistungen vieler Krankenhäuser bereits längere Zeit nicht mehr gerecht. Eine Weiterentwicklung sollte daher zügig in Angriff genommen werden. Diese muss zwingend auch eine Strukturkomponente beinhalten, die ausreichende Vorhaltepauschalen aller bedarfsnotwendigen Häuser, vom Grundversorger bis zur Hochleistungsklinik, berücksichtigt. Zu berücksichtigen sind dabei auch die von den Krankenhäusern zunehmend zu leistenden ambulanten Behandlungen.

Essenziell ist insgesamt die Sicherstellung einer ausreichenden Investitionskostenfinanzierung durch die Länder, ohne die es zu einer fortgesetzten und kumulativen Unterfinanzierung der Kliniken kommt. Falls die Bundesländer ihrer Verantwortung hier auch weiterhin nicht hinreichend nachkommen, sieht der VKD den Bund

in der Pflicht, den jährlich fehlenden Anteil für eine bedarfsgerechte Investitionsförderung der Krankenhäuser zu übernehmen.

DEUTLICHER ABBAU VON BÜROKRATIE

Ein deutlicher Bürokratieabbau, der die Mitarbeitenden in den Kliniken entlastet und die Flexibilität der Einrichtungen gewährleistet, darf künftig nicht mehr nur wohlfeile Floskel der Politik bleiben. Der VKD sieht hier den Gesetzgeber in der Pflicht, dafür zu sorgen, dass jedes Gesetz und jede neue Regelung für den Gesundheitsbereich vor Beschlussfassung auf unnötige bürokratische Pflichten überprüft wird. Die im Koalitionsvertrag der Regierung formulierten Ziele einer Entbürokratisierung gilt es konsequent in die Praxis umzusetzen. Dazu gehört auch, eine Prüfung bereits bestehender bürokratischer Pflichten vorzunehmen. Die im Zuge der Pandemiebewältigung ausgesetzten Instrumente des G-BA und des Medizinischen Dienstes sollten zudem im Sinne der Patientenversorgung nicht wieder in Kraft treten.

DIGITALISIERUNG NACHHALTIG ABSICHERN

Der VKD fordert seit langem, die Digitalisierung der Krankenhäuser als staatliche Infrastrukturaufgabe zu sehen und entsprechend zu finanzieren. Ein Schritt in die richtige Richtung waren daher entsprechende Maßnahmen des Gesetzgebers im Krankenhauszukunftsgesetz. Es gilt nun, diesen Prozess zu verstetigen und auch die bisher initiierten Projekte der Digitalisierung mit ausreichenden finanziellen Maßnahmen nachhaltig abzusichern. Die an der Praxis vorbeigehenden Maßnahmen wie Strafzahlungen und realitätsfremde Fristen sollten ausgesetzt werden.

Für die Zukunft einer vernetzten und insbesondere einer ambulant-stationär integrierten Gesundheitsversorgung sowie für funktionierende Versorgungsketten ist dabei auch die Integration des ambulanten Versorgungssystems in diesen Prozess notwendig.



FACHKRÄFTESICHERUNG GEHT ALLE AN

Die Herausforderung der Fachkräftesicherung muss als komplexe Aufgabe verstanden werden, die alle Bereiche der Gesundheitsversorgung sowie die Politik zu bewältigen haben. Alle bisher genannten Positionen des VKD sind auch darauf gerichtet, hier mittelfristig erhebliche Fortschritte zu erzielen, attraktive Arbeitsplätze zu schaffen, mehr Zeit für die Versorgung der Patienten zu ermöglichen, Flexibilität in modernen Strukturen zu bieten. Ohne eine verantwortungsvolle Rekrutierung internationaler Fachkräfte, nicht nur in der Pflege, wird der durch die demografische Entwicklung in den nächsten fünfzehn Jahren entstehende gravierende Fachkräftemangel auch in der Krankenhausbranche nicht zu bewältigen sein.

Aktuell müssen aber auch Hemmnisse im Rahmen der Umsetzung des Pflegebudgets, der Harmonisierung von Anerkennungs- und Zulassungsverfahren wie auch der Steigerung der Attraktivität der Arbeitsbedingungen konsequent und zeitnah überwunden werden.







STRUKTURVERÄNDERUNGEN - NOTWENDIGKEITEN, MÖGLICHKEITEN, REALITÄT

**Krankenhausplanungen und Bewertungen
Positionen und Meinungen
Unterschiedliche Lösungsansätze
Neue Konzepte
Standortübergreifende Zusammenarbeit**

STRUKTURVERÄNDERUNGEN

So wie es ist, kann es nicht bleiben

WIE STRUKTURVERÄNDERUNGEN AUSSEHEN SOLLTEN, IST DIE FRAGE, DIE ENTSCIEDEN WERDEN MUSS

Gute Gesundheitsversorgung beruht auf einer intakten medizinisch-pflegerischen Infrastruktur, die für die Menschen in Stadt und Land sicher zu den wichtigsten gehört. Auf deren Verfügbarkeit und Qualität möchten sie bauen können. Über Jahre war das auch so, aber inzwischen haben sich flächendeckend Lücken aufgetan, die absehbar nicht mehr so einfach zu schließen sind.

Ärztmangel nicht mehr nur in ländlichen Regionen, Fachkräftemangel vor allem in der Pflege, aber nicht nur dort, immer mehr Krankenhäuser in roten Zahlen, geschlossene Abteilungen und Standorte, verschobene Investitionen. Im Grunde sind sich Träger, Praktiker wie Politiker, Verbände und Wissenschaftler einig darin: So kann es nicht weitergehen. Strukturveränderungen sind dringend notwendig. Wie diese neuen Strukturen gestaltet werden sollten – darüber gehen die Ansichten allerdings zum Teil deutlich auseinander.

Ein Erkenntnisproblem haben wir nicht, wenn es um die notwendigen Strukturveränderungen geht. Wir wissen also inzwischen sehr genau, was alles nicht mehr so funktioniert, wie es sollte. Der Blick der Öffentlichkeit, von manchen Politikern und Ökonomen sowie natürlich der Krankenkassen, fällt hier generell erst einmal auf die Kliniken: Die Krankenhauslandschaft benötige

einen grundlegenden Umbau. Vorschläge gibt es natürlich von vielen Seiten. In groben Umrissen werden Zentralisierungen, Fusionen, Kooperation von Maximalversorgern mit kleinen regionalen Kliniken, Vermeidung von Doppelstrukturen, Umwandlung kleiner regionaler Kliniken in Gesundheitszentren als erste Anlaufstelle für die Bevölkerung, gern auch Schließung vor allem kleiner Häuser vorgeschlagen.

Inzwischen bewirkt die Macht des Faktischen bereits Strukturveränderungen auch ohne eine grundlegende Krankenhausreform. Befördert werden sie u. a. von Krankenträgern, nicht selten Kommunen und Landkreisen, die einerseits die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in ihrem Zuständigkeitsbereich absichern und dafür auch ihre Häuser wirtschaftlich besser aufstellen wollen. Es finden Fusionen auch von Häusern unterschiedlicher Träger statt. Kooperationen werden geschlossen, Leistungen untereinander abgestimmt. Es werden Zukunftskonzepte entwickelt und umgesetzt, wie auch in diesem Schwerpunkt gezeigt wird.

KAHLSCHLAG MUSS VERHINDERT WERDEN

Und es gibt auch die durchaus realen sogenannten Strukturveränderungen auf die „kalte Art“.

Kleine Häuser, Standorte und vielfach Abteilungen werden geschlossen, weil sie sich wirtschaftlich nicht mehr rechnen oder sie werden zusammengelegt, weil es nur noch so finanziell funktioniert. Das schlägt Lücken in die notwendigen Versorgungsstrukturen, etwa in bestimmten Fachdisziplinen, die bereits im ambulanten Bereich nur noch lückenhaft vorhanden sind. Abteilungen für Augenheilkunde, HNO oder Geburtshilfe. Wobei die Gründe nicht immer nur wirtschaftlicher Natur sind, sondern weil das Fachpersonal nicht mehr zu bekommen ist – vor allem wiederum in ländlichen Gegenden.



Autor

Dr. Jens-Uwe Schreck

Geschäftsführer des Verbandes
der Krankenhausdirektoren
Deutschlands (VKD)

auch das Personalproblem mildern würde. Etliche Jahre zuvor hatte die Leopoldina sogar noch deutlich weniger Kliniken für ausreichend gehalten. Die Argumente, nur so sei eine gute Versorgungsqualität zu sichern, nur so werde auch das Problem des Fachkräftemangels zu lösen, ignoriert die Versorgungspraxis und im Übrigen auch die berechtigten Erwartungen der Bevölkerung vollkommen.

**NUR BETTENABBAU –
DIESE RECHNUNG GEHT
NICHT AUF**

Vehement hat sich der VKD immer gegen solche Entwicklungen gewandt, denn bereits seit etlichen Jahren sehen wir eine deutliche Reduzierung von Betten und Standorten. Das Statistische Bundesamt zeigt, dass die Zahl der Kliniken und Krankenhäuser in Deutschland seit Jahren rückläufig ist. Waren es 1991 noch rund 2.400, sind es aktuell noch 1.914 Kliniken.

**„
Ein Erkenntnisproblem haben
wir nicht, wenn es um die notwendigen
Strukturveränderungen geht.
Wir wissen also inzwischen sehr genau,
was alles nicht mehr so funktioniert,
wie es sollte. “**

Der VKD warnt: Strukturveränderungen dürfen nicht dazu führen, dass die Lücken in der Gesundheitsversorgung immer größer werden, dass Krankenhäuser und Notaufnahmen nicht mehr in der vorgesehenen Zeit für die Bürger erreichbar sind.

Bekanntlich gibt es aber auch immer wieder Studien, die davon ausgehen, dass in Deutschland deutlich weniger Klinikbetten – sprich: Krankenhäuser – notwendig seien. Halb so viele wie aktuell seien ausreichend, so die Studie der Bertelsmann-Stiftung und des IGES-Instituts von 2019, das in den Krankenhäusern hohe Wellen schlug. Konzentration auf die großen Kliniken, auf Zentren, wäre eine gute Lösung, die

Die Pandemie hat nun in den vergangenen Jahren ihrerseits sehr deutlich gezeigt, dass diese Rechnung nicht aufgehen würde. Die gern aufgestellte Behauptung, nur die großen Häuser mit ihrer umfassenden Expertise und Medizintechnik hätten die Pandemie gemeistert, hat sich – betrachtet man die Fakten – als falsch erwiesen. Hier irrt auch Prof. Boris Augurzky, Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, der auch Mitglied der neu gebildeten Expertenkommission für Reformen im Krankenhausbereich ist. Netzwerke und Kooperationen von Krankenhäusern aller Versorgungsstufen haben das gemeinsam gemeistert. Allerdings hat die Pandemie nicht dazu geführt, dass die Fraktion der Schließungsbefürworter sich nicht dennoch sogar mitten in der Pandemie mit ihren Vorschlägen zu Wort gemeldet und darauf beharrt hätte, dass eine erhebliche Konzentration die Lösung sei. Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands sieht hier andere Möglichkeiten, ohne die Notwendigkeit von Strukturreformen in Frage zu stellen.

Auch die Vorstellung, dass Standort- und Klinikschließungen sowie Zentralisierung der Versorgung automatisch zu besserer Versorgung führen würden, ist zu simpel. Schon Konzepte, die in diese Richtung gehen, stoßen oft auf Widerstand in der Bevölkerung und in der Kommunalpolitik. Die Idee, damit zudem den Personalmangel in der Pflege beheben zu können, ist nur theoretisch gut und allenfalls in größeren Städten eine Option. Es ist ziemlich unwahrscheinlich, dass Pflegenden, in der Regel immer noch Frauen, mehrheitlich problemlos wechseln könnten oder wollten.

DIE PRAXIS ZEIGT ANDERE MÖGLICHKEITEN

In der Versorgungspraxis gibt es bereits Beispiele, die zeigen, welche unterschiedlichen Möglichkeiten bereits erprobt wurden, welche in Angriff genommen oder geplant werden. Je nach den jeweiligen regionalen oder betrieblichen Möglichkeiten, Notwendigkeiten und Chancen. Dezentrale Strukturen haben sich durchaus bewährt. Zentren mit spezieller Expertise ebenfalls. Beides sollte mit Augenmaß und nicht nur mit Blick auf Wirtschaftlichkeit, sondern auf die Versorgungsnotwendigkeiten für die Patienten erhalten bleiben.

”

Vehement hat sich der VKD immer gegen solche Entwicklungen gewandt, denn bereits seit etlichen Jahren sehen wir eine deutliche Reduzierung von Betten und Standorten. //

VERÄNDERUNGEN WIRD ES GEBEN MÜSSEN

Mit Blick auf die Gesamtsituation sind erhebliche Veränderungen aber natürlich notwendig. Dabei nur die Krankenhäuser zu betrachten, ist definitiv zu kurz gegriffen. Wenn es um Strukturveränderungen geht, müssen die Versorgungsketten insgesamt in den Blick genommen werden. Diese stellen sich in ländlichen Regionen, Mittelstädten und Großstädten naturgemäß unterschiedlich dar. Der VKD spricht sich schon länger für differenzierte Planungen und Entscheidungen sowie eine ganzheitliche Versorgungsplanung der Länder aus.

Das leisten allerdings die aktuellen Planungen in verschiedenen Bundesländern noch nicht. Es wird versucht, etwa in Sachsen, Niedersachsen oder Thüringen, die Krankenhausversorgung neu zu ordnen. In Nordrhein-Westfalen wird erstmals eine Planung auf Basis von Leistungsgruppen umgesetzt – ein Konzept, das einen völlig neuen Weg einschlägt, der auch von der VKD-Landesgruppe mitgetragen wird. Alle diese Planungskonzepte beziehen aber nach wie vor nur den stationären Sektor ein, auch wenn immer wieder auf die Einrichtung von Gesundheitszentren unter Einbeziehung anderer Berufsgruppen aus dem niedergelassenen Bereich verwiesen wird. Beginnen Strukturveränderungen also bei

einer ganzheitlichen Versorgungsplanung – die es aber noch nicht gibt?

Zwar zielt die Ampel-Regierung in ihrem Regierungsprogramm auf eine ganzheitliche Gesundheitsplanung - der Sachverständigenrat für die Gesundheitsversorgung hatte das bereits vor etlichen Jahren vorgeschlagen - doch in der Praxis scheinen diese Grenzen noch immer fest gefügt. Oder bestehen diese festgefügteten Grenzen nur noch in den Köpfen von Lobbyisten?

Wo einer der beiden Sektoren nicht mehr oder kaum noch existiert – kann man da eigentlich noch von Sektorengrenze sprechen? Ein Krankenhaus ist ja schon längst oft deutlich mehr als nur eine Einrichtung für die stationäre Gesundheitsversorgung. Das ist keine neue Erkenntnis. In Flächenregionen hängt oft die ambulante Versorgung, die Notfallversorgung, gegebenenfalls eine Bereitschaftspraxis, die Ausbildung von Pflegekräften für Arztpraxen und vieles andere, vom Krankenhaus ab. Derzeit zumindest ist nicht zu sehen, dass diese Entwicklung zu stoppen ist. Die ambulante „Schiene“ durch niedergelassene Ärzte wird in den kommenden Jahren immer weiter ausdünnen, da ein erheblicher Teil der Praxisinhaber in den Ruhestand geht. Nachfolger finden sie immer seltener. Das Krankenhaus übernimmt, allerdings zu Konditionen, die unterirdisch sind. Strukturveränderungen müssen auch diese Seite einbeziehen, wie überhaupt Fragen der Finanzierung ein Knackpunkt sind, über den sich alle Beteiligten noch heftig streiten werden.

KNACKPUNKT KRANKENHAUS-FINANZIERUNG

Strukturveränderungen müssen sorgsam geplant, organisiert, kommuniziert und natürlich auch finanziert werden. Die Finanzierung neuer Strukturen ist angesichts der noch immer ungenügenden Investitionsmittel der Länder ebenfalls ein Problem. Abgesehen von den Extra-Zuschüssen und sogenannten Rettungsschirmen für die Krankenhäuser als einer Art Ausgleich für Zusatz-Aufwendungen wegen der Corona-Pandemie hat sich für die Kliniken in Bezug auf die Finanzierung im Grunde nicht wirklich etwas zum Guten gewendet. Im Gegenteil. Inzwischen erwarten 60 Prozent für 2022 einen Verlust. Die Grundprobleme sind geblieben – das inzwischen nicht mehr passende und auch zu Fehlanreizen führende DRG-System und die seit Jahren ungenügende Investitionsfinanzierung

durch die Bundesländer sind uns bis heute erhalten geblieben, obwohl sie inzwischen immer wieder auch von den Parteien kritisiert werden.

Im Koalitionsvertrag von SPD, Grünen und FDP befürworten die heutigen Ampel-Parteien eine Umgestaltung der Fallpauschalen. Als ein weiteres Ziel wird der „Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren“ erklärt. Die Krankenhausplanung soll „gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung“ weiterentwickelt werden. Bisher gibt es außer einer Regierungskommission fast ohne Praktikerbeteiligung allerdings noch nichts davon zu sehen. Bundesgesundheitsminister Lauterbach ist nach wie vor fokussiert auf sein Lieblingsthema.

Die Hoffnung der Krankenhäuser auf mehr Geld für die Kliniken hat sich bisher nicht erfüllt – im Gegenteil. Das Dilemma um das Pflegebudget wurde im Zuge des Gesetzes für den Pflegebonus sogar noch vergrößert. Dagegen sind die Krankenkassen gerade wieder dabei, mit enormen Beitragserhöhungen zu drohen, und haben angeblich berechnet, dass ein Finanzloch in Höhe von 17 Milliarden Euro für das kommenden Jahr droht.

KRANKENHÄUSER UND TRÄGER WARTEN NICHT – SIE GESTALTEN IHRE ZUKUNFT

Liegt es nun vor allem bei den Krankenhäusern, ihren Trägern, Landkreis- und Kommunalverwaltungen selbst, Strukturveränderungen herbeizuführen, auch ohne gesundheitspolitische Vorgaben? Liegt es an ihnen selbst, dafür zu sorgen, dass die Bevölkerung auch in Zukunft gut versorgt werden kann? Es scheint so zu sein. In vielen Klinikunternehmen kann und will man nicht auf die Politik warten. Träger, zuständige Verwaltungen, Maximalversorger, Grund- und Regelversorger suchen gemeinsam Lösungen – von Kooperationen, über telematische Netzwerke, Konzentrationen, Fusionen, je nach Region und Notwendigkeiten.

Auch die ambulanten Möglichkeiten werden zunehmend genutzt – ohne dass den niedergelassenen Ärzten etwas „weggenommen“ wird, wie es die Kassenärztliche Vereinigung vielfach befürchtet hat. Doch auch hier: Die Realität erzwingt ein Umdenken. Die Krankenhäuser können nicht auf eine neue Gesundheitsreform warten. Die Patienten auch nicht.



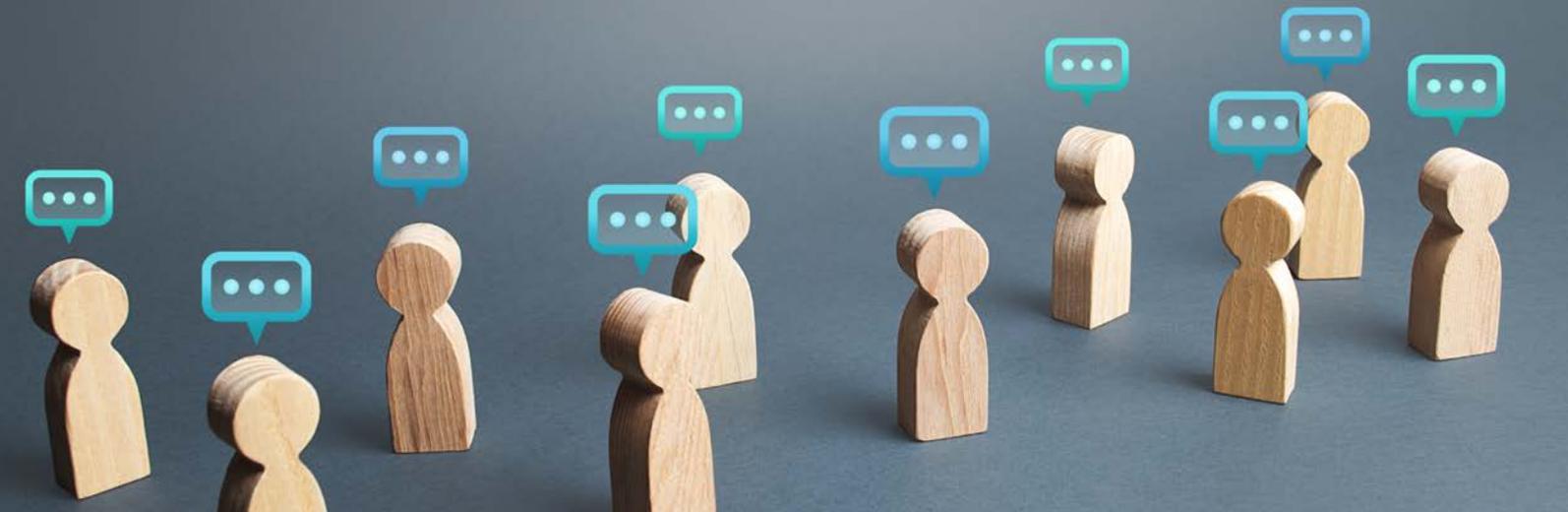
KRANKENHAUS-REFORM – WIE UND WANN?

Der Vorsitzende des Gesundheits Sachverständigenrates der Bundesregierung, Ferdinand Gerlach, ist der Ansicht, dass jeder Monat, der ohne eine Krankenhausreform vergeht, ein Monat zu viel sei. Zwar meint auch er, dass weniger Krankenhäuser eine bessere Medizin ermöglichen würden, ist aber besorgt, dass diese Entwicklung ungeordnet verläuft, wie es schon jetzt der Fall sei.

Auch bei den Krankenkassen, die ja für eine Reduzierung der Kapazitäten sind, wurde schon die Befürchtung geäußert, dass am Ende Häuser aus wirtschaftlichen Gründen aus der Versorgung ausscheiden, die dringend gebraucht werden.

Unabhängig von den Planungen und Aktivitäten in den Regionen, in denen Politik und Abgeordnete sich der Verpflichtung bewusst sind, dass sie am Ende für die Versorgungssicherheit zuständig sind, sind es natürlich die Länder, die mit ihren aktuellen Planungen dafür sorgen müssen, dass hier kein Flickenteppich entsteht – und die auch entsprechende Fördermittel freigeben müssen. Die finanzielle Decke ist derzeit für fast alle Branchen zu kurz. Es geht daher um die Frage, welche Prioritäten gesetzt werden. Eine Reform der Gesundheitsversorgung ist notwendig, aber sie braucht Zeit. Aktuell müssen alle Möglichkeiten genutzt und Initiativen in den Regionen unterstützt werden, die unsere Gesundheitsversorgung stabilisieren und verhindern, dass die Lücken noch größer werden. Der VKD fordert seit etlichen Jahren alle Beteiligten und Verantwortlichen auf, dies als Gemeinschaftsaufgabe zu sehen.

Positionen und Meinungen



UNTERSCHIEDLICHE LÖSUNGSANSÄTZE ZEIGEN ERHEBLICHEN DISKUSSIONSBEDARF

Alle Beteiligten sehen den großen Reformbedarf für den Krankenhausbereich. Groß ist aber auch der Diskussionsbedarf dazu, wie diese Reform umgesetzt werden sollte. Es gibt hier viele ineinandergreifende Regulationsnotwendigkeiten, über die im Sinne einer zukunfts-festen Gesundheitsversorgung gründliche und vorurteilsfreie Debatten notwendig sind, um zu Lösungen zu kommen, die in der Praxis tatsächlich funktionieren. Die Reform ist fraglos dringend notwendig, aber keine Angelegenheit von einem halben Jahr.

REGIERUNGSKOMMISSION FÜR REFORMEN EINGESETZT

Die im Mai eingesetzte Regierungskommission soll Empfehlungen für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung erarbeiten. Sie soll sich dabei an Kriterien wie Erreichbarkeit und demographischer Entwicklung orientierend.

Gleichzeitig soll sie Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vorlegen, die das bisherige System ergänzen soll um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen. Kurzfristig soll es aber auch um eine bedarfsgerechte und auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe gehen.

DKG: GESETZLICHE RAHMEN- BEDINGUNGEN GRUNDLEGENDE REFORMIEREN

„Die gesetzlichen Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung in Deutschland bedürfen einer grundlegenden Reform. Mit der Verbesserung der Personalsituation der Krankenhäuser, der Beschleunigung der Digitalisierung und dem Abbau überflüssiger Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen zeichnen sich drei Schwerpunkte der gesundheitspolitischen Agenda der nächsten Legislaturperiode bereits deutlich ab“, schreibt die Deutsche Krankenhausgesellschaft u. a. in ihrem Positionspapier zur Bundestagswahl für diese Wahlperiode. Hinzu komme eine Reform der sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen. Einschließlich der dringend erforderlichen Weiterentwicklung der Vergütungssysteme und einer nachhaltigen Investitionsfinanzierung seien diese Reformen die Grundvoraussetzung dafür, dass eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auch in Zukunft flächendeckend gewährleistet werden könne.

Die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen Versorgung, eine maximale Patientensicherheit, der medizinische Fortschritt, die zunehmende Spezialisierung und der steigende Versorgungsbedarf einer älter werdenden Bevölkerung machten eine eng aufeinander abgestimmte Versorgungsplanung sowie sektorenübergreifende Behandlungsprozesse zwingend



Es werden zu viele Patienten stationär versorgt, bei denen das nicht immer nötig ist



Boris Augurzky, Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ am RWI-Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung und Vorstandsvorsitzender der Stiftung Münch im Interview mit WELT am 6. Mai 2022 u. a.:

Das Plädoyer vor der Pandemie war, die Krankenhausversorgung stärker zu zentralisieren. Daran hat sich nichts geändert. Die schwer erkrankten Corona-Patienten, die intensivpflichtig gewesen sind, wurden am besten dort versorgt, wo es eine gute Intensivmedizin gibt, also eher in größeren Einheiten. Grundsätzlich sind Klinikschließungen aber kein Selbstzweck. Veränderungen sind dann nötig, wenn das Krankenhaus Personalstellen nicht besetzen kann, wirtschaftliche Schwierigkeiten hat oder die Qualität sinkt.

Auf die Frage, bei wie vielen Kliniken das nach seiner Einschätzung ungefähr notwendig sei, erklärte er, er gehe von schätzungsweise 15 Prozent aus, würde aber nicht generell von Schließungen, sondern von Verlagerungen sprechen. Wenn dann die Entfernung zur nächsten Klinik zu groß würde, müsse die bisherige Klinik in Betrieb bleiben, auch wenn sie defizitär sei. Die betroffenen Häuser bekämen dann einen Sicherstellungszuschlag, was aber nicht helfe, wenn das Personal fehle. Dann müsse man sich über Alternativangebote Gedanken machen, etwa Gesundheitszentren, Telemedizin, Rettungshubschrauber.

erforderlich. Der Blick auf die Sektorengrenzen dürfe nicht länger auf die ambulante und stationäre medizinische Versorgung beschränkt bleiben, sondern müsse auch die ambulante und stationäre Pflege und Rehabilitation umfassen. Die heutige Versorgungsrealität sei von diesem Idealzustand aber noch weit entfernt.

Dafür gebe es vielfältige Gründe, wie die zu wenig am tatsächlichen Versorgungsbedarf ausgerichtete vertragsärztliche Bedarfsplanung, das System der vertragsärztlichen Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung und die unzureichende Berücksichtigung der krankenhausspezifischen Kosten in der Vergütung ambulanter Leistungen zählten zu den Hauptursachen. Ein weiterer Grund seien die nach wie vor bestehenden Hindernisse, einen nahtlosen Übergang in die ambulante medizinische Versorgung oder eine krankenhaussnahe Anschlussversorgung zu gewährleisten.

Die Krankenhäuser brauchen weniger Bürokratie und mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten, bessere Rahmenbedingungen für attraktive Arbeitsplätze, Qualitätssicherungsmaßnahmen, die den Patientinnen und Patienten dienen, verlässliche Rahmenbedingungen für die Erbringung ambulanter Leistungen, Vergütungssysteme, die die stationäre und ambulante Krankenhausversorgung umfassen, eine gesicherte

Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen, eine nachhaltige Investitionsfinanzierung und eine beschleunigte Digitalisierung.

Für die DKG bestehen die notwendigen ordnungspolitischen Weichenstellungen für eine moderne medizinische Versorgung in der Stärkung der föderalen Verantwortung, dem Entgegenwirken eines Zentralismus, in der aktiven Gestaltung der Krankenhausplanung und einer sektorenübergreifenden Ausrichtung der Versorgungsplanung sowie in der Förderung und dem Ausbau regionaler Versorgungsnetzwerke.

MARBURGER BUND: VORSCHLAG FÜR EIN VERSORGUNGSSTUFENMODELL

Ende April hat der Marburger Bund einen Vorschlag zur künftigen Ausgestaltung der Krankenhausversorgung vorgelegt. Er konkretisierte damit sein Positionspapier „Zukunft der Krankenhausversorgung aus ärztlicher Sicht“ vom September 2020.

Vorgeschlagen wird ein Versorgungsstufenmodell. Dabei sollen die Krankenhäuser drei Versorgungsstufen zugeordnet werden: regionalen Versorgern, überregionalen Versorgern sowie Maximalversorgern und Universitätskliniken.

Jeder Versorgungsstufe wurden bestimmte Mindestanforderung zugeordnet. Danach sollen Krankenhäuser der regionalen Versorgung mindestens eine Fachabteilung für Innere Medizin und eine für Chirurgie vorhalten, bei Bedarf zum Beispiel auch eine Gynäkologie und eine Pädiatrie. Sie sollen entsprechend die vom G-BA festgelegten Kriterien für die Notfallstufe 1 erfüllen. Jedes regionale Krankenhaus soll außerdem mit nahegelegenen überregionalen Maximalversorgern eine strukturierte Kooperationsvereinbarung schließen. Die Erreichbarkeit zum regionalen Versorger soll für 90 Prozent der Bevölkerung 20 Minuten betragen.

Überregionale Versorger sollen mindestens sieben Fachabteilungen vorhalten und die Kriterien der Notfallstufe 2 erfüllen.

Maximalversorger sollen mehr als zehn Abteilungen vorhalten. Bei den Universitätskliniken kommen Forschung und Lehre hinzu.

Wichtig seien zudem bundesweit dieselben Strukturen.

Eine Reform der Krankenhausplanung müsse zudem zusammen mit einer Reform der Finanzierung gedacht werden. Hier fordert der MB eine Reform des DRG-Systems. Es müsse durch ein kombiniertes Vergütungssystem aus Krankenhaus-individuellen Personalausgaben und Vorhaltekosten sowie der Abrechnung landeseinheitlicher pauschalierter Sach- und Betriebskosten abgelöst werden.

Eine Neuausrichtung der Krankenhausplanung könne zudem dazu beitragen, den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen zu bekämpfen. Der Fachkräftemangel werde das entscheidende Thema der nächsten zehn Jahre sein, betonte Susanne Johna. Deshalb sei es richtig, sich die Frage zu stellen, welche Versorgung die Patienten tatsächlich dauerhaft bräuchten – und welche nicht. Es gebe Krankenhäuser, die dauerhaft nicht bedarfsnotwendig seien, stellte die MB-Vorsitzende klar.

MONOPOLKOMMISSION: DRG'S REFORMIEREN, WETTBEWERB, PLANUNG, FINANZIERUNG NEU ORGANISIEREN

In einem Sondergutachten „Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren“ hat die Monopolkommission der Bundesregierung ihre



Regierung muss auf Gleichheit der Lebensverhältnisse achten

Stuttgarter Nachrichten, Kommentar Christoph Link, 20. Februar 2022 online

Stuttgart – Erst hat man die Geburtsklinik zugemacht, jetzt steht das gesamte Krankenhaus vor dem Aus: Bad Saulgau ist die größte Stadt im Kreis Sigmaringen, aber sie wird genau wie die Stadt Pfullendorf ihre Klinik verlieren zugunsten eines Zentralklinikums in Sigmaringen – bei Patientenzahlen unter 2.000 im Jahr gab man den Spitälern keine Chance mehr. Nach zahlreichen Protesten wird es diesen Mittwoch eine Bürgeranhörung dazu geben. Das Beispiel ist eins von einem halben Dutzend laufender Konzentrationsprozesse in der Krankenhauslandschaft von Baden-Württemberg. Für die betroffenen Städte ist der Verlust bitter, Kliniken gelten als wichtiger Wirtschaftsfaktor und sichern die wohnortnahe Versorgung.

In einem Flächenstaat wie Baden-Württemberg muss die Regierung auf die Gleichheit der Lebensverhältnisse achten. Es gibt im Zollernalb-Kreis ein Beispiel dafür, wie ein regionales Krankenhaus mithilfe der Telemedizin und der Anknüpfung an eine Uniklinik exzellent Covid-Patienten auf der Intensivstation versorgt. Die Digitalisierung bietet Chancen für kleine Krankenhäuser „ganz weit draußen“.

Einschätzungen zum Reformbedarf im Krankenhausbereich Ende Mai übergeben.

Die Monopolkommission schlägt u. a. eine Reform der Krankenhausplanung vor. Behörden könnten nur eingeschränkt planen, wo künftig welcher Versorgungsbedarf entstehe. Die derzeit praktizierte Abstimmung zwischen Planung und Krankenhäusern könne auch zu Nachteilen für die Patientinnen und Patienten führen, wenn dadurch Wettbewerb eingeschränkt werde und Auswahlalternativen wegfielen, heißt es in dem Papier. Eine Bedarfsdeckung lasse sich zielsicherer erreichen, wenn Krankenhäuser darin gestärkt würden, ihre Leistungen eigenständig an den Versorgungsbedarf anpassen zu können.

Die Planung sollte sich dagegen darauf konzentrieren, eine flächendeckende Versorgung zu sichern. „Statt das Versorgungsangebot vollumfänglich vorzuplanen, sollten die Länder Anforderungen an den Mindestversorgungsbedarf eindeutiger spezifizieren, indem sie eine Sicherstellungsgrenze ausweisen“, so der Vorschlag. Werde diese unterschritten, könnte die Planungsbehörde Zusatzbedarfe bis zur berechneten Sicherstellungsgrenze ausschreiben.

DKG: WETTBEWERB KANN NICHT ALLES RICHTEN

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat begrüßt, dass sich die Monopolkommission mit einem Sondergutachten den Reformnotwendigkeiten in der Krankenhausversorgung angenommen hat. „Die Kommission benennt grundsätzlich die richtigen Reformfelder, das heißt das Finanzierungssystem, aber auch die Krankenhausplanung“, kommentierte DKG-Vorstandsvorsitzender Gerald Gaß. „Die Vorschläge der Monopolkommission atmen aber einen extrem wettbewerblichen Geist und verkennen, dass Gesundheit und Gesundheitsversorgung kein normales Wirtschaftsgut darstellen.“ Wettbewerb könne in diesem Bereich nicht alles richten. Soziale Daseinsvorsorge, auch für Krisensituationen, könne nicht mit rein marktwirtschaftlichen Instrumenten gesichert werden.

Dies werde besonders deutlich in den Einzelpunkten zur Krankenhausplanung, so die DKG. Die Monopolkommission gehe hier davon aus, dass sich Versorgungsangebote flexibel aus der Nachfrage der Patienten ergäben. „Dies würde aber fast zwangsläufig zum Wegbrechen bestimmter Versorgungsangebote in dünn besiedelten Regionen führen“, erklärt die Krankenhausgesellschaft.

„Und das vorgeschlagene Instrument des Mindestbedarfs als Sicherstellungsgrenze würde hier nicht ausreichend Abhilfe schaffen. Vielmehr läuft man Gefahr, dass die Mindestgrenze zum Standard wird.“ Lücken in der flächendeckenden Krankenhausversorgung könnten jedoch politisch nicht gewollt sein, da ansonsten das Ziel einheitlicher Lebensverhältnisse gefährdet wäre.

Von zentraler Bedeutung für die Krankenhäuser ist laut DKG deshalb, dass die politische Letztverantwortung für eine flächendeckende, wohnortnahe Gesundheitsversorgung auch in Zukunft bei den Ländern liegen muss und bundesweite Vorgaben lediglich als Orientierungsrahmen dienen dürfen.



Reflex, Reformen durch mehr Geld zu vermeiden?

Anlässlich der Forderung der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach mehr Geld für die bestehenden Krankenhausstrukturen erklärt Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstand beim GKV-Spitzenverband am 10. Juni 2022 in Berlin:

„Es ist ein Reflex bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft geworden, notwendige Reformen durch immer mehr Geld von den Krankenkassen oder dem Steuerzahler zu vermeiden. In den letzten drei Jahren sind die Einnahmen der Kliniken um 11 Milliarden Euro gestiegen, gleichzeitig stieg die Anzahl der leerstehenden Betten von 23 auf 33 Prozent. Mehr Geld für weniger Leistung ist kein tragfähiges Zukunftskonzept. So kann es nicht weitergehen. Für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung der Patientinnen und Patienten brauchen die Kliniken insgesamt nicht mehr Geld, sondern mehr Veränderung.“

Schwer Kranke grundsätzlich in spezialisierte Kliniken, bedarfsnotwendige Kliniken auf dem Land wo notwendig extra fördern und Doppelstrukturen vermeiden. Das sind drei Ansatzpunkte, um die stationäre Versorgung besser an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten auszurichten, sie wirtschaftlicher zu machen und gleichzeitig bedeutet eine bedarfsgerechte Versorgung, dass das Krankenhauspersonal mehr Zeit für den einzelnen Patienten bekommt.“





„Schluss mit der kalten Strukturbereinigung ohne Sinn und Verstand“

„Wir brauchen eine Krankenhausversorgung, die stärker auf Kooperation, Vernetzung und Bedarfsgerechtigkeit ausgerichtet ist“, forderte Dr. Susanne Johna, 1. Vorsitzende des Marburger Bundes, zu Beginn der 139. Hauptversammlung des größten deutschen Ärzteverbandes am 21. Mai 2022. Sie nahm damit ausdrücklich Bezug auf die Regierungskommission zur Krankenhausversorgung, die Empfehlungen für Strukturreformen erarbeiten soll.

Wenn es bei der Krankenhausplanung und der Finanzierung nicht bald sinnvolle Reformen gebe, dann drohten Krankenhausstandorte in die Insolvenz zu gehen, die dringend für die Versorgung gebraucht würden, während unter Umständen andere überlebten, die weniger wichtig seien.

Derzeit finde ein durch politische Entscheidungen forcierter Verdrängungswettbewerb statt, unter dem das Klinikpersonal und die Patienten gleichermaßen zu leiden hätten. „Immer mehr kommerzielle Steuerungs- und Regulierungsinstrumente dominieren die Versorgung und setzen falsche Anreize. Das schadet der Qualität der Patientenversorgung und untergräbt das Vertrauen in das gesamte System. Es muss Schluss sein mit der kalten Strukturbereinigung ohne Sinn und Verstand“, mahnte Johna.

GKV-SPITZENVERBAND: REFORM DER VERSORGUNGLANDSCHAFT NOTWENDIG

Mit Blick auf die Sicherung und Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Versicherten hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes „Positionen für die 20. Legislaturperiode 2021–2025“ beschlossen.

Schon länger habe die Notwendigkeit zur Reform der Versorgungslandschaft bestanden. In der Pandemie seien die Schwächen und Defizite deutlich zutage getreten. Dabei wurden Reformnotwendigkeiten und Entwicklungstrends wie

im Zeitraffer offenkundig. Das gelte auch für die Krankenhausversorgung.

Zwar hätten die Krankenhäuser schnell reagiert und sich an die Erfordernisse der Pandemie angepasst. Der Aufbau von Intensivkapazitäten sei aus den Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert worden. Analysen des Versorgungsgeschehens würden aber zeigen, dass sich die Versorgung der COVID-19-Patientinnen und -Patienten vor allem auf größere Kliniken konzentriert habe.

Die Verteilung der Finanzmittel sei vor diesem Hintergrund kritisch zu hinterfragen. Eine Bestätigung für die bestehenden Krankenhausstrukturen lasse sich aus dieser Erfahrung nicht ableiten. Im Gegenteil: Im Krankenhausbereich bestünden nach wie vor Überkapazitäten in Ballungsgebieten und ein hohes Ambulantisierungspotenzial. Es bestehe die Notwendigkeit einer Reform hin zu mehr Zentralisierung, Spezialisierung und Kooperation.

Die Pandemie habe die Notwendigkeit einer populationsorientierten Planung der Versorgungsstrukturen untermauert. Gestufte und vernetzte Behandlungsstrukturen seien dabei zu stärken. Nicht zuletzt müsse die Qualität der gesundheitlichen Versorgung einen größeren Stellenwert bei der Planung und der Vergütung erhalten.

Der Gesetzgeber sei nicht nur aufgefordert, die Einnahmenseite der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken. Gleichzeitig müsse die ungebremste Ausgabendynamik gestoppt werden. Über Jahrzehnte versäumte strukturelle Reformen auf der Angebotsseite seien anzugehen, um bestehende Ineffizienzen in der Leistungserbringung zu beseitigen. Zukünftig dürften ausgabensteigernde Reformmaßnahmen nur zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung (Struktur, Qualität, Leistungen) erfolgen.

„Die Trainingslager sind abgeschlossen“

WIE BEEINFLUSST DER NEUE KRANKENHAUSPLAN IN NRW DIE KLINIKSTRUKTUREN?

Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen stellen sich dem Veränderungsprozess, der mit dem neuen Rahmenkrankenhausplan angestoßen wird. Die Führungskräfte wissen, dass es zu gravierenden Umbrüchen kommen kann und haben sich vielfach im Vorfeld bereits so weit wie möglich vorbereitet. Dennoch gibt es Unwägbarkeiten, die u. a. auch von der Bundesebene kommen können. Dem müsse vorgebeugt werden, erklärt Wolfgang Mueller, Vorsitzender der VKD-Landesgruppe und Geschäftsführer der Vestischen Caritas-Kliniken, im Interview.

IM JUNI SOLLTE ER ERNEUT WICHTIGES THEMA DER JAHRESTAGUNG IHRER LANDESGRUPPE SEIN – DER NEUE LANDESKRANKENHAUSPLAN FÜR NORDRHEIN-WESTFALEN. ZÜGIG WOLLTE GESUNDHEITSMINISTER LAUMANN – SO SEINE ANKÜNDIGUNG – MIT DER UMSETZUNG STARTEN. SO ZÜGIG GING ES DANN ABER NICHT LOS. ENTTÄUSCHUNG BEI DEN GESCHÄFTSFÜHRUNGEN?

Wolfgang Mueller: In der Tat war das schon die zweite Jahrestagung, die sich komplett mit dem Thema beschäftigt hat und wir hätten uns alle gefreut, wenn die Verwaltungsvorschriften vorgelegen hätten. Es fehlt uns ja bisher sozusagen die Bedienungsanleitung für die Krankenhausrahmenplanung. Erst wenn diese vorliegt weiß jedes Krankenhaus, was rein formell an Arbeit zu leisten ist. Doch die letzten Tage oder Wochen bis die Umsetzung startet, halten wir nun auch noch geduldig aus.

Auch so waren alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer zufrieden mit den Inhalten unserer Tagung.

WAS SIND DIE POSITIONEN DER VKD-LANDESGRUPPE ZUR AKTUELLEN KRANKENHAUSPLANUNG UND ZU DEN DAMIT VERBUNDENEN ZIELEN?

Wolfgang Mueller: Einhellig stellen wir uns diesem Veränderungsprozess. Insgesamt sind die

Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen darauf durchaus vorbereitet. Wir haben unsere Arbeit getan. Die „Trainingslager“ sind abgeschlossen, nur der Startschuss fiel eben noch nicht.

Grundsätzlich glaube ich, dass es allen um vernünftige Versorgungsstrukturen für die Bevölkerung geht. Wir haben immer gesagt, dass wir uns auf diesen Prozess einlassen. Über Fehlentwicklungen der Vergangenheit kann man reden. Aber wir beginnen jetzt diesen Prozess, der natürlich Zeit braucht, wenn wir nicht wollen, dass es zu Brüchen durch schnelle unüberlegte Aktionen kommt.

Vermutlich ist inzwischen die Erwartungshaltung, die Spannung, im Rest der Republik sogar größer als in NRW. Wir haben uns ja schon seit 2019 damit beschäftigt und uns bereits an diese Art der Rahmenplanung gewöhnt.

DR. WULF-DIETRICH LEBER VOM SPITZENVERBAND DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN SAGTE IN DER VKD-JAHRESTAGUNG IM APRIL, DASS ES AUS SEINER SICHT EINE UMSETZUNG DES KRANKENHAUSPLANS IN NRW NICHT GEBEN WERDE – DAS SEI NUR EINE AKTION VOR DER WAHL. DANACH WÜRDEN WIEDER DIE TRÄGER ENTSCHEIDEN. IST DARAUS DIE VERZÖGERTE UMSETZUNG ERKLÄRBAR?

Wolfgang Mueller: Von dieser Aussage war ich schon überrascht. Man könnte es vielleicht für einen typischen Leber halten. Ich denke aber, dass er das Ziel der Planung tatsächlich unterschätzt. Eine Aktion nur vor der Wahl – genau das war es nicht. Gesundheitsminister Laumann hat einen ganz klaren Plan verfolgt. Ihm war wichtig, noch vor den Wahlen in NRW geltendes Recht zu schaffen. Deswegen wurde der Rahmenplan am 27. April veröffentlicht – drei Wochen vor der Wahl. Und er durfte diesen Weg auch gehen. Es hätte ja niemanden verwundert, wenn Ministerpräsident Hendrik Wüst gesagt hätte: „Das fassen wir vor der Wahl nicht an.“

Aber es gab grünes Licht. Natürlich war es auch ein Wahlkampfthema und dabei nicht ungefährlich für die CDU. Doch sie verfolgte hier ein klares Ziel.

Natürlich ist es formell so, dass über eine Schließung der jeweilige Träger zu entscheiden hat. Daran ändert sich auch künftig nichts.

WIE NIMMT DIE NEUE PLANUNGSSYSTEMATIK EINFLUSS AUF DIE KRANKENHAUSSTRUKTUREN?

Wolfgang Mueller: So, wie ich die neue Planung verstehe, wird sie gravierenden Einfluss darauf haben. Die Auswirkungen werden sich mittelfristig zeigen. Manch Krankenhaus und manche Abteilungen werden sich aus der Versorgung verabschieden müssen.

Die Auswirkungen ergeben sich aus dem neu definierten, sehr differenzierten und kleinteiligen Feststellungsbescheid, der nicht nur wie bisher vier Seiten umfassen wird. Wir führen nun die einzelnen Leistungsgruppen auf, definieren Mengenkorridore. Was nicht als Versorgungsauftrag benannt ist, können wir nicht erbringen – jedenfalls wird es nicht vergütet. Das bleibt nicht ohne Folgen. Ein solches Vorgehen gab es in der Krankenhausplanung in Deutschland noch nicht.

”

Grundsätzlich glaube ich, dass es allen um vernünftige Versorgungsstrukturen für die Bevölkerung geht. Wir haben immer gesagt, dass wir uns auf diesen Prozess einlassen. Über Fehlentwicklungen der Vergangenheit kann man reden.

“

Wenn ich bestimmte Leistungen nicht bezahlt bekomme, erbringe ich sie auch nicht. Das ergibt sich von selbst. Den Druck werden die Kostenträger ausüben, die sich strikt an den Feststellungsbescheid halten werden.

DIE GESCHÄFTSFÜHRER DER KLINIKEN IN NRW ÜBERLEGEN SELBSTREDEND SCHON LÄNGER, WAS DER PLAN FÜR IHR UNTERNEHMEN BEDEUTEN KANN. DER PROZESS, DER FOLGEN SOLL, IST JA NICHT GANZ BANAL. KANN MAN SICH

MIT SEINEM KRANKENHAUS DARAUF VORBEREITEN ODER IST ES JETZT DAFÜR SCHON ZU SPÄT, WENN MAN STRATEGISCH NICHT BEREITS MIT EIGENEN STRUKTURANPASSUNGEN BEGONNEN HAT?

Wolfgang Mueller: Wir konnten uns durchaus darauf einstellen. Wenn auch bei Planungsbeginn 2019 der Erkenntnisstand nicht der heutige war. Dieser hat sich immer weiter konkretisiert. Am Ende gab es aber zum zuletzt bekannten Entwurf des Planungsstands keine so gravierenden Änderungen.

Was die Häuser sich ansehen mussten, waren die strukturellen und qualitativen Kriterien der Leistungserbringung. Wir haben Mindestvoraussetzungen zu erfüllen und Auswahlkriterien. Damit muss sich jedes Krankenhaus schon auseinandergesetzt haben.

Das eine sind apparative Voraussetzungen, also Medizintechnik, das andere sind die personellen Anforderungen - welche Fachärzte brauche ich für welche Leistungsgruppe. Das für jeden Bereich zu erfüllen, war und ist sicher die größere Baustelle. Die Mindestanforderungen hier sind in vielen Bereichen drei Fachärzte als Vollkräfte. In manchen Bereichen, wie etwa in der invasiven Kardiologie, sind es fünf Fachärzte – das ist eine deutlich höhere Hürde, die nicht von jedem Krankenhaus aus dem Stand erfüllt werden konnte. Ist es gelungen, dies in den zwei Jahren anzupassen oder sieht man das für nicht realisierbar an? Das sind Fragestellungen, mit denen sich jedes Haus auseinandersetzen musste. Hier haben, denke ich, alle ihre Hausaufgaben gemacht. Dabei half uns vielleicht auch die etwas längere Strecke seit 2019.

DEN KRANKENKASSEN GEHT ES UM EINE „BEREINIGUNG DER KRANKENHAUSLANDSCHAFT“ UND EINE KONZENTRATION AUF WENIGE GROSSE KLINIKEN. FÜR MANCHE AOK-VERTRETER SIND DIE KRANKENHAUSSTRUKTUREN ANGEBLICH ALTHERGEBRACHT, AUS DEM 19. JAHRHUNDERT UND ENTSPRECHEN MODERNER MEDIZIN UND PFLEGE NICHT. SCHLECHTREDEN MIT DEM ZIEL DER REDUZIERUNG?

Wolfgang Mueller: Hat sich hier jemand im Jahrhundert vertan? Wenn es das Ziel ist, die Gesundheitsversorgung in Deutschland zukunfts-



Managementtagung der VKD-Landesgruppe im Juni 2022 in Iserlohn
Wolfgang Mueller (li.) und Hans-Jürgen Winkelmann (re.) bei ihren Vorträgen

fest aufzustellen, reden wir über eine nationale Aufgabe. Dafür brauchen wir ernstgemeinte, seriöse Vorschläge. Wir haben Krankenhäuser, die modern geführt werden, mit modernen Prozessen; auch wenn sie zum Teil in alten Gemäuern stattfinden, arbeiten wird nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Das Gesundheitswesen insgesamt mit allen Krankenhäusern die wir haben – das ist ein großer Tanker, der schwer zu steuern ist. Schnelle Bewegungen sind dabei nicht möglich. Standorte einfach herauszunehmen funktioniert nicht. Allein an der Schraube Mindestmengen zu drehen, schafft nicht automatisch vernünftige Versorgungsstrukturen in den Regionen. Wenn ich die Mindestmenge nicht erfülle, kann ich die Leistung nicht mehr erbringen. Das wird natürlich Veränderungen mit sich bringen. Häuser scheiden dann für diese spezielle Leistung aus,

die anderen werden Leistungszuwächse erfahren. Wie immer gibt es Gewinner und Verlierer.

Das sind ja keine Prozesse, die in vier Wochen erledigt sind. Man wird zunächst sehen, was das im ersten Jahr für Veränderungen ausgelöst hat. Diesen Veränderungen muss man Zeit geben und behutsam vorgehen, damit wir keine Fehlentwicklungen erleben. Evaluation der Rahmenplanung ist in NRW geplant. Das ist auch richtig und muss so sein.

STRUKTURVERÄNDERUNGEN KOSTEN GELD – DARAUF HAT DER VKD IMMER WIEDER HINGEWIESEN.

Wolfgang Mueller: Minister Laumann hat zugesagt, dass die Veränderungen zu Investitionen führen werden. Gut, dass das erkannt wurde und

dass finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden sollen. Diese Zusage muss dann aber auch realisiert werden und der Finanzminister muss dafür entsprechende Haushaltsmittel freigeben.

SEHEN SIE GEFAHREN FÜR BESTIMMTE HÄUSER?

Wolfgang Mueller: Ich habe durchaus die Sorge, dass der Effekt der neuen Planungssystematik die Krankenhauslandschaft in den nächsten fünf Jahren so verändert, dass für kleinere Standorte, die sich über Spezialisierung in einem bestimmten Bereich Wirtschaftlichkeit geschaffen haben und von denen die Grundversorgung in der Region geleistet wird, die Gefahr besteht, dass sie gewisse Strukturvoraussetzungen nicht erfüllen können. Sie dürfen dann diese speziellen Leistungen nicht mehr erbringen, die aber einen unter Umständen erheblichen Anteil an der Wirtschaftlichkeit des Standorts haben. Sie stehen dann zwar im Krankenhausplan, aber man klemmt ihnen im Grunde den Lebensnerv ab.

LAUFEN IN NRW STRUKTURVERÄNDERUNGEN AUF DIE „KALTE ART“ NACH IHRER EINSCHÄTZUNG BEREITS?

Wolfgang Mueller: Das läuft ja nicht nur in NRW, sondern bundesweit. Auf die „kalte Art“ ist ja auch die Folge davon, dass die Krankenhäuser

“ Das Gesundheitswesen insgesamt mit allen Krankenhäusern die wir haben – das ist ein großer Tanker, der schwer zu steuern ist. Schnelle Bewegungen sind dabei nicht möglich. Standorte einfach herauszunehmen funktioniert nicht. “

aktuell in Bezug auf die wirtschaftlichen Folgen der Pandemie völlig auf sich allein gestellt sind. Wir erhalten keinerlei Unterstützung mehr von der Politik. Die Ausgleichszahlungen sind zum 18. April, also schon lange, ausgelaufen. Dabei haben wir ja vor allem über geliehenes Geld gesprochen. Das müsste selbst dem Finanzminister klar sein. Die Pandemie läuft ungebremst weiter, wir haben mit dem nunmehr dritten Sommer auch den schlechtesten. Die täglichen Zahlen der Neuinfektionen betragen derzeit bis zu 150.000 positiv Getestete. Die Dunkelziffer ist hoch. Viele unserer Mitarbeiter fallen derzeit aus. In Berlin wird nur davon gesprochen, dass das Gesundheitssystem nicht überlastet sei. Die Realität vor Ort in unseren Einrichtungen sieht ganz anders aus.

Natürlich können wir auf den Ganzjahresausgleich warten, doch der kommt im nächsten



Vorstand der VKD-Landesgruppe Nordrhein-Westfalen

Frühjahr. Bis dahin müssen wir aber überleben.

Hinzu kommt die Vervielfachung der Aufwendungen im Energiebereich. Auch da stehen die Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen aktuell allein da. Es wird sehr eng für viele Einrichtungen. Und es wird auch spannend. Bisher konnten wir sicher sein, dass Gas geliefert wird, aber inzwischen sind wir nicht mehr sicher, ob wir es auch bezahlen können.

Natürlich sind das Probleme, die viele Branchen, viele Bürger haben. Aber wir reden über die Gesundheitsversorgung insgesamt. Die Bankenkrise galt als systemrelevant. Wer, wenn nicht unsere Einrichtungen, sind systemrelevant für die Bevölkerung?

WELCHE ROLLE KÖNNTE HIER AUCH DIE FORTGESETZTE AUSWEITUNG DER MINDESTMENGEN VOR ALLEM FÜR KLEINE HÄUSER SPIELEN? AKTUELL WIRD Z.B. AUCH ÜBER GEBURTSHILFE DISKUTIERT.

Wolfgang Mueller: Die Bundesländer müssten dankbar sein über jedes Krankenhaus, das eine Geburtshilfe betreibt und über jeden Träger, der trotz einer vielleicht nicht ganz erreichten Mindestmenge Geburtshilfe noch anbietet.

Es geht aber dabei nicht nur um die Fallzahlen. In Essen hat ein Haus seine Geburtshilfe mit rund 800 Entbindungen im Jahr kurzfristig aufgegeben, weil kein Personal verfügbar war. Sie haben aus personellen Nöten aufgegeben. Es gibt keine Notwendigkeit für den Gesetzgeber, irgendeiner Klinik die Geburtshilfe zu verbieten, solange die Qualitätsanforderungen erfüllt werden.

Ein anderes Beispiel ist die Behandlung der Bauchspeicheldrüse, des Pankreas – das ist zum Beispiel bei uns im Haus ein Thema. Die Mindestmenge liegt noch bei 10, wir liegen bei 20. Jetzt soll die Mindestmenge in Etappen auf 25 angehoben werden. Allein der Schritt von 10 auf 25 bringt erhebliche Veränderungen im regionalen Angebot für die betroffenen Patienten mit sich. In der Folge werden die Wege für



— *Im Gespräch* —

Wolfgang Mueller
Vorsitzender der VKD-Landesgruppe Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführer
Vestische Caritas-Kliniken
GmbH, Datteln

sie deutlich länger, wobei nicht garantiert ist, dass sie dann eine bessere Qualität erwarten können. Mehrere hundert Pankreasoperationen in einem Haus – das geht sehr an der Versorgungsrealität vorbei. Die Menge allein, wie immer suggeriert wird, macht es nicht. Wenn die Fallzahlen besonders hoch sind, kann es dafür nicht nur einen Operateur geben.

WELCHE AKTIVITÄTEN SEHEN SIE IN RICHTUNG MODERNER UND VERNETZTER STRUKTUREN BEI DEN KRANKENHÄUSERN NICHT NUR AKTUELL, SONDERN AUCH SCHON SEIT LÄNGERER ZEIT?

Wolfgang Mueller: Mit den notwendigen strukturellen Veränderungen, auf die auch der Krankenhausplan zielt, hat sich jeder Standort schon beschäftigt. Da gibt es vieles, das man gemeinsam in Kooperation mit anderen Leistungserbringern lösen kann. Es gibt gut funktionierende Kooperationen zwischen Häusern auch unterschiedlicher Träger. Sie waren bisher oft nicht verschriftlicht, aber das ist nun vielfach erfolgt, damit man zeigen kann, dass sie funktionieren. Wir waren ja nicht alle im Dornröschenschlaf.

WELCHEN EINFLUSS KÖNNEN AUS IHRER SICHT DIE REGIERUNGSKOMMISSION KRANKENHAUSVERSORGUNG UND DEREN ERGEBNISSE AUF DIE KRANKENHAUSPLANUNG HABEN? DER AUFTRAG DES GREMIUMS BESTEHT JA U. A. DARIN, SICH MIT DER KRANKENHAUSPLANUNG UND BEDARFSPLANUNG ZU BEFASSEN. BESTÜNDE ALSO DIE GEFAHR, DASS DIE AKTUELLEN PLANUNGEN IN DEN BUNDESLÄNDERN KONTERKARIERT WERDEN?

Wolfgang Mueller: Krankenhausplanung ist Ländersache. Aus der Berliner Vogelperspektive kann man das nicht regeln. Das muss auf Landesebene passieren. Nur so bekommt man eine vernünftige regionale Versorgung hin.

Unsere Sorge in NRW ist natürlich, das wir uns mit großem Aufwand in die neue Krankenhaus-

planung begeben, und wenn wir damit fertig sind, kommt die Bundesebene oder Professor Josef Hecken mit dem G-BA mit erheblichen Einzelregelungen, die das konterkarieren.

”

In Berlin wird nur davon gesprochen, dass das Gesundheitssystem nicht überlastet sei.

Die Realität vor Ort in unseren

Einrichtungen sieht ganz anders aus. “

Die Zusammensetzung des Gremiums muss uns zudem in NRW durchaus Sorge machen. Man sieht, dass die Praktiker, die dabei sind, aus größeren Häusern kommen. In NRW ist die durchschnittliche Krankenhausgröße sicherlich kleiner als die Sphären, aus denen die Mitglieder kommen. Wenn jetzt nur Politik für Standorte ab 600 Betten aufwärts gemacht wird, haben wir ein Problem. Gerade die kleinen Standorte tragen ja die Hauptlast der Patientenversorgung und sie machen es auch gut. Man muss die kleinen und mittleren Standorte erhalten.

Aktuell gibt es ausgerechnet jetzt den Vorschlag der Universitätskliniken für eine Krankenhausversorgung in fünf Stufen. Als unterste Stufe wird die Primärversorgung definiert. Häuser der untersten Stufen hätten damit keine Zukunft, weil es z.B. für viele Mitarbeiter dort an Attraktivität fehlt. Dabei haben wir doch gut funktionierende Strukturen an kleinen Krankenhäusern, die sich neben der Grund- oder Regelversorgung spezialisiert haben. Wir dürfen jetzt nicht anfangen, uns auch noch gegenseitig zu zerfleischen. Dann haben Politik und Kostenträger leichtes Spiel.

WELCHE STRUKTURVERÄNDERUNGEN SEHEN SIE IN NRW ALS NOTWENDIG AN – AUCH, UM DEN EINFLUSS DES BUNDES AUF DIE LANDESPLANUNG MÖGLICHST ZU VERHINDERN?

Wolfgang Mueller: Was wir tun müssen, um den Einfluss des Bundes auf unsere Krankenhausstrukturen zu verhindern? Wir müssen es gut machen. Wir müssen zeigen, dass es zu vernünftigen, sinnvollen Veränderungen kommt und dass wir dabei die Wirtschaftlichkeit nicht aus dem Blick verlieren. Wenn wir unsere Hausaufgaben gut erledigen, sind wir vermutlich geschützt davor, dass durch den Bund alles wieder von vorn beginnt. Wir müssen zeigen, dass sich der Prozess, der nun angestoßen wurde, lohnt.

Wichtig ist, dabei offen und transparent vorzugehen und dass sich die Träger darum bemühen, vernünftige neue Strukturen aufzubauen. Dann ist das zudem auch eine gute Blaupause für die anderen Bundesländer. Ich kann verstehen, dass man dort gespannt ist zu sehen, wie schnell wir hier Prozesse umsetzen und wie die Ergebnisse ausfallen.

Wenn wir in NRW unsere Arbeit gemacht haben, fangen die Häuser in den anderen Bundesländern erst an. Allein der G-BA kann da noch für viel Unruhe sorgen. Ich bleibe aber Optimist und gehe davon aus, dass er sich in NRW gründlich umsehen und vielleicht sogar wichtige Aspekte übernehmen wird.

PREISSTEIGERUNGEN, ENERGIEVERSORGUNG, ERHEBLICH ANGEWACHSENER PERSONALMANGEL: WIE SEHEN SIE DIE LAGE DER KLINIKEN AKTUELL – UND DAS HANDELN DER POLITIK?

Wolfgang Mueller: Wir fühlen uns als Krankenhäuser ziemlich allein gelassen mit den Problemen. Wir haben im Frühjahr auf eine Verlängerung der Ausgleichszahlungen gehofft – aber leider kam da nichts.

Angeblich gab es ja Überlegungen für den Herbst. Wir fragen uns, welchen Plan die Politik für diese neuen Belastungen hat, die auf uns zukommen. Wir waren daher überrascht, dass die Expertenkommission zur Evaluation der Pandemiemaßnahmen meinte, zunächst einmal müssten die Krankenhäuser mehr Daten liefern. Was soll das sein? Wir haben bereits in der Vergangenheit täglich gemeldet. Wenn das nicht angekommen ist, gibt es offenbar bundesweit ein Riesenproblem mit der Informationskette. Wir haben kontinuierlich Daten zu den Bettenkapazitäten, den Covidpatienten und vieles mehr geliefert. An welche Daten denkt die Kommission hier noch?

Das, was über Jahrzehnte funktioniert hat, dass die Krankenhäuser in schwierigen konjunkturellen Zeiten eher krisenstabil sind, ist heute nicht mehr der Fall. Hohe Tarifabschlüsse, galoppierende Inflation, enorme Preissteigerungen – eherne Gesetze geraten aus den Fugen. Politik, Krankenkassen und Expertengremien beschränken sich auf Forderungen an die Krankenhäuser. Dabei brauchen Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen dringend verlässliche Aussagen zur Unterstützung in schwierigen Zeiten.



Sachsen: Impulse für sektoren- übergreifende Zusammenarbeit

GEMEINSAM „ZIELBILD 2030 – SÄCHSISCHE KRANKENHAUS- VERSORGUNGSLANDSCHAFT IM WANDEL“ ENTWICKELT

Das sächsische Kabinett hat Mitte Juli dieses Jahres den Entwurf für ein neues Sächsisches Krankenhausgesetz verabschiedet. Damit kann er nun in den Sächsischen Landtag zur Abstimmung eingebracht werden. Voraussichtlich ab September 2022 wird sich der Landtag in den entsprechenden Ausschüssen mit dem Krankenhausgesetz befassen und dann den abgestimmten Entwurf zur Abstimmung auf die Tagesordnung des Plenums setzen. Idealerweise wird das Gesetz am 1. Januar 2023 in Kraft treten.

Das aktuelle Sächsische Krankenhausgesetz ist beinahe 30 Jahre alt. Vor diesem Hintergrund und mit Blick vor allem auf die demografische Entwicklung in Sachsen, den Fachkräftebedarf und die zunehmende Digitalisierung bestand die Notwendigkeit, das Krankenhausgesetz umfassend zu novellieren, heißt es in der entsprechenden Mitteilung des Sächsischen Staatsministeriums für Gesundheit und gesellschaftlichen Zusammenhalt dazu.

In der Novellierung des Gesetzes werden insbesondere folgende neue Schwerpunkte gesetzt:

IMPULSE FÜR ZUSAMMENARBEIT DER LEISTUNGSERBRINGER

Sektorenübergreifende Versorgung: Auch wenn die Regelungskompetenz für die sektorenübergreifende Versorgung grundsätzlich auf Bundesebene liegt, setzt das Sächsische Krankenhausgesetz bereits jetzt wichtige Impulse. So wird die Zusammenarbeit der Leistungserbringer stärker in den Fokus gerückt. Zudem wird das „Gesundheitszentrum“ als Untergruppe der Regelversor-

gungshäuser gesetzlich verankert. Damit soll die Gewährleistung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum unterstützt werden. Außerdem können Modellvorhaben gefördert werden. Mit dieser Regelung soll eine Rechtsgrundlage für besondere Vorhaben der Krankenhausträger geschaffen werden, die bisher von der Regelfinanzierung noch nicht umfasst sind.

QUALITÄT STÄRKER IN DER PLANUNG UND FINANZIERUNG BERÜCKSICHTIGEN

Qualität: Das neue Sächsische Krankenhausgesetz trifft auch Regelungen, um die Qualität stärker in der Krankenhausplanung und -finanzierung berücksichtigen zu können. So können zum Beispiel bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses Bestandteil des Krankenhausplanes werden. Es können auch weitere Qualitätsanforderungen in ausgewählten Versorgungsbereichen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden. Deren Einführung ist im Rahmen der Krankenhausplanung genau zu prüfen und dabei Patientensicherheit und Versorgungssicherheit abzuwägen. Weiterhin können in der Pauschalförderung Anreize für gute Qualität gesetzt werden.

MÖGLICHKEIT DER EINRICHTUNG VON REGIONALKONFERENZEN

Regionalität: Mit dem Krankenhausgesetz wird die Möglichkeit der Einrichtung von Regionalkonferenzen geschaffen. Diese können zu kon-

kreten planerischen Schwerpunkten gebildet werden und sollen dabei insbesondere den jeweiligen Landkreisen und Kreisfreien Städten die Möglichkeit bieten, bereits frühzeitig gestaltend mitzuwirken.

ANREIZE FÜR DIGITALISIERUNG

Digitalisierung: Die Digitalisierung im Krankenhaus birgt viele Chancen, um die Patientenversorgung der Zukunft zu verbessern und zu sichern, zum Beispiel mithilfe von Telemedizin. In dem Krankenhausgesetz werden Anreize für die weitere Digitalisierung gesetzt, zum Beispiel im Rahmen der Pauschalförderung.

HINTERGRUND

Das Gesetz zur Neuordnung des Krankenhauswesens (Sächsisches Krankenhausgesetz – SächsKHG) ist seit dem 1. September 1993 in Kraft und hat seitdem lediglich kleinere Änderungen erfahren.

Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf aktuelle Entwicklungen und zukünftige Bedarfe – wie zum Beispiel Demografie, Fachkräftebedarf, Digitalisierung und vieles mehr – hat entsprechend dem von den Regierungsparteien für die 7. Legislaturperiode geschlossenen Koalitionsvertrag im Zeitraum vom Januar bis Mai 2021 zunächst die „Zukunftswerkstatt für ein neues Krankenhausgesetz“ stattgefunden. Teilnehmer vor allem aus Bereichen der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens haben gemeinsam mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt über Probleme und Lösungen diskutiert.

Im Anschluss daran entwickelten die Verantwortlichen für das Gesundheitswesen – Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen, Landesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Landkreis-, Städte- und Gemeindetag – das „Zielbild 2030 – Sächsische Krankenhausversorgungslandschaft im Wandel“.

PRINZIPIELL ZU BEGRÜSSEN

„Aus Sicht der Führungskräfte im Sächsischen Krankenhauswesen ist die Neufassung prinzipiell sehr zu begrüßen, um grundlegende aktuelle Regelungen für die Krankenhausplanung auf den Weg zu bringen und sich nach 30 Jahren von der erneuten Fortschreibung zu verabschieden.“ führt Dirk Köcher aus, der mit dem Städtischen Klinikum Dresden eines der größten Häuser im Freistaat Sachsen leitet und gleichzeitig seit 2021 Vorsitzender der Landesgruppe Mitteldeutschland des VKD e.V. ist. „Die Herausforderung in der Entwicklung des Entwurfs war es, die Regelungskompetenzen des Bundeslandes mit der Verantwortung auf Bundesebene zu kombinieren. So sind zahlreichen Ideen und Optionen entstanden, die aktuell auf Landesebene Themen anschieben können, aber keinen Umsetzungszwang ergeben. Zu nennen sind hier Regional Konferenzen oder die Option der Einführung von Leistungsgruppen analog Nordrhein-Westfalen. Spannend wird die

Umsetzung im Rahmen der geplanten neuen Krankenhauplanung sein. Aber den Beteiligten auf Landesebene ist klar, dass die besonderen Herausforderungen der Demografie im Freistaat Sachsen und der daraus resultierende Fachkräftemangel neue Lösungen erfordern, um ein leistungsfähiges Gesundheitswesen mit den Krankenhäusern als Basis und Versorgern in der Fläche zu erhalten. Dies wird auch zu einer noch stärkeren Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung führen, um Schnittstellen zu verringern sowie Versorgung in der Fläche überhaupt noch sicherstellen zu können.“



Autor

Dirk Köcher
Vorsitzender der
VKD-Landesgruppe
Mitteldeutschland



Niedersachsen ordnet Krankenhausstrukturen neu

SPEZIELLE BEHANDLUNGEN NUR NOCH IN GRÖßEREN KLINIKEN

Mit der Novellierung seines Krankenhausgesetzes will Niedersachsen die Krankenhausstrukturen neu ordnen. Dem Plan stimmte eine große Mehrheit im Landtag zu. FDP und fraktionslose Abgeordnete enthielten sich.

Künftig soll es acht Versorgungsregionen geben – Nord, Nordwest, Oldenburg, Osnabrück, Lüneburg, Hannover, Braunschweig und Süd – in denen es jeweils einen Maximalversorger mit mindestens 600 Betten geben soll. Schwerpunktversorger, dazu zählten auch Fachabteilungen wie Kardiologie oder Geburtshilfe – sollen innerhalb von 45 Minuten erreicht werden können. Bei Grundversorgern bleibt es bei 30 Minuten. Die Krankenhäuser werden in drei Versorgungsstufen eingeteilt – Grund-, Scherpunkt- und Maximalversorger. Jedes Haus wird einer der drei Versorgungsstufen zugeordnet.

Spezielle Behandlungen sollten künftig nur noch in größeren Krankenhäusern ausgeführt werden. Ziel sei eine wohnortnahe Versorgung und gleichzeitig die Sicherstellung hochwertiger Behandlungen.

Es wird jedoch auch davon ausgegangen, dass es durch die neuen Strukturen in den kommenden zehn Jahren zur Schließung von vielen Krankenhäusern kommen wird – von 30 bis 40 der insgesamt 168 Häuser ist die Rede. Die eventuell dadurch entstehenden Versorgungslücken sollen durch regionale Gesundheitszentren

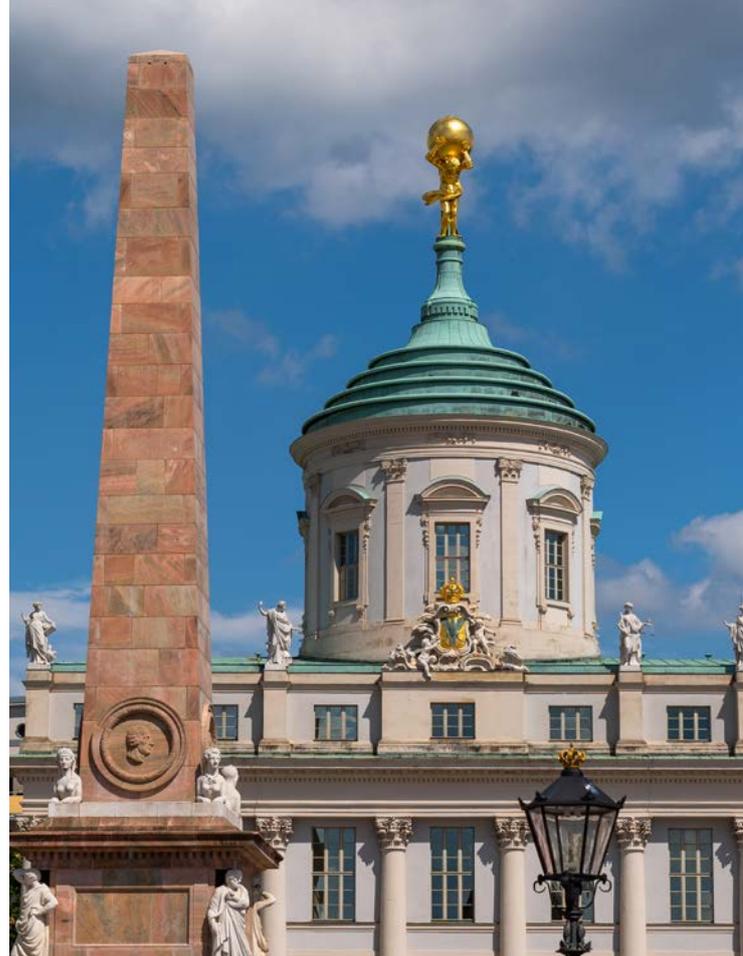
gefüllt werden. Diese Zentren sollen als zentrale Anlaufstelle für die Patienten dienen und als alternative Versorgungsform in der wohnortnahen medizinischen Versorgung dienen. Verschiedene Leistungserbringer könnten hier interdisziplinär und interprofessionell arbeiten. Die Zentren sollen täglich rund um die Uhr arbeiten.

In den vergangenen 30 Jahren sind in Niedersachsen von den Trägern rund 70 Kliniken geschlossen worden. Durch Ausgleichszahlungen sollen Krankenhausträger unterstützt werden, die Standorte ganz oder teilweise schließen wollen.

Die Reform stelle einen „Meilenstein für die medizinische Versorgung“ dar, so Gesundheitsministerin Daniela Behrens (SPD) im Landtag. Es werde in jeder Ecke Niedersachsens eine sehr gute Krankenhausversorgung geben.

Per Verordnung wird das Gesundheitsministerium Details bestimmen, u. a. zu den Grenzen der acht Versorgungsregionen und zur Zuordnung der einzelnen Häuser zu den Versorgungsstufen. Das Land erhält mehr Eingriffsmöglichkeiten, wenn ein Haus seinem Versorgungsauftrag nicht ausreichend nachkommt.

Das Gesundheitsministerium soll eine Krankenhausaufsicht etablieren, um eindeutige Kompetenzen zur Prüfung und Koordinierung zu ermöglichen.



Ziel: Gemeinsame Versorgung in der Metropolenregion

GEMEINSAMEN PLANUNG SOLL EINEM UNKONTROLLIERTEN VERDRÄNGUNGSWETTBEWERB VORBEUGEN

Berlin und Brandenburg haben ihre jeweiligen Krankenhausplanungen miteinander abgestimmt. Dennoch halten beide Länder aus rechtlichen Gründen auch weiterhin einen eigenständigen Krankenhausplan vor. Diese Form der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit ist einmalig in Deutschland.

Der Krankenhausplan 2020 des Landes Berlin wurde am 14. September 2021 beschlossen und stellt die Planungsgrundlage bis 2025 dar. Der Vierte Krankenhausplan in Brandenburg wurde am 22. Juni 2021 beschlossen und ist die Planungsgrundlage.

Im Krankenhausplan Berlin ist die Verteilung des Bettenangebots auf die unterschiedlichen Trägerschaften mit 42 Prozent freigemeinnützig, 43 Prozent öffentlich/universitär und 15 Prozent privat über die Jahre konstant geblieben. Ber-

lin weist im Ländervergleich einen überdurchschnittlichen Anteil der freigemeinnützigen Krankenhäuser auf.

Im Krankenhausplan Brandenburg ist die Verteilung der betreibenden Trägerschaften wie folgt: 54 Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft, 15 in freigemeinnütziger und 17 in privater Trägerschaft. Dies entspricht einer prozentualen Verteilung von 40,7 Prozent aller Krankenhäuser in öffentlicher, 27,9 Prozent in freigemeinnütziger und 31,5 Prozent in privater Trägerschaft.

GEWACHSENE BEZIEHUNGEN

Mit der gemeinsamen Planung soll einem unkontrollierten Verdrängungswettbewerb vorgebeugt werden, der für die Patientenversorgung insgesamt nachteilige Auswirkungen nach sich ziehen könnte. Vielmehr soll das Ziel verfolgt

werden, die Unterschiede und Besonderheiten zwischen den Ländern herauszuarbeiten und darauf aufbauend eine auf Kooperation angelegte bessere Versorgung zu schaffen. Zwischen Berlin und Brandenburg gibt es zahlreiche gewachsene Beziehungen in Form von Kooperationen, Projekten und der Zusammenarbeit in verschiedenster Art, die das Verständnis einer grenzübergreifenden Gesundheitsregion bereits in die Tat umgesetzt haben.

Für einige hochspezialisierte Leistungen bestehen verbindliche Vereinbarungen. Die Charité und das Deutsche Herzzentrum Berlin halten etwa bei den Organtransplantationen Versorgungskapazitäten für die gesamte Region bereit. Die Behandlung von Schwerbrandverletzten erfolgt im Unfallkrankenhaus Berlin. Die Versorgung bei der Herzchirurgie wird durch das Deutsche Herzzentrum Berlin, die Charité, das Herzzentrum Bernau und das Sana Herzzentrum Cottbus gewährleistet.

Ebenso wurden im September 2020 die Ergebnisse des Berlin-Brandenburger Projekts QS-Notfall vorgestellt, das darauf abzielt, die Versorgung von Herzinfarkt-Patienten zu verbessern.

Das Klinische Krebsregister existiert bereits seit 2016 für Berlin und Brandenburg und ist das bundesweit einzige länderübergreifende Krebsregister. Mediziner werden an der Charité sowie an der Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB) in Neuruppin ausgebildet. Als private Universität hat die HMU in Potsdam ihren Betrieb aufgenommen. In der Zukunft wird mit der IUC ein Studium in Cottbus angeboten werden.

Ebenso können die angehenden Mediziner für die praktische Ausbildung auch auf die akademischen Lehrkrankenhäuser in Brandenburg zurückgreifen.

Ein eigenes Kapitel wurde der Pandemiebewältigung gewidmet, in dem alle Maßnahmen, wie zum Beispiel das Konzept SAVE-Berlin@COVID-19 zur Sicherung der intensivmedizinischen Betreuung, vorgestellt werden.

Ziel beider Länder ist es, gemeinsam die Gesundheitsversorgung in der Metropolenregion zu gestalten: „Statt eines ungezügelten Verdrängungswettbewerbs werden durch die Gemeinsame Krankenhausplanung die Grundlagen für eine kooperative Bewältigung der anstehenden Herausforderungen in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg gelegt. Die Gemeinsame Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg 2020 ff. ist als Einstieg in eine weiter vertiefte länderübergreifende Zusammenarbeit und eine spätere sektorenübergreifende Versorgungsplanung gedacht.

Bereits 2017 war die Planbettenauslastung in Berlin mit 84 Prozent, auch im Vergleich zu den anderen Stadtstaaten, sehr hoch. In Berlin wurden die Planbettenzahlen um 1.370 auf 23.536 Betten erhöht, um den Anforderungen der Demografie und des Bevölkerungswachstums zu entsprechen. Der größte Aufwuchs ist in der Psychiatrie (+ 580) und in der Geriatrie (+ 450) zu verzeichnen. Etwas über 40 Prozent des Zuwachses ist für die teilstationäre Versorgung vorgesehen.

Die Auslastung der in den Brandenburgischen Krankenhäusern aufgestellten vollstationären Betten lag im Jahr 2017 im Durchschnitt aller Fachabteilungen bei 80,4 Prozent. Bei den teilstationären Leistungsangeboten ist die Auslastung der teilstationären Kapazitäten schwankend. Während sie im

Jahr 2013 bei 94,8 Prozent lag, ging diese im Jahr 2015 auf 91,3 Prozent zurück und stieg im Jahr 2017 auf 92,4 Prozent. Der weitere Auf- und Ausbau der teilstationären Angebote im Land Brandenburg zeigt sich hierin ebenfalls. Eine besonders hohe Auslastung wiesen insbeson-



Autorin

Petra Leiste

Vorsitzende der
VKD-Landesgruppe
Berlin/ Brandenburg



Autor

Dr. Christian von Klitzing

stellvertretender Vorsitzender
der VKD-Landesgruppe
Berlin/ Brandenburg

dere die Fachabteilungen für Kinderchirurgie, für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie auf.

”

Die Gemeinsame Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg 2020 ff. ist als Einstieg in eine weiter vertiefte länderübergreifende Zusammenarbeit und eine spätere sektorenübergreifende Versorgungsplanung gedacht.

“

Die Erwartungen sind für beide Bundesländer hoch, die bereits jetzt schwierige Situation des Fachkräftemangels wird Kooperationen verstärken, um unseren Patientinnen und Patienten die bestmögliche Medizin zu bieten.

Die Krankenhäuser, die Rehakliniken, die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen

werden wegweisend für die Behandlung eng miteinander verknüpft arbeiten müssen. Nur so kann der Patient/die Patientin von der Erstversorgung bis zur ambulanten Nachsorge optimal betreut werden.

Die Einwohnerzahl hat sich in beiden Bundesländern deutlich erhöht, somit müssen die Versorgungsangebote im Gesundheitswesen effizient und qualitätsgerecht vorgehalten werden.

DIE ZUKUNFT LIEGT IN EINER WEITEREN VERZÄHNUNG

Die Zukunft wird in einer weiteren Verzahnung der Krankenhäuser in Berlin und Brandenburg liegen.

Die gemeinsame Krankenhausplanung ist der erste Schritt, der bereits erfolgreich gegangen wurde. Wir freuen uns auf eine weitere Entwicklung der Krankenhausplanung in Berlin/Brandenburg.

Für jedes Haus gute Lösungen zu finden, war noch nie so wichtig wie jetzt

DIE AKTUELLEN HERAUSFORDERUNGEN MACHEN ÜBERALL
NEUE MITTEL- UND LANGFRISTIGE PLANUNGEN NOTWENDIG

Alle Kliniken stehen vor riesigen Herausforderungen durch die Änderung des Bedarfs an medizinischen Leistungen, durch die demografische Entwicklung, aber auch durch die Mindestmengenausweitungen und weitere G-BA-Vorgaben sowie die notwendige Ambulantisierung. Hinzu kommen aktuell erhebliche Preisentwicklungen. Das macht überall neue mittel- und langfristige Planungen notwendig. Es müssen Antworten auf die Fragen gefunden werden, was ein Haus künftig noch leisten kann, was gemeinsam mit Kooperationspartnern möglich ist oder auch gar nicht mehr.

Echte Strukturveränderungen in Form von Konzentration der stark limitierten Kapazitäten auf gewünschte und zur Versorgungslage der Region passende sowie nachhaltige Schwerpunkte sind notwendig, sagt Steffen Vollrath, Verwaltungsdirektor des Klinikums Südstadt Rostock. Er verweist aber auch darauf, dass dabei mit Augenmaß vorgegangen werden muss, damit gut aufgestellte Krankenhäuser nicht beschädigt werden.



— Im Gespräch —

Steffen Vollrath

Verwaltungsdirektor des
Klinikums Südstadt Rostock

Steffen Vollrath: Die Krankenhäuser standen auch früher schon und stehen auch aktuell vor erheblichen Umbrüchen. Die Notwendigkeit für jedes Haus, hier gute Lösungen zu finden und umzusetzen war für die Führungsteams aber wohl noch nie so wichtig wie in dieser Zeit.

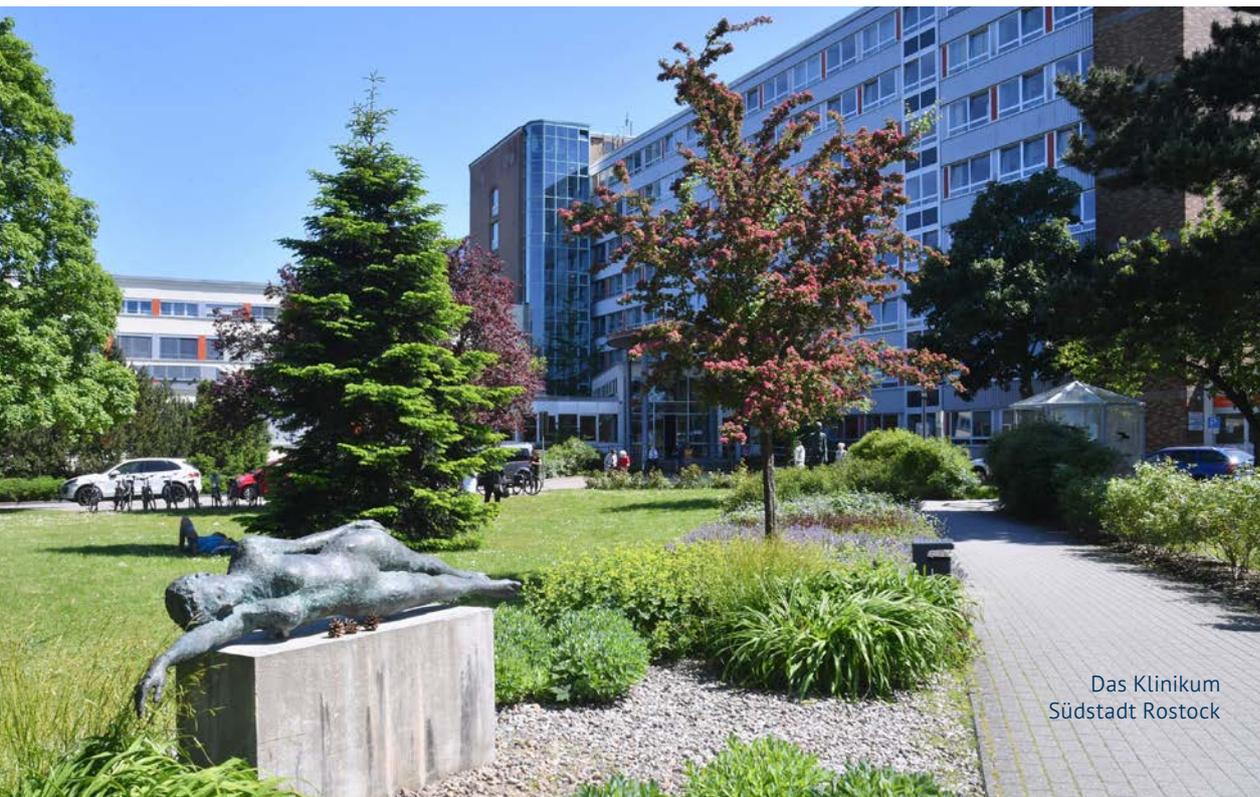
Alle Kliniken stehen vor riesigen Herausforderungen durch die Änderung des Bedarfs an medizinischen Leistungen, durch die demografische Entwicklung, aber auch durch die Mindestmengenausweitungen, die G-BA-Vorgaben und die

notwendige Ambulantisierung. Andererseits erfordert die gewünschte Diversifizierung hin zu mehr Spezialisierungen höhere personelle und investiv-technische Kapazitäten. Das alles bei weiter zunehmenden Problemen, Fachkräfte zu gewinnen und zu halten. Gerade erleben wir zudem erhebliche Preisentwicklungen in der Beschaffung von Verbrauchsartikeln und Geräten wie auch bei den Tarifabschlüssen.

All das macht neue mittel- und langfristige Planungen in allen Kliniken notwendig. Die Frage ist: Was kann und will ein Haus künftig unter diesen Bedingungen noch leisten, welche Leistungen müssen gegebenenfalls eingeschränkt werden, welche kann das Haus weiterhin dauerhaft und wirtschaftlich erbringen, eventuell gemeinsam mit Kooperationspartnern?

Komplexe medizinische Leistungen werden sich auch künftig an größeren Häusern konzentrieren. Doch auch diese werden nicht mehr in der Lage sein, dauerhaft als Vollsortimenter zu agieren. Das kostet erhebliche Kraft und Kapazitäten. Wir meinen, dass hier echte Strukturveränderungen in Form von Konzentration der stark

STRUKTURVERÄNDERUNGEN IM KRANKENHAUSBEREICH WERDEN SEIT ETLICHEN JAHREN VON VERSCHIEDENEN SEITEN GEFORDERT – VON EXPERTEN, POLITIKERN, KRANKENKASSENVERTRETERN. AUCH DER VORSTANDSVORSITZENDE DER DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT, DR. GERALD GASS, HAT WIEDERHOLT ERKLÄRT, DIE KRANKENHÄUSER SEIEN BEREIT FÜR STRUKTURVERÄNDERUNGEN. ES SCHEINT ABER SO, DASS DIE VORSTELLUNGEN DARÜBER ETWAS AUSEINANDERGEHEN. WAS WÄRE IHRE PERSÖNLICHE DEFINITION DIESES BEGRIFFS?



Das Klinikum
Südstadt Rostock



limitierten Kapazitäten auf gewünschte und zur Versorgungslage der Region passende sowie nachhaltige Schwerpunkte unumgänglich sind.

Auch wir denken jedenfalls darüber nach. Ein solches Denken ist im Krankenhausbereich bisher oft noch ungewohnt. Es ist auch damit verbunden, loszulassen, sich von Gewohntem zu verabschieden. Es geht nicht mehr nach dem Motto: Das haben wir immer so gemacht, wir müssen alles anbieten. Es wird aber nicht anders gehen, als zu differenzieren.

STRUKTURVERÄNDERUNGEN „AUF DIE KALTE ART“, DURCH PLEITEN, WERDEN VON DER KRANKENHAUSSEITE ABGELEHNT. WELCHE GEFAHREN SEHEN SIE SELBST DURCH DIE BEREITS STATTFINDENDE ENTWICKLUNG FÜR DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG – ETWA DURCH DAS HANDELN UND DIE INTENSIVE LOBBYARBEIT VON KRANKENKASSEN, DURCH POLITISCHE ENTSCHEIDUNGEN (BZW. NICHT-ENTSCHEIDUNGEN) ODER ENTSCHEIDUNGEN VON TRÄGERN?

Steffen Vollrath: Risiken entstehen durch mindestens drei Arten politischer Entscheidungen:

Erstens: Die Bundesländer haben sich schon lange ihrer Verpflichtung zur Übernahme der Investitionskosten zumindest teilweise entzogen. Die Patienten und auch unsere Mitarbeiter erwarten aber moderne diagnostische und therapeutische Verfahren sowie einen zeitgemäßen Unterbringungsstandard. Wenn hier jedoch bereits in der Vergangenheit ein großer Rückstau entstanden ist, kann dieser in der heutigen Zeit kaum noch aufgeholt werden. Andererseits treffen die Länder auch immer wieder Investitionsentscheidungen – oft aus politischen Gründen – am Bedarf vorbei. Dafür gibt es viele Beispiele.

Zweitens: Der Politik scheint manchmal der Wille zu wirklichen Strukturveränderungen zu fehlen, obwohl sie diese einfordert. Nicht unbedingt benötigte oder auch nicht mehr lebensfähige Strukturen werden durch politische Entscheidungen am Leben erhalten oder wiederbelebt. Das verzerrt den Wettbewerb um Qualität und Fachkräfte und reduziert die Investitionsmittel des Landes.

Drittens: Das Problem der Ausweitung von Mindestmengen. Ich bin gespannt, wie die Länder damit und mit ihren Einflussmöglichkeiten umgehen werden. Es gibt Möglichkeiten für Länder und Krankenkassen, hier Abweichungen zuzulassen. Wenn Länder hierauf bei einigen



Das SüdstadtKlinikum aus der „Drohnen“-Perspektive

Klinikum Südstadt Rostock



Schon seit 1965 sorgt das Klinikum im Großraum Rostock und Teilen Mecklenburg-Vorpommerns für eine fachgerechte medizinische Betreuung. Die rund 1.500 Beschäftigten betreuen jährlich fast 30.000 stationäre und teilstationäre sowie ca. 55.000 ambulante Patienten von der medizinischen Grundversorgung in der 24-Stunden-Notaufnahme bis hin zur hochspezialisierten Betreuung. Das Klinikum ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Rostock und als Träger der Universitätsfrauenklinik ein Ort der Forschung. Die Therapie- und Diagnostikverfahren entsprechen in sämtlichen Fachbereichen dem modernen Stand der Medizin und werden somit den akademischen Ansprüchen der Lehre und den wissenschaftlichen Aktivitäten gerecht. Die Bestätigungen hierfür zeigen sich regelmäßig in klinischen Innovationen und Forschungsergebnissen wie auch in Publikationen, der Organisation medizinischer Kongresse und dem systematischen Aus- und Fortbildungsprogramm.

Krankenhäusern Einfluss nehmen, werden andere Häuser gerade bei den Mindestmengen benachteiligt, die qualitätsbegründeten Strukturvorgaben ausgehebelt. Hier warten wir, was in der nächsten Zeit passiert. Wir kennen ja die Diskussionen – u. a. auch in der Perinatalversorgung. Viele Argumente haben natürlich Gewicht und es ist sicher für das jeweilige Bundesland eine schwierige Entscheidung, Einrichtungen, von denen die Vorgaben nicht erfüllt werden können, dann vom Netz zu nehmen.

MAN KANN SICHER SAGEN, DASS DAS SÜDSTADTKLINIKUM INSGESAMT SEHR GUT DASTEHT. MEDIZIN UND PFLEGE HABEN EINEN GUTEN RUF. WIE STELLT SICH ABER SPEZIELL DIE WIRTSCHAFTLICHE LAGE DAR – DAS IST JA AUCH IM

BUNDESVERGLEICH (60 PROZENT DER HÄUSER IN ROTEN ZAHLEN) NOCH EINMAL EIN WESENTLICHER ASPEKT, WENN ES UM DIE ZUKUNFT EINES HAUSES GEHT.

Steffen Vollrath: Unser Krankenhaus hat schon über 15 Jahre lang beständig Jahresüberschüsse erwirtschaftet – deutlich wieder im vergangenen Jahr, in dem wir trotz der anhaltend schwierigen Pandemiephase einen Überschuss in Höhe von 7,14 Millionen Euro erzielen konnten. Mit Überschüssen zu arbeiten ermöglicht natürlich auch die Schaffung sehr stabiler Strukturen und zudem konnten wir größere Investitionen stemmen, die nicht vom Land finanziert wurden. Unsere Investitionsquote betrug 2021 bei einem Investitionsvolumen von 11,3 Millionen Euro 6,6 Prozent.

Wir konnten bei laufendem Betrieb zahlreiche Baumaßnahmen planmäßig umsetzen und vorantreiben und werden auch weiter in unser Klinikum und in den Ausbau des Gesundheitsstandortes investieren.

Unser Wirtschaftsplan zeigt ein Investitionsvolumen von 66 Millionen Euro bis 2025. Unser Ziel ist es, das Leistungsangebot weiter auszubauen, moderne Behandlungsangebote für die Patienten und attraktive Arbeitsplätze für unsere Belegschaft anzubieten – und wir stellen uns auf neue Herausforderungen ein.

Das Arbeiten unter Pandemiebedingungen haben wir professionalisiert, aber die Auswirkungen der explodierenden Kosten in fast allen Bereichen auf den Krankenhausbetrieb sind noch nicht abzusehen.

Wir müssen und wollen aber natürlich die wichtigen Zukunftsaufgaben anpacken. Noch in diesem Jahr ist neben der Erweiterung der Zentralen Notaufnahme und des Neubaus der eigenen Küche der Baustart des Ärztehauses und die Modernisierung der Geburtsstationen der Universitätsfrauenklinik am Südstadtklinikum geplant.

Wir denken aber auch, dass wir künftig wegen der schon beschriebenen Entwicklungen bei den Kosten, beim Personal, aber auch durch die geplante Stärkung der Strukturen für die weitere und notwendige Zentrenbildung von sinkenden Gewinnerwartungen ausgehen müssen. Schwerpunktmedizin und komplexe Leistungen in einem großen Umfang zu erbringen, ist kostenintensiv und erfordert die Bereitstellung erheblicher Ressourcen. Deutliche Personalkostensteigerungen bei der Dienstorganisation erschwerenden tariflichen Regelungen, zunehmenden Problemen bei der Fachkräftegewinnung sowie den steigenden Teilzeitwünschen werden die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser einerseits durch zusätzliche Kosten und möglicherweise andererseits auch durch eine damit einhergehende Reduzierung der Leistungsfähigkeit belasten.

Für unser Klinikum sehen wir das Risiko, dass einige unserer Kliniken nicht mehr an das hohe Leistungsniveau der Vor-Coronazeit anknüpfen können. Während wir bis 2019 stetig steigende Fallzahlen zeigen konnten, hatten wir hier in 2020 und 2021 Rückgänge zu verzeichnen. Mehrere Kliniken bewegen sich durchaus auf dem Niveau der Zeit vor Corona oder auch darüber. Bei wenigen anderen Kliniken ist aber da-

von auszugehen, dass sie dieses Niveau möglicherweise auch dauerhaft nicht mehr erreichen werden. Auch die zunehmenden ambulanten Behandlungen spielen eine relevante Rolle. Umso erforderlicher sind Strukturveränderungen. Wenn die generierten Umsätze die steigenden Kosten nicht mehr absehbar dauerhaft abdecken, müssen Entscheidungen fallen, die nicht immer positiv aufgenommen werden.

Es ist ein sehr komplexes Thema – die Demografie, das Anspruchsverhalten der Patienten, die exzellente medizinische Behandlungen erwarten und auf der anderen Seite die Frage, was ein Krankenhaus, personell, wirtschaftlich, investiv noch leisten kann.

Üblicherweise haben die Kliniken ihre medizinischen Konzeptionen auf der Grundlage einer Analyse und Bewertung der demografischen Entwicklung, der Prognose der Entwicklung der Krankheitsbilder und sicherlich auch der Lage der Wettbewerber erarbeitet. Nun müssen wir sehen, wie wir weiter intensiv steuern können, in welchen Bereichen wir die limitierten Kapazitäten verstärken, zurückfahren oder belassen sollten, um in der derzeitigen und auch zukünftig schwierigen Situation nicht am Bedarf bzw. den Möglichkeiten des Hauses vorbei zu agieren.

WENN ES UM STRUKTURVERÄNDERUNGEN GEHT, IST VIEL VON KOOPERATION DIE REDE. DAS SÜDSTADTKLINIKUM KOOPERIERT SCHON LÄNGER MIT ANDEREN HÄUSERN IN DER REGION. WIE VIELE PARTNER HABEN SIE HIER, WELCHER ART SIND DIESE KOOPERATIONEN? GIBT ES DAFÜR WEITERE PLÄNE?

Steffen Vollrath: Wir schätzen Kooperationen und Verbünde zur Sicherstellung der medizinischen Leistungen wie auch zur Gewährleistung der dafür erforderlichen Dienstleistungen sehr.

Im Laufe der Jahre sind wir zahlreiche Kooperationen eingegangen – eigentlich unglaublich viele. Das sind zum Teil schon lange bestehende Partnerschaften sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich sowie in der Rehabilitation. Unser Klinikum kooperiert mit anderen Krankenhäusern und mit vielen niedergelassenen Ärzten.

Wir kooperieren zum Beispiel im Rahmen der Versorgung durch unsere Zentren, im Netzwerk für den Rettungsdienst mit einer größeren An-

zahl von Notarzt-Standorten, wir besetzen den Hubschrauber, der hier bei uns seinen Hangar hat. Auch im Bereich der Weiterbildung der Belegschaft, für Pflegekräfte, Ärzte, auch Verwaltungsangestellte leben wir verschiedene Kooperationen. Das Besondere ist bei uns sicher auch, dass wir als städtisches Klinikum verschiedene Aufgaben für die Hanse- und Universitätsstadt wahrnehmen, etwa zur Unterstützung im betriebsärztlichen und hafenzärztlichen Dienst, zudem stellt unser Klinikum auch den ärztlichen Leiter für den Rettungsdienst der Stadt.

Erweiterungspläne in Bezug auf Kooperationen gibt es natürlich ebenfalls. Gerade auch für die Durchführung komplexer medizinischer Leistungen sowie vermehrt bei Einkauf, Beschaffung und Dienstleistungen, kooperieren wir mit Einkaufsverbänden. Als Einzelhaus nur auf Basis der eigenen Strukturen würde das Überleben schwerfallen.

Mit Blick auf die aktuellen Herausforderungen müssen wir uns weiter vernetzen und damit sicherer aufstellen, etwa im Bereich der Beschaffung von Material und Arzneimitteln. Es wird zunehmend schwieriger, die erforderlichen Verbrauchsmaterialien und Arzneimittel im notwendigen Maß zu beschaffen. Dies kostet unsere Mitarbeiter in der Apotheke und im Bereich der Beschaffung mittlerweile sehr viel Zeit. Daher stellen wir uns auch hier gerade breiter auf und setzen vermehrt auf Kooperationen. Mit den Synergien von Einkaufsverbänden im Rücken können wir die Prozesse bewältigen.

IN ROSTOCK GIBT ES MIT DEM KLINIKUM SÜDSTADT UND DER UNIVERSITÄTSKLINIK ZWEI ZWAR NICHT GLEICH GROSSE, ABER LEISTUNGSSTARKE KLINIKEN. GIBT ES ZWISCHEN IHNEN AUCH KOOPERATIONSBEZIEHUNGEN ODER GEHT ES HIER UM KONKURRENZ? KURZ: ERGÄNZEN ODER „BEKÄMPFEN“ SIE SICH?

Steffen Vollrath: Man muss hier natürlich mehrere Seiten betrachten. Zwischen der Universitätsmedizin Rostock und uns gibt es über Jahrzehnte gewachsene Strukturen und Kooperationen. Wir haben vor längerer Zeit im Rahmen einer politisch gewünschten Reorganisation unsere Kinderklinik sowie die Urologie an das Universitätsklinikum abgegeben. Zeitgleich fusionierte die Universitätsfrauenklinik mit unserer Frauenklinik und wird seitdem in unserer Trägerschaft



Investitionen in Mitarbeiter, Technik und Gebäude – das Klinikum Südstadt soll weiter fit für die Zukunft gemacht werden – hier bei der Eröffnung des Hybrid-OP am 23. Mai 2022. Mit dem Hybrid-OP und dem neuen Herzkatheterlabor mit zwei Messplätzen ist das Klinikum optimal auf die wachsenden Bedürfnisse in der Gefäß- und Wirbelsäulenchirurgie sowie in der Herzmedizin eingestellt.



Neurochirurgen bei einer Halswirbeloperation, bei der einer Patientin eine Bandscheibenendoprothese eingesetzt worden ist.

betrieben. In den Kliniken beider Träger findet auf fachlicher Ebene ein beständiger und meist recht intensiver Austausch statt, u. a. weil die Universitätsklinik auch die Maximalversorgung anbietet. Richtig ist aber auch, dass wir uns im Wettbewerb um Patienten und Fachkräfte befinden. Wir sehen allerdings Wettbewerb nicht als negativ an. Er fördert durchaus und nachweisbar das Ringen um die beste Qualität und eine hohe Innovationsdynamik.

IM JUNI WURDE EIN VON BEIDEN UNIVERSITÄTSKLINIKEN MECKLENBURG-VORPOMMERNS GREIFSWALD UND ROSTOCK UND VOM WISSENSCHAFTS-MINISTERIUM IN AUFTRAG GEGEBENES GUTACHTEN VORGESTELLT, IN DEM EXPERTEN ANGESICHTS DER SEIT JAHREN MARODEN UND WIRTSCHAFTLICH SCHLECHTEN LAGE VOR ALLEM DES UNIVERSITÄTSKLINIKUMS ROSTOCK U. A. VORSCHLÄGE FÜR DIE VERÄNDERUNG DER VERSORGUNGSSTRUKTUREN IM STATIONÄREN BEREICH DER STADT GEMACHT WURDEN. SIE UND AUCH DIE STADTPOLITIK HABEN DARAUF SEHR KRITISCH REAGIERT. KÖNNEN SIE ERKLÄREN, WAS DARIN DIE KNACKPUNKTE WAREN?

Steffen Vollrath: Das Gutachten macht Defizite beider Universitätskliniken deutlich und beschreibt Entwicklungsmöglichkeiten. Beide sind im Bundesvergleich sehr klein und bieten – ebenfalls im Vergleich zum Durchschnitt – häufig mehr Grund- und Regelversorgung an. Darauf und auf die Notwendigkeit der Diversifizierung in der Medizin und den notwendigen Fachkräf-

tebedarf hat das Gutachten u. a. aufmerksam gemacht.

Allerdings können wir das Fazit der Experten nicht teilen, dass eine Fusion mit anderen Kliniken, speziell mit unserem Haus, notwendig sei. Das solle nach den Darstellungen der Gutachter allgemein die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen bei der Universitätsmedizin und für unser Klinikum begünstigen. Das können wir nicht nachvollziehen.

Wir finden weder Fusionen noch Kooperationen per se schlecht, diese müssen aber gut gemacht und zum Vorteil aller Beteiligten dienen. Hieraus können sinnvolle, dauerhafte und leistungsfähige Strukturen entstehen. Wir sehen aber eine Fusion mit dem Universitätsklinikum, wie die Gutachter dies als eine Version vorschlagen, sehr kritisch. Aus unserer Sicht würde eine solche nicht zur Weiterentwicklung beider Standorte beitragen. Die Versorgung für Rostock und das Umland würde sich nicht, wie die Gutachter meinen, verbessern, sondern verschlechtern.

Aus unserer Sicht sollte der Fokus der Leistungen von Universitätskliniken auch aus wirtschaftlichen Gründen nicht auf der Grund- und Regelversorgung liegen. Diese ist in den Strukturen eines Maximalversorgers natürlich auch besonders teuer. Wir halten es für zudem nicht für sinnvoll, dass Maximalversorger nur um Behandlungsfälle zu sichern, in die Grund- und Regelversorgung expandieren.

Was uns am Gutachten zudem fehlt, ist, dass eine Einschätzung beider Universitätskliniken in Bezug aufeinander nicht oder kaum stattfindet. Aber gerade dies sollte hier das Wesentliche sein und so hätten wir auch den Auftrag für ein solches Gutachten gesehen. In unserem Bundesland besteht eine Situation, dass in einem Flächenland mit nur 1,6 Millionen Einwohnern zwei Universitätskliniken mit fast identischem Leistungsspektrum betrieben werden.

Der Blick nach Westen, nach Schleswig-Holstein, mit rund drei Millionen Einwohnern, zeigt ein Universitätsklinikum mit zwei Standorten – Kiel und Lübeck. Und auch an diesen beiden Standorten gibt es zum Teil mehrere größere Krankenhäuser, die gemeinsam mit der Universitätsmedizin die Versorgung mit Sicherheit auch in hoher Qualität sicherstellen. Eine solche Konstellation ist für die Versorgung der Bevölkerung also keineswegs ein Nachteil, wie die Gutachter es aber nun mit Blick auf Meck-

“
Ein eigenständiges Südstadtklinikum ist unverzichtbar für eine qualitativ hochwertige Akutversorgung in der Region. Die seit Jahren erfolgreiche medizinische Arbeit und auch die geschaffene leistungsstarke Infrastruktur am Klinikum Südstadt werden wir in den noch zu führenden Verhandlungen im Interesse der Rostockerinnen und Rostocker gebührend schützen. Für das Land und die Stadt gilt es für eine weitere Stärkung der Regiopole Rostock gemeinsam beide Standorte zu entwickeln und die Herausforderungen der Zukunft zielorientiert anzugehen.
 “

Dr. Chris von Wrycz Rekowski, für das Klinikum Südstadt Rostock zuständiger Senator für Finanzen, Digitalisierung und Ordnung, erster Stellvertreter des Oberbürgermeisters der Hanse- und Universitätsstadt Rostock zum Gutachten UnimedMV 2030.



Aus dem Gutachten

UnimedMV 2030: Ergebnisse der Expertenkommission zur Begutachtung
der Universitätsmedizin Greifswald und Rostock

Die Universitätsmedizin Greifswald und Rostock haben im März 2020 einen Langzeitkooperationsvertrag geschlossen, auf dessen Basis sie, unterstützt vom Wissenschaftsministerium, die Einsetzung einer unabhängigen Gutachterkommission mit beratender Funktion vereinbarten. Diese nahm im Oktober 2020 unter Vorsitz von Prof. Dr. rer. nat. Heyo Kroemer, Vorstandsvorsitzender der Charité Universitätsmedizin Berlin, ihre Arbeit auf.

Der Auftrag bestand in einer empirischen Bestandsaufnahme in Forschung und Lehre mit Bewertung der Sichtbarkeit beider Einrichtungen im nationalen und internationalen Kontext. Analysiert und kritisch gewertet werden sollten zudem die bis dahin angedachten Entwicklungsstrategien bis 2030. Schließlich sollte das Gutachten Empfehlungen zur Forschungsstärkung, zur Erschließung von Synergien durch Kooperationen beider Standorte und die notwendigen Instrumente und Governancestrukturen formulieren.

Die Bestandsaufnahme erbrachte u. a. erhebliche Herausforderungen in den Bereichen Bau- und Infrastruktur, wobei diese in Rostock deutlich schwerwiegender sind als in Greifswald.

Beide Universitätskliniken gehören zu den kleinsten in Deutschland. Sie übernehmen neben der Maximalversorgung auch in erheblichem Umfang Aufgaben in der Regionalversorgung, bieten daher andererseits nicht alle Spezialbehandlungen an, die andere Universitätskliniken im Portfolio haben. So fehlt in Greifswald die Herzchirurgie. In Rostock wiederum waren verschiedene Bereiche nicht der Universitätsmedizin, sondern dem Klinikum Südstadt Rostock zugeordnet worden, so die Universitätsfrauenklinik und die Neonatologie.

Im Forschungsbereich konstatierten die Gutachter erhebliche Rückstände bei der Einwerbung von Sonderforschungsbereichen und Fördermitteln. Großen Transformationsdruck gebe es auch im Bereich der Digitalisierung.

Die Gutachter formulierten 20 Handlungsempfehlungen. So wird u. a. eine Ausfinanzierung der Maximalversorgung durch einen Systemzuschlag für die Universitätsmedizin und eine von der Maximalversorgung ausgehende Versorgungsplanung empfohlen. Begrüßt wird die Ankündigung der Landesregierung, den Krankenhausplan im Sinne einer integrierten Versorgungsplanung weiterzuentwickeln.

Besonders brisant ist die Empfehlung einer Fusion von Universitätsmedizin Rostock und Klinikum Südstadt Rostock mit der Begründung, dass sich hier zwei Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft an einem „Standort als Konkurrenten auf einem knappen Markt“ begegnen würden. Das sei wirtschaftlich nicht vernünftig und habe keine positiven Auswirkungen auf die medizinische Versorgung. Man solle hier dem Vorbild anderer Regionen folgen. Das geplante Eltern-Kind-Zentrum, so eine weitere Empfehlung, sei nur am Universitätscampus sinnvoll.

Weitere Empfehlungen beziehen sich u. a. auf die Gründung einer strategischen Partnerschaft der Universitätsmedizin Greifswald und dem herzchirurgischen Zentrum des Klinikums Karlsburg, die Bildung einer Regionalen Versorgungsregion Vorpommern als Innovationsraum ländlicher Krankenversorgung, die Konzentration komplexer Behandlungen auf die universitären Standorte sowie auf notwendige Entwicklungen im Bereich Forschung und Lehre.





Das Klinikum investiert in neue Medizintechnik und innovative Verfahren, wie beispielsweise in einen modernen 3D-Biopsietisch zur besseren Früherkennung von Brustkrebs – hier mit Oberärztin Dr. Angrit Stachs (li.) und der Medizinisch-Technischen Radiologieassistentin Katja Cornelius.



Die moderne Diagnostikeinheit kommt unter anderem zum Einsatz, wenn Patientinnen nach dem Mammografie-Screening zur Abklärung von auffälligen Befunden in das zertifizierte Brustzentrum der Südstadt-Klinik überwiesen werden – hier die Durchführung einer Biopsie.

lenburg-Vorpommern und die beiden Rostocker Kliniken vorgeben wollen.

Für eine nachhaltige Entwicklung der Unikliniken sehen wir hier eine ganz klare Ausrichtung beider aufeinander und die Ausbildung und Umsetzung einer unterschiedlichen Schwerpunktsetzung sowie intensive Kooperation zwischen den beiden Universitätskliniken selbst wie auch mit den anderen Krankenhäusern der Region als erforderlich und auch sinnvoll an. Gerade dies hätte aus unserer Sicht herausgearbeitet werden müssen.

DIE VON DEN EXPERTEN ANGEREGTE FUSION VON UNIVERSITÄTSKLINIKUM UND SÜDSTADTKLINIKUM STIESS NICHT NUR IM SÜDSTADTKLINIKUM, SONDERN AUCH IN DER STADT AUF WENIG GEGENLIEBE. ES GIBT HIER IM GRUNDE EINE GESCHLOSSENE ABLEHNUNGSFRONT.

Steffen Vollrath: Diese Unterstützung gibt uns natürlich Rückenwind. Es stärkt uns, dass wir Stadt und Bürgerschaft, aber auch unsere Belegschaft hinter uns haben. Die Bevölkerung sieht uns als ihr Krankenhaus, sie nimmt es als ihr eigenes wahr. Die Rostocker und die Menschen in der Umgebung sind auch stolz auf unser Haus,

„Die Elki-Frage ständig mit Fusionsgedanken zu verbinden, ist wenig hilfreich. Wir brauchen jetzt endlich eine schnelle Lösung, um die Kinderversorgung in der Hansestadt zu verbessern. Es ist bedauerlich, dass der sehr konkrete Vorschlag der Hansestadt vom November 2021 für ein gemeinsames Betreibermodell am Standort Südstadt noch immer keine Antwort fand und stattdessen einseitige Studien mit altem Wein in neuen Schläuchen das Licht der Welt erblicken.“

Stefan Posselt, SPD-Bürgerschaftsfraktion gegenüber der Ostsee-Zeitung, vom 2. Juni 2022

das 1965 als damals angeblich als modernstes in Europa, erbaut nach schwedischem Vorbild, eröffnet wurde.

DAS SCHON VOR ETLICHEN JAHREN VON SÜDSTADTKLINIKUM UND UNIVERSITÄTSKLINIK GEMEINSAM KONZIPIERTE ELTERN-KIND-ZENTRUM IST OFFENBAR EBENFALLS EIN ZENTRALER STREITPUNKT. HIERZU WURDE EIN GESONDERTER TEIL DES GUTACHTENS ANGEFERTIGT, DER MEHRERE MÖGLICHKEITEN MODELLIERT. PRÄFERIERT WIRD VON DEN GUTACHTERN ANSCHEINEND EIN EINHAUS-MODELL, DAS WOHL MÖGLICHSAM AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM ANGESIEDELT WERDEN SOLL. WELCHE FOLGEN WÜRDEN DAS FÜR IHR KLINIKUM UND DIE VERSORGUNG DER BEVÖLKERUNG AM ENDE AUS IHRER SICHT HABEN?

Steffen Vollrath: Ein solches Eltern-Kind-Zentrum sehen wir grundsätzlich als sehr wichtig an. Die schon in anderen Bundesländern bestehenden Zentren zeigen, dass sie hervorragend in die Versorgungsstrukturen passen und stark angenommen werden. Aber auch hier schätzen wir die Situation anders ein als die Gutachter. Es war vor vielen Jahren sogar bereits in 2008 unser Vorschlag, ein solches Zentrum zu etablieren. Wir boten damals der Universitätsmedizin an, ein solches gemeinsam aufzubauen, indem an unserem Standort ein neues Gebäude für ein Eltern-Kind-Zentrum errichtet wird, in welches dann aus der Universitätsmedizin die Kinderheilkunde sowie die Kinderchirurgie und aus unserem Hause die Geburtsmedizin sowie die Neonatologie einziehen. Seitdem gab es verschiedene, auch gemeinsame Planungen, die dann aber nach einem Wechsel in der Führungsetage der Universitätsmedizin nicht mehr mitgetragen wurden.

Ein solches Zentrum in einer gemeinsamen Struktur mit zwei unterschiedlichen Trägern und unterschiedlichen Versorgungseinheiten wäre natürlich herausfordernd.

Die universitäre Kindermedizin verfügt über keine eigene Neonatologie. Wir sehen dies durchaus auch als ein relevantes Problem für die Universitätsmedizin an. Die Rostocker Neonatologie ist gemäß der damaligen Reorganisation unter unserer Trägerschaft in unserem Klinikum angesiedelt – Wand an Wand mit der Geburtsmedizin, die beide das Perinatalzentrum Level 1 mit rund 3.000 Geburten im Jahr bilden. Daher war es unser Vorschlag, dass die Kindermedizin der Universitätsklinik auch an unseren Standort ziehen sollte, um in direkter räumlicher Nähe mit der Neonatologie zu versorgen. Wir hatten sogar angeboten, die betreffenden Einheiten beider Häuser in eine gemeinsame GmbH zu überführen und damit ein neues Geburts- und Kinderkrankenhaus zu schaffen. Dies würde die derzeitigen Problemstellungen lösen, die universitäre Kindermedizin könnte nicht nur direkt in räumlicher Nähe zur Neonatologie sondern auch in identischer Trägerschaft betrieben werden, das wichtige Perinatalzentrum Level 1 bliebe sichergestellt. In einer solchen Konstellation könnten ganz wesentliche Synergien zwischen den Einheiten in der medizinischen Versorgung, der gemeinsamen Sicherstellung der Dienstsysteme sowie der Weiterbildung und der Gewinnung der Fachkräfte generiert und die Leistungsangebote der beteiligten Kliniken sichergestellt und ausgebaut werden. Doch dazu gab es von Seiten des Landes und der Universitätsmedizin zwischenzeitlich kein Feedback.

Es wäre wichtig, dass hier nun bald eine Entscheidung getroffen wird. Die Geburtsmedizin, die Neonatologie und das gemeinsame Perinatalzentrum an unserem Klinikum sind stabil sowie leistungsfähig aufgestellt in hoher Qualität.

Es gilt, die Rostocker Kindermedizin zu unterstützen und diese dauerhaft leistungsfähig aufzustellen. Allgemein ist die Absicherung der Versorgung für alle Kinderkliniken im Bundesgebiet besonders schwer. Wir warten auf diese Entscheidung und auf Antwort auf unsere Angebote an das Land und die Universitätsmedizin, weil sich die Rostockerinnen und Rostocker wie auch wir uns in diesem wichtigen Bereich eine dauerhafte, stabile Versorgung wünschen.

Wir sind durchaus enttäuscht darüber, dass unsere langjährigen und sehr intensiven Anstrengungen – auch gemeinsam mit den Expertinnen und Experten der Unimedizin Rostock – für ein Eltern-Kind-Zentrum auf keine nachhaltige und dem Patientenwohl geschuldete Resonanz stoßen. Das Eltern-Kind-Zentrum, das alle medizinischen Fachdisziplinen für Familien mit Kindern und Frauen unter einem Dach vereint, hätte schon längst in Betrieb sein können.

AUF BASIS DES GUTACHTENS SOLL EIN DISKUSSIONSPROZESS BEGINNEN – SEHEN SIE SICH BISHER ÜBERHAUPT EINBEZOGEN UND ERKENNEN SIE NOCH KOMPROMISSMÖGLICHKEITEN? WELCHE MÖGLICHKEITEN FÜR SINNVOLLE STRUKTURVERÄNDERUNGEN SEHEN SIE IN ROSTOCK UND IM UMLAND DER STADT, IN DIE DAS KLINIKUM SÜDSTADT EINBEZOGEN WERDEN KÖNNTE?

Steffen Vollrath: Natürlich wären wir gern eingebunden gewesen. Wir können ja nicht dafür sein, unser Haus in Bezug auf Versorgung und Personal „entkernen“ zu lassen.

Wir sind gesprächsbereit und erhoffen uns auch bei der Diskussion zum Gutachten mit dem Land einen konstruktiven Austausch auf Augenhöhe. Wichtig ist, dass wir zu Lösungen kommen – Lösungen im Sinne der Patienten und im Sinne eines weiterhin gut funktionierenden städtischen Klinikums. Es kann nicht sein, dass ein Haus beschädigt wird, um das andere für eine Zeit lang zu retten. Fusionen, nur um defizitäre Universitätskliniken zu sanieren, sind keine Lösung. Ein negatives Beispiel dieser Art gibt es schon in unserem Bundesland.


 Kreisklinik
Berchtesgaden


 Kreisklinik
Bad Reichenhall

In die Zukunft geplant: neues medizinisches Standortkonzept

IM FOKUS STEHT DIE BESTMÖGLICHE,
WOHNORTNAHE VERSORGUNG DER PATIENTEN

Die Kliniken Südostbayern AG hat ein zukunftsorientiertes medizinisches Standortkonzept KSOB 2.0 auf den Weg gebracht. Es trägt Themen wie Ambulantisierung, Spezialisierung und Fachkräftemangel Rechnung und hat die bestmögliche, wohnortnahe Versorgung der Patienten im Fokus.

Krankenhäuser im Verbund nutzen Synergien und können effizienter interagieren. Dabei weicht ein möglichst breites Versorgungsspektrum zunehmend spezialisierten Zentren. Ein Trend, dem auch die Kliniken Südostbayern (KSOB) AG folgt. Die vor knapp 13 Jahren fusionierten Krankenhäuser der Landkreise Traunstein und Berchtesgaden sind heute der größte Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen im südostbayerischen Raum.

„Seit dem Zusammenschluss haben wir stetig daran gearbeitet, unsere Standorte im Bestand zu entwickeln, stationäre Versorgung umfas-

send anzubieten, Spezialisierungen auszubauen und Schwerpunktversorger – etwa das Klinikum Traunstein – weiter in Richtung Schlaganfallzentrum, Herzzentrum, Kinderzentrum und Onkologisches Zentrum zu entwickeln“, sagt Dr. Uwe Gretscher, Vorstandsvorsitzender der Kliniken Südostbayern AG. Denn das Gesundheitswesen ist im Umbruch. Vor allem kleinere Häuser und Kliniken ohne Spezialisierung werden es zunehmend schwer haben, am Markt zu bestehen. Doppelstrukturen abzubauen und Spezialwissen zu bündeln macht Kliniken leistungsfähiger. In das medizinische Standortkonzept der Kliniken Südostbayern AG sind auch Erkenntnisse aus den vergangenen zwei Pandemie Jahren eingeflossen: dass im Bereich ambulanter Strukturen wesentlich mehr erbracht werden kann, dass sich Qualitätsanforderungen wandeln, dass sich Mitarbeiteransprüche verändern. „Das ist der Kontext, warum wir mit dem ‚KSOB 2.0‘ jetzt ein nachhaltiges Standortkonzept für die Zukunft aufgestellt haben“, so Gretscher. Unterstützt wurde die KSOB dabei von der OptiMedis AG.



Von jeher sind die sechs Standorte des Klinikverbundes Traunstein, Trostberg, Ruhpolding sowie Freilassing, Bad Reichenhall und Berchtesgaden eng vernetzt. Jeder hatte bereits im Rahmen der stationären und nachgelagerten Versorgung von Patienten ein eigenes Profil mit eigenen Schwerpunkten. Mit der Unternehmensstrategie KSOB 2.0 gehen die Kliniken den nächsten Schritt und richten ihre Vision und ihren Qualitätsanspruch noch einmal zukunftsorientierter und über Generationen hinweg aus. Es geht um künftig absehbare Qualitäts- und Leistungsanforderungen im Gesundheitswesen, um Altersmedizin, eine flächendeckende Rund-um-die-Uhr-Versorgung, den demografischen Wandel, um Digitalisierung und Fachkräftemangel. „Wenn man Gesundheitsversorgung ernst nimmt, muss man sie neu und in Teilen anders denken. In den letzten 20 Jahren hat sich viel verändert“, weiß Dr. Stefan Paech, Leiter Medizin Verbund der KSOB.

AMBULANTE UND DIGITALE MEDIZIN

Analysen der Krankenhauskapazitäten haben zum Beispiel gezeigt, dass die Krankenhausbettenanzahl in der südöstlichen Region im deutschlandweiten Vergleich überdurchschnittlich hoch ist und in den Landkreisen Traunstein und Berchtesgadener Land nicht vollumfänglich ausgeschöpft wird. Aufgrund des demografischen Wandels und einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft ist zwar eine höhere Ressourcenauslastung zu erwarten, dem gegenüber steht allerdings der erhebliche Druck zu mehr ambulanter Leistungserbringung. „Das sind Entwicklungen, auf die reagiert werden

muss. Genauso wie auf die Erfahrungen aus den letzten beiden Pandemie-jahren, die die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung vorangetrieben haben. Die ambulante Leistungserbringung hat erheblich an Bedeutung gewonnen. Wir hätten die Versorgungsfähigkeit gar nicht aufrechterhalten können, wenn wir nicht in hohem Maß Leistungen ambulant erbracht hätten“, berichtet Dr. Stefan Peach.

Ebenfalls einen großen Schub haben die Digitalisierung und moderne Kommunikationsmittel erfahren. Um Gesundheitsversorgung in der Fläche zu sichern, wird Digitalisierung künftig unerlässlich sein. Medizin wird immer stärker auch digital werden. Ob elektronische Fallakte oder eHealth-Anwendungen: Digitalisierung erlaubt eine umfassende Nutzung patientenindividueller Gesundheitsdaten und dadurch die Verschlinkung von administrativen Prozessen rund um das Patientenmanagement. „Werden diese Möglichkeiten nicht genutzt, bedeutet das für Mitarbeiter mehr ‚Papierkram‘ und weniger Zeit für die Arbeit am Patienten. Einer zunehmend digitalen privaten Lebenswelt stünde ein Arbeitsplatz mit analogen Berichts- und Dokumentationspflichten gegenüber. Das wiederum führt zu Unzufriedenheiten in einer Zeit, in der der Bedarf an Fachkräften stetig zunimmt, und keine Mitarbeiter verloren gehen dürfen. Es würde unseren smarten Lean-Ansatz völlig konterkarieren“, so Dr. Uwe Gretscher. Denn ein attraktiver Arbeitgeber in der Region zu sein, ist wesentliches Ziel des Standortkonzeptes.





Kliniken Südostbayern AG

Vor knapp 13 Jahren wurden die sechs Klinikstandorte in den beiden Landkreisen Traunstein und Berchtesgadener Land fusioniert. Jährlich werden hier von rund 4.400 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen inklusive aller Tochtergesellschaften bis zu 160.000 stationäre und ambulante Patienten betreut. Die Kliniken Südostbayern AG ist der größte Anbieter für Gesundheitsdienstleistungen im südostbayerischen Raum. An den Standorten Bad Reichenhall, Berchtesgaden, Freilassing, Traunstein, Trostberg und Ruhpolding wird ein breites und gleichzeitig hoch spezialisiertes Spektrum moderner medizinischer Behandlung, von der Frühgeborenenversorgung bis zur Altersmedizin, vorgehalten.



Kreisklinik
Freilassing

DER PATIENT DER ZUKUNFT IST ÄLTER

Die Zahlen zeigen: Bis zum Jahr 2030 werden die geriatrischen Behandlungsfälle um über 17 Prozent im Vergleich zu 2019 zunehmen. Geriatrische Behandlungsfälle zeichnen sich durch ihre hohe Multimorbidität und Vulnerabilität aus. In Kombination mit dem demografischen Wandel und dem dadurch wachsenden Bedarf an komplexeren medizinischen und pflegerischen Leistungen im Alter, werden hohe stationäre Ressourcen gebunden und ambulante und tagesklinische Strukturen erforderlich sein. Auch darauf nimmt das medizinische Standortkonzept der Kliniken Südostbayern AG Rücksicht und baut an verschiedenen Standorten entsprechende geriatrische Zentren aus.

NOTFALLVERSORGUNG

Im Jahr 2019 wurde innerhalb der Regionen Traunstein/Berchtesgadener Land circa 15.300 Fälle über den Rettungsdienst in ein Krankenhaus eingewiesen. 87 Prozent der Einweisungen erfolgten hierbei an einen Standort der Kliniken Südostbayern. Auf die Standorte Traunstein, Bad Reichenhall und Trostberg entfiel ein Anteil von mehr als 80 Prozent, Tendenz steigend. „Hinsichtlich der Patientenbedürfnisse ist neben einer gut aufgestellten ambulanten Versorgung eine ebenso gut erreichbare, spezialisierte und qualifizierte stationäre Notfallversorgung mit einem Rund-um-die-Uhr-Angebot von wesentlicher Bedeutung. Dies trägt entscheidend zur Qualität, zur Patientensicherheit und -zufriedenheit bei“, bekräftigt Dr. Uwe Gretscher. Neu ist, dass sich die Notfallversorgung im Berchtesgadener Land auf den Standort Bad Reichenhall konzentrieren wird. Vor allem, weil von Gesetzgeberseite kleine und kleinste Versorgungseinheiten nicht mehr vorgesehen sind und außerdem immer mehr Personal fehlt, das willens ist, rund um

die Uhr zu ungünstigen Zeiten zu arbeiten. Die Zentrale Notaufnahme wird künftig in Bad Reichenhall die vollständige Versorgung übernehmen, flankiert von einem flächendeckenden Rettungsdienst. „Im Klinikverbund haben wir somit eine Anfahrtzeit bei der Notfallversorgung von maximal 30 Minuten“, so Dr. Stefan Paech.

NEUBAU EINER ZENTRALE KLINIK IM BERCHTESGADENER LAND

Für eine auf Notfall- und Akutversorgung ausgerichtete, zentrale Klinik im Landkreis Berchtesgadener Land bedarf es allerdings eines Neubaus. Im bestehenden Gebäude ist man nur bedingt in der Lage, kurze Wege, schnell erreichbare Strukturen und schnell erreichbare Diagnostik zu realisieren. „Gerade in der heutigen Zeit ist es natürlich eine berechtigte Frage, ob wir unter den Aspekten der Umweltfreundlichkeit auf der grünen Wiese bauen und somit weitere Flächenversiegelung betreiben müssen. Aber wir haben uns sehr intensiv mit unseren Liegenschaften an allen Standorten auseinandergesetzt. Während es in Traunstein



Kreisklinik
Ruhpolding



Das medizinische Standortkonzeptes KSOB 2.0

Mit der Unternehmensstrategie KSOB 2.0 richtet die Kliniken Südostbayern AG ihre Vision und ihren Qualitätsanspruch zukunftsorientiert aus. Hierbei stellen die sechs Standorte, zusammen mit ambulanten Partnern und Versorgungseinrichtungen der Region, die bestmögliche und wohnortnahe Rund-um-die-Uhr-Versorgung für die Landkreise Traunstein und Berchtesgadener Land sicher.

Das sind die Eckpfeiler des medizinischen Standortkonzeptes:

Im Landkreis Traunstein befinden sich die drei Klinikstandorte Ruhpolding, Trostberg und Traunstein. Das Klinikum Traunstein, der Hauptstandort des Landkreises, ist ein Haus der sogenannten Schwerpunktversorgung und 24/7 am Netz. Es verfügt über viele ausgewiesene Zentren und den Hubschrauberstandort, der ganz maßgeblich für die Versorgung von Schwerverletzten und kritisch Erkrankten in der Region ist. Traunstein konzentriert sich mit komplexer Medizintechnik und aufwändiger Strukturvorhaltung auf die Versorgung von onkologischen, komplex erkrankten und traumatologisch zu versorgenden Patienten. Außerdem gibt es ein landkreisübergreifendes somatisches, psychosomatisches und operatives Kinderzentrum sowie umfassende Versorgungsmöglichkeiten mit interventionellen und roboterassistierten Techniken.

Die Kreisklinik Trostberg ist von jeher ein Grundversorger im Norden des Landkreises, ebenfalls mit 24/7 Notfallversorgung. Das breite internistische und chirurgische Leistungsspektrum wird flankiert von spezialisierten orthopädischen und altersmedizinischen Angeboten. Letzteres wird neben Akutgeriatrie und geriatrischer Rehabilitation ergänzt durch ein Angebot an Kurzzeitpflege vor Ort.

Die Kreisklinik Ruhpolding wird weg von einer 24/7-Inneren Medizin hin zu einem multimodalen Schmerztherapiezentrum mit stationärer Schmerztherapie, Schmerzambulanz, Tagesklinik und Schmerzpraxis entwickelt.

Grundlage der Standortweiterentwicklung im Landkreis Berchtesgadener Land war, dass gewisse Leistungsbereiche nur noch in größeren Strukturen angeboten werden können. Das betrifft vor allen Dingen die Notfallversorgung mit ihren gesetzlichen Vorgaben. Entsprechend wird sie künftig auf einen Zentralstandort fokussiert, nämlich die neue Zentralklinik Berchtesgadener Land in Bad Reichenhall. Die bestehende Kreisklinik Bad Reichenhall wird geschlossen und in strategisch günstiger Lage neu gebaut. In der neuen Zentralklinik werden auch die geburtshilfliche und gynäkologische Versorgung angesiedelt sein, außerdem das Lungenzentrum des Verbundes, die invasive Kardiologie, Stroke Unit und Schlafmedizin sowie alle Formen der konservativen und operativen Notfall- und Elektivversorgung.

Auch an den Standorten Berchtesgaden und Freilassing wird die Innere Medizin rund um die Uhr und an jedem Wochentag eingestellt. Berchtesgaden wird zur Fachklinik für Orthopädie mit Rehabilitation, Akutgeriatrie und Geriatrischer Rehabilitation sowie ästhetischer Chirurgie und Freilassing zum Gesundheitscampus mit bestehenden ambulant vernetzten Leistungsangeboten und altersmedizinischen Angeboten wie Kurzzeitpflege oder tagesklinische Versorgung.

Aus sechs Kliniken im 24/7 Modus verbleiben somit drei Akutkliniken, die an den anderen Standorten mit spezialisierten und ambulanten Leistungsangeboten ergänzt werden.

möglich ist, im Wesentlichen im Bestand zu erneuern, ist das in Bad Reichenhall nicht sinnvoll umsetzbar. Das Klinikgebäude ist nie als Gesamtkonzept entstanden, sondern seit den 1960er Jahren quasi Stück für Stück gewachsen. Vor 30 Jahren wurden Krankenhäuser anders gebaut, sie waren auf die damalige Struktur und Prozessabläufe abgestimmt, die sich stark gewandelt haben. Außerdem sind die Traglasten in den Decken für einen Umbau unzureichend, auch der Brandschutz wäre schwer zu erfüllen. Von vornherein war klar, dass wir auch am bestehenden Standort 70 Prozent neu bauen müssten, während des laufenden Betriebes wohlgermerkt. Und dann hat man trotzdem nicht ein neues funktions-, prozess- und strukturoptimiertes Krankenhaus. Das ist aus unserer Sicht weder zeitgemäß noch sinnvoll“, erklärt Dr. Uwe Gretscher.



Dr. Uwe Gretscher
Vorstandsvorsitzender der
Kliniken Südostbayern AG

Anvisiertes Ziel ist es, im Jahr 2028 mit der neuen Zentralklinik Berchtesgadener Land in Bad Reichenhall in Betrieb zu gehen. Für eine große Akzeptanz soll die Bevölkerung laufend über den Projektstand informiert werden, beispielsweise über eine extra Website. Fragen können per E-Mail gestellt werden.

OFFENHEIT UND TRANSPARENTE KOMMUNIKATION

Die Kliniken Südostbayern AG geht mit dem neuen Standortkonzept einen proaktiven Weg. Man hat sich bewusst entschieden nicht zu war-

ten, bis von Seiten der Politik regulative Elemente vorgegeben werden. „Die immer wieder politisch aus Expertengremien kommunizierte Radikalität eines Umbaus sorgt in der Fläche und der ländlichen Versorgung für Irritationen. Weil schlichtweg die Strukturen für so radikale Einschnitte wie den Wegfall eines Großteils der stationären Betten nicht vorhanden sind. Es gibt keine dies aufnehmenden, komplementären und auch keine ambulanten Möglichkeiten. Bedenkt man noch die bekannte fortgeschrittene Altersstruktur, ist die Bevölkerung zu Recht verunsichert. Das hält uns jedoch nicht davon ab, schrittweise einen Umbau zu vollziehen, der notwendig ist. Aber wir nehmen die Bürger und Bürgerinnen dabei mit“, so Dr. Uwe Gretscher.

Seine zentralen Erkenntnisse aus diesem Prozess: „Es ist nicht hilfreich, wenn Experten vom grünen Tisch aus laut Thesen und Vergleiche zum europäischen Umfeld kundtun, das völlig andere Versorgungsstrukturen hat. Sie müssen der Bevölkerung ehrlich sagen, dass Versorgung, die auf dem Vollkaskoprinzip der Vergangenheit beruht, nicht haltbar sein wird, vor allem nicht mit einem radikalen Umbau. Es ist elementar wichtig, sich anhand von Zahlen, Daten und Fakten intensiv mit der Situation vor Ort auseinanderzusetzen, was allerdings auch Offenheit und Ehrlichkeit der dort Handelnden voraussetzt. Die Ergebnisse müssen maximal offen und transparent kommuniziert werden. Und Klinikträger und Lokalpolitiker müssen den Mut haben, der Wahrheit und Zukunft Rechnung zu tragen.“

Umfassende Strukturveränderungen und großer Einsatz der Belegschaft

REGIOMED-KLINIKEN ERWARTEN FÜR 2022 DEN TURN-AROUND

Das Jahresergebnis der REGIOMED-KLINIKEN GmbH konnte 2021 erneut deutlich verbessert werden. Für 2022 prognostiziert der Gesundheitskonzern den Turn-around und erstmals wieder einen Jahresüberschuss in Höhe von drei Millionen Euro. Der Gesundheitskonzern hat in den vergangenen dreieinhalb Jahren umfassende Strukturveränderungen umgesetzt, medizinische Schwerpunkte und Spezialisierungen gebildet sowie den gesamten Verbund neu ausgerichtet.



Alexander Schmidtke
Hauptgeschäftsführer der
REGIOMED-KLINIKEN GMBH

In der Aufsichtsratssitzung am 30. Juni konnte Hauptgeschäftsführer Alexander Schmidtke ein Konzern-Minus von 2,9 Millionen Euro für 2021 vermelden (2020/-6,7 Millionen Euro, 2019/-9,5 Millionen Euro und 2018/-25,1 Mio. Euro). Die EBITDA Marge steigerte sich aufgrund des deutlich besseren Betriebsergebnisses von 0,32 Prozent auf 1,18 Prozent.

Die Corona-Pandemie traf auch die REGIOMED-KLINIKEN GmbH in einer wirtschaftlich schwierigen Phase; aktuell befindet sich der Konzern immer noch in einer Sanierung. Daher hat die Corona-Pandemie den Gesundheitsverbund doppelt schwer getroffen. Restrukturierungsmaßnahmen umsetzen und die Anforderungen der Pandemie gleichzeitig bestmöglich meistern lautete die Devise. Dem Konzern fehlte schlicht das finanzielle Polster, um die Leistungsausfälle durch die von der Politik vorgegeben Kapazitätseinschränkungen ausmerzen zu können. Und auch die gestiegenen Sachkosten für Schutzausrüstungen belasten die Bilanz zusätzlich. Daher konnte die Umsetzung der Sanierungsmaßnahmen nicht aufgeschoben werden – trotz Pandemie.

In einem wahren Kraftakt haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aber auch die Gremienvertreter und öffentliche Träger zusammengestanden und das Jahr für REGIOMED dennoch erfolgreich gemacht. Neben der Pandemiebewältigung wurden unzählige Projekte angestoßen und umgesetzt, die alle nur ein Ziel haben: die Sicherung einer wohnortnahen und erstklassigen medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung in der Region.

In den Jahren 2015 bis 2018 hatte der Gesundheitskonzern an wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit und Substanz verloren. Der Substanzverzehr lag in den vergangenen Jahren insgesamt bei über 40 Millionen Euro. Es bestand eine reale Insolvenzgefahr, die aber im Jahr 2019 erfolgreich abgewendet werden konnte.

UMFASSENDE NEUAUSRICHTUNG IN ANGRIFF GENOMMEN

In den vergangenen dreieinhalb Jahren folgten dann umfassende Strukturveränderungen, medizinische Schwerpunktbildungen und Spezialisierungen sowie eine umfassende Neuausrichtung des Gesundheitsverbundes. Trotz der vergangenen Pandemiejahre konnten die Betriebsergebnisse in den Jahren 2018 bis 2021 von einem Verlust in Höhe von 25,1 Millionen Euro auf minus 2,9 Millionen Euro verbessert werden. Für 2022 prognostizieren die Verantwortlichen des Unternehmens erstmals wieder ein positives Betriebsergebnis in Höhe von ca. drei Millionen Euro.

Im Rahmen des konsequent angegangenen Sanierungskurses wurden bereits 17 Millionen

Euro an ergebnisverbessernden Maßnahmen umgesetzt. Bis zum Jahr 2025 wurden zudem 240 Maßnahmen mit einem Volumen von über 28 Millionen Euro identifiziert, die den Gesundheitsverbund zusätzlich wirtschaftlich stabilisieren werden, wenn sie über das REGIOMED-interne Projektmanagement stringent umgesetzt werden.

Insgesamt wurden im vergangenen Jahr 53.225 Patientinnen und Patienten stationär behandelt. (Vergleich: 2019 – 65.818, pandemiebedingt 2020 – 52.958), knapp 100.000 Patienten wurden ambulant und 10.000 vorstationär versorgt.

Die Umsätze aus diesen Leistungen konnten dabei um 18,6 Mio. Euro gegenüber dem Vorjahr gesteigert werden und lagen bei 418,2 Millionen Euro (2020 – 399,5 Millionen Euro), die Erlöse aus Krankenhausleistungen stiegen – ohne Corona-Ausgleichszahlungen und Ganzjahresausgleich – um 10,3 Millionen Euro – ein Plus von vier Prozent. Insgesamt reduzierten sich in 2021 die Corona-Zahlungen um insgesamt gut 10 Millionen Euro von 35,8 Millionen auf 25,6 Millionen Euro.

WEITERE HERAUSFORDERUNGEN IN DER ZUKUNFT

Die Zahlen stimmen zuversichtlich und bestätigen, dass das Unternehmen mit den eingeleiteten Maßnahmen auf dem richtigen Weg ist. Dennoch ist das Ziel der strategischen Neuausrichtung noch nicht erreicht. Themen wie Digitalisierung, Fachkräftemangel, Umsetzung der Medizinstrategie 2030 und Ambulantisierung werden den Gesundheitskonzern auch in den kommenden Jahren intensiv beschäftigen. So soll die Digitalisierung weiter vorangetrieben werden.

REGIOMED soll mit einer veränderten Unternehmenskultur „Sogwirkung“ für qualifizierte Fachkräfte aller Berufsgruppen entfalten. „Die von uns entwickelte Medizinstrategie 2030 sichert allen Bürgerinnen und Bürgern unserer Region die bestmögliche Versorgung, unabhängig vom Standort. Wir müssen den Menschen vermitteln, dass notwendige Leistungskonzentration und Spezialisierung gut für sie und ihre Versorgungssicherheit sind. Dabei müssen wir alles tun, dass unsere Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner zufrieden mit unseren Leistungen sind, sich sicher fühlen und eine qualitativ hochwertige Versorgung erhalten. Eine medizinische Exzellenz können

wir dabei nur dann erreichen, wenn wir die modernste Medizintechnik in unseren Einrichtungen nutzen und die Technik insgesamt auf dem neuesten Stand halten. Aus diesem Grund haben wir ein europaweites Vergabeverfahren für eine Innovationspartnerschaft mit der Industrie ausgeschrieben. Die Entscheidung hierzu soll im 3. Quartal getroffen werden“, erläutert Hauptgeschäftsführer Alexander Schmidtke.

FÖRDERZUSAGE FÜR LEUCHTTURMPROJEKT

Das Bayerische Kabinett hat beschlossen, den Neubau des Klinikums Coburg in das Jahresbauprogramm 2023 aufzunehmen. Damit ist der offizielle Startschuss für das Leuchtturmprojekt für die medizinische Versorgung der gesamten Region gefallen. Der Neubau wird mit knapp 76 Prozent gefördert (326 Millionen Euro von 430 Millionen Euro).

BREIT GEFÄCHERTES LEISTUNGS- PORTFOLIE DURCH ZUSAMMENARBEIT

In der Gemeinschaft des REGIOMED-Verbundes ist es möglich, dass größere Gesundheitseinrichtungen in Zusammenarbeit mit kleineren Institutionen ein breit gefächertes Leistungsportfolio aufstellen, so dass für die Region eine medizinische Expertise analog eines Schwerpunktversorgers verankert werden kann. Eine Win-Win-Situation für alle Seiten: abgestimmte Leistungsbereiche, standortübergreifende Zusammenarbeit und über die Sektorengrenzen hinweg abgestimmte Behandlungen sichern den rund 350.000 Bürgern die Versorgung vor Ort. Die Einrichtungen profitieren zudem von Patienten aus benachbarten Regionen und die Träger erhalten mit den Standortzusagen einen wesentlichen Baustein für eine attraktive zukunftsorientierte Versorgungslandschaft.

EINIGE DER ZAHLREICHEN STRUKTURPROJEKTE

Kompetenzzentrum mit Herz für das Herz

Durch den Aufbau medizinischer Kompetenzzentren und noch engerer Vernetzung soll das Ziel der wohnortnahen, medizinisch hochqualifizierten Versorgung für die Region zwischen Obermain und Rennsteig noch besser erreicht werden. Mit der Gründung des Zentrums für Kardiologie ging REGIOMED einen weiteren Schritt



Am REGIOMED Klinikum Neustadt wurde die Geriatrische Rehabilitation gegründet.

in diese Richtung. Wichtig ist dabei vor allem auch die Konzentration des Fachwissens innerhalb einer medizinischen Netzwerkstruktur. Damit können Leistungen strukturiert an mehreren Standorten angeboten werden. Betroffene Patienten profitieren von der engen Zusammenarbeit, dem kollegialen Austausch und der Expertise innerhalb der Fachbereiche – egal, wo in der Region sie leben.

Neben der fachlichen Kompetenz der Kardiologen ist insbesondere auch die technische Ausstattung ein wichtiger Faktor. Aus diesem Grund haben sich alle Kardiologischen Abteilungen der REGIOMED-KLINIKEN und externe Kooperationspartner zu einem standortübergreifenden Leistungsnetzwerk zusammengeschlossen.

Das Zentrum für Kardiologie steht insbesondere für innovative diagnostische und therapeutische Ansätze, telemedizinische Anwendungen und modernste minimalinvasive Verfahren. Eine wesentliche Erfolgskomponente ist hierbei die enge Zusammenarbeit mit Partnern im ambulanten wie auch im universitären Bereich.

Das Zentrum soll eine gemeinsame Plattform bieten, um bestehende Leistungen standardisiert auszubauen und neue Möglichkeiten fachübergreifend und intersektoral zu etablieren. Die nächsten Ziele des Zentrums sind vor allem durch die zunehmende Digitalisierung und Technisierung im Gesundheitswesen geprägt. Neben der Kardiologie des Klinikums Coburg umfasst das neu gegründete REGIOMED Zentrum für Kardiologie die Kardiologischen Abteilungen aus Hildburghausen, Lichtenfels und Sonneberg sowie weitere Abteilungen des REGIOMED-Verbandes. Als externe Partner konnten einige regionale kardiologische Fachpraxen sowie herzchirurgische Abteilungen gewonnen werden.

Geriatrische Rehabilitation gegründet

Vor rund zwei Jahren wurde aus medizinischer Kompetenz und dem standortübergreifenden Netzwerk des REGIOMED Zentrums für Altersmedizin die Geriatrische Rehabilitation am REGIOMED Klinikum Neustadt gegründet – in einer Zeit, in der die erste Corona-Welle auch über Deutschland hereinbrach. Mit Mut, Geschick und Qualität konnte seither der Fachbereich am Standort nach und nach ausgebaut werden. Seit der Gründung konnten mehr als 850 Patientinnen und Patienten behandelt werden. Durch die Nähe zur Orthopädie und Unfallchirurgie in Neustadt ist die Geriatrische Rehabilitation besonders auf die Rehabilitation geriatrischer Patienten nach großen unfallchirurgischen und orthopädischen Operationen eingestellt. Hinzu kommen Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen sowie neurologischen Grunderkrankungen.

Skills Lab für Medizinstudierende

REGIOMED hat es sich seit 2016 zur Aufgabe gemacht, künftige Medizinerinnen und Mediziner auszubilden, um die medizinische Versorgung in unserer ländlichen Region auch in Zukunft sicherzustellen. Die Pioniere des Studiengangs beenden bald das Studium.

Durch die Etablierung der Medical School REGIOMED GmbH sind die Kliniken zukünftig in der Lage, ihren Bedarf an ärztlichem Personal zielgerichteter zu decken. Zudem wird eine bedarfsgerechte Ausbildung ermöglicht, was zu Qualitätssteigerungen der medizinischen Versorgung beitragen soll. In diesem Jahr werden die ersten Studierenden ihr Studium beenden und die weitere Facharztqualifikation anstreben. Ein großer Teil der Absolventen hat sich inzwischen für den Verbleib bei REGIOMED und damit für den Verbleib in der Region entschieden.

Die angehenden Medizinerinnen und Mediziner werden bei REGIOMED in Zusammenarbeit mit der staatlichen Universität Split ausgebildet. Drei Jahre erfolgt die Ausbildung in medizinischen Grundlagen in Split, weitere drei Jahre sind die Studierenden in den REGIOMED-Einrichtungen zur Praxislehre.

Um den Studierenden die Ausbildungsinhalte noch besser vermitteln zu können errichtet die Medical School ein Skills Lab. Es bietet die Möglichkeit, unter der fachkundigen Anleitung von Dozentinnen und Dozenten praktische ärztliche Erfahrungen zu sammeln, Fertigkeiten verschie-



REGIOMED-KLINIKEN GmbH

Die REGIOMED-KLINIKEN GmbH ist der erste kommunale bundeslandübergreifende Klinikverbund in Oberfranken und Südthüringen. Zum Verbund der REGIOMED-KLINIKEN gehören Einrichtungen an insgesamt 16 Standorten, fünf Akutkliniken an sechs Standorten, eine Rehaklinik, eine Schmerztagesklinik, Geriatriische Rehabilitation an vier Standorten, Medizinische Versorgungszentren an 16 Standorten, vier Hubschrauberlandeplätze, bodengebundener Rettungsdienst im Landkreis Sonneberg/Hildburghausen, fünf Seniorenzentren und zwei Heime für psychisch betroffene Menschen, eine Servicegesellschaft, die Medical School REGIOMED+REGIOMED Akademie. Insgesamt werden 5.200 Mitarbeiter beschäftigt, die rund 53.000 stationäre und 243.250 ambulante Patientinnen und Patienten sowie 500 Senioren und behinderte Menschen im Jahr versorgen und behandeln. Jährlich werden rund 2.300 Kinder in den Kliniken geboren. Im Einzugsgebiet leben rund 350.000 Menschen.

denster Fachrichtungen zu erlernen und spezifische Fertigkeiten festigen zu können. Dafür werden Modelle und Simulationstrainer eingesetzt, damit die Studierenden risikofrei diverse Fallbehandlungen trainieren können.

„da Vinci“ System in Coburg

Ende Mai dieses Jahres erfolgte die Anlieferung des neuen Operationssystems „da Vinci xi“. Die Anwendung des Roboter-assistierte Chirurgie Systems der Firma Intuitive Surgical bedeutet für den REGIOMED-KLINIKEN Verbund am Standort Coburg einen erheblichen Mehrwert für die Patientinnen und Patienten. Schnellere Wundheilung, geringer Blutverlust und kaum sichtbare äußere Schnittwunden sind neben der einzigartigen Bewegungsfreiheit für die Operateure die großen Vorteile dieses modernen Operationssystems

Auch im Sanierungsfall müssen Investitionen zur Zukunftsgestaltung und Entscheidungen zur medizinischen Strategie getroffen werden. Man kann davon ausgehen, dass die Robotik die chirurgische Medizin in den nächsten Jahren extrem

prägen wird. Diese neuen Techniken können langfristig über den Fortbestand von einzelnen Kliniken entscheiden.

Telemedizin auf der Intensivstation

Bereits seit dem Jahr 2020 arbeitet das REGIOMED-Klinikum Sonneberg als eines der ersten Häuser Thüringens mit Telemedizin auf der Intensivstation im Verbund mit dem Universitätsklinikum Jena. In den zurückliegenden zwei Jahren, während der Covid-19-Pandemie, hat sich die Technik als Mittel der Wahl im Sinne einer zielgerichteten Kommunikation zur Behandlung und nötigenfalls auch Verlegung von Patienten bewährt. Mehrere Patienten konnten im REGIOMED-Klinikum Sonneberg aufgenommen und bei Lungenversagen mit einer ECMO versorgt werden.

Nach einer telemedizinischen Vorstellung konnten die Patienten nach Jena verlegt werden, wo die Kolleginnen und Kollegen bereits bestens über deren Zustand informiert waren und sie direkt entsprechend der Möglichkeiten des Universitätsklinikums weiter behandeln konnten. Die enge Kooperation zwischen dem Team der Sonneberger Intensivstation mit den Kollegen des Universitätsklinikums Jena wurde in den vergangenen zwei Jahren nicht zuletzt aufgrund der Einführung der Telemedizin weiter vertieft und ist zwischenzeitlich ein fester Bestandteil der Therapiestrategien und der Versorgung von lebensgefährlich erkrankten Patienten geworden.



Das neue Operationssystem „da Vinci xi“ bedeutet einen erheblichen Mehrwert für die Patientinnen und Patienten: die erste OP mit dem modernen Operationssystem.

Standortübergreifende Frauenklinik in Weiden und Tirschenreuth

VERSTÄRKTE DURCHFÜHRUNG VON AMBULANTEN GYNÄKOLOGISCHEN OPERATIONEN AM KRANKENHAUS TIRSCHENREUTH

Die Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe am Klinikum Weiden und am Krankenhaus Tirschenreuth agieren seit dem Frühjahr als gemeinsame Frauenklinik Weiden/Tirschenreuth unter der Leitung von Chefarzt Dr. Bernd Hornbacher. Damit sind nicht nur weiterhin Geburten am Krankenhaus Tirschenreuth möglich – zukünftig werden dort auch verstärkt ambulante gynäkologische Operationen durchgeführt. Das ärztliche Personal wird dabei zwischen den Standorten rotieren.

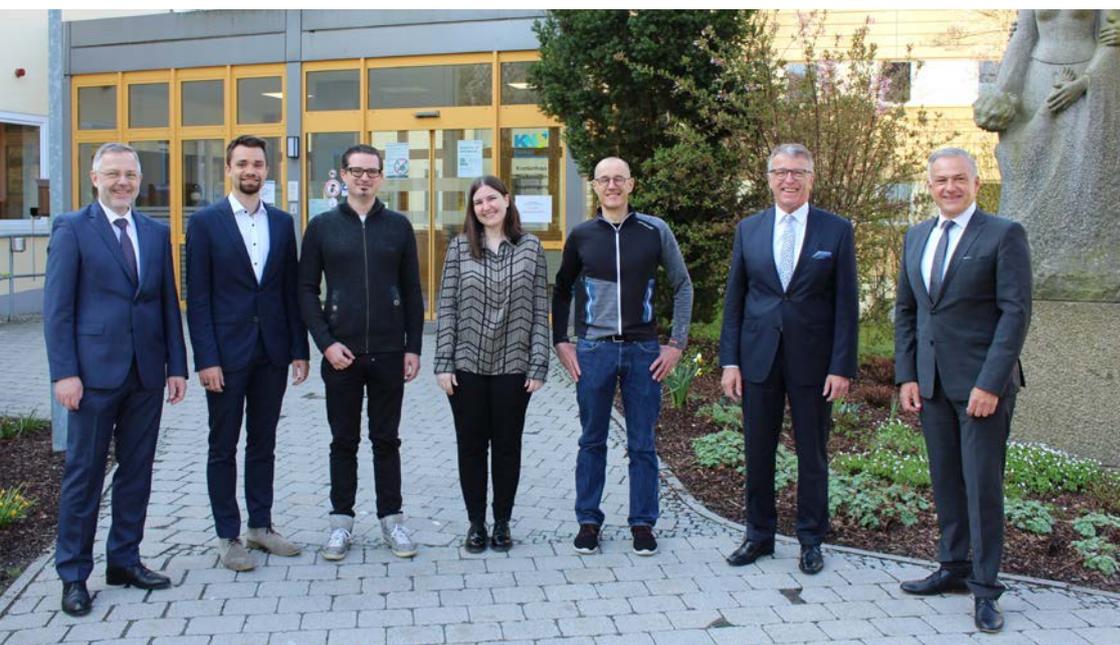
Durch die noch stärkere Verzahnung der Frauenkliniken wird die Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus Tirschenreuth und dem Klinikum Weiden weiter ausgebaut. „Wir freuen uns sehr, dass wir auch in der Frauenklinik dieses Modell umsetzen können, das sich in der Allgemeinchirurgie oder Unfallchirurgie bereits seit längerer Zeit bewährt hat und viele Vorteile mit sich bringt. Durch diese standortübergreifende Versorgung können wir die medizinische Qua-

lität eines Schwerpunktversorgers auch in der Grund- und Regelversorgung anbieten“, erklärt Michael Hoffmann, Vorstand der Kliniken Nordoberpfalz.

AN BEIDEN STANDORTEN TÄTIG

Alle Ärztinnen und Ärzte der Frauenklinik werden dabei rotieren und an beiden Standorten tätig werden. „Mit diesem Rotationsmodell bieten wir unseren Patientinnen eine optimale Behandlung, sowohl am Klinikum Weiden als auch am Krankenhaus Tirschenreuth. Durch die Rotation stärken wir zudem unsere Attraktivität für angehende Ärzte, da wir somit eine umfangreiche Weiterbildung bieten können“, so Dr. Bernd Hornbacher, Chefarzt der standortübergreifenden Frauenklinik.

Weiter gestärkt werden soll die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Gynäkologen. Im MVZ Gynäkologie können die Patientinnen



Die Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe am Klinikum Weiden und am Krankenhaus Tirschenreuth agieren als gemeinsame Frauenklinik Weiden/Tirschenreuth.



Kliniken Nordoberpfalz AG

Die Kliniken Nordoberpfalz AG wurde im Jahr 2006 gegründet und hat sich in den vergangenen Jahren zum wichtigsten Gesundheitsdienstleister der nördlichen Oberpfalz entwickelt. Mit rund 100.000 Patienten pro Jahr ist der Klinikverbund damit ein unverzichtbarer Bestandteil in der Region für die umfassende und wohnortnahe medizinische Versorgung aus einer Hand. Mit drei Akutkrankenhäusern in Kemnath, Tirschenreuth und Weiden, einer Klinik für Geriatrische Rehabilitation in Erbdorf, einer Pflegeeinrichtung und einem großen Medizinischen Versorgungszentrum mit mehreren Praxen bietet der Klinikverbund ein breites Spektrum für die gesamte Familie. Durch die fächerübergreifende Vielfalt des medizinischen Fachangebots ist die Kliniken Nordoberpfalz AG als „ein Haus mit vielen Türen“ Garant für eine optimale Versorgung der Patienten in der nördlichen Oberpfalz – sei es ambulant oder in der stationären Grund-, Regel- und Schwerpunktversorgung.

durch Ärzte des Krankenhauses weiterhin ambulant behandelt werden.

Zukünftig werden auch verstärkt ambulante Operationen aus dem Bereich der Gynäkologie am Krankenhaus Tirschenreuth durchgeführt. Die Operationen erfolgen durch das gleiche Personal, das Patientinnen vom Klinikum Weiden kennen. „Am Klinikum Weiden sind die operativen Kapazitäten begrenzt, zeitgleich steigt der Bedarf an. Die Voraussetzungen für ambulante Operationen sind in Tirschenreuth optimal. Wir sind sehr froh, unseren Patientinnen diese Möglichkeit anbieten zu können. Für sie ändert sich nichts, abgesehen von der Anfahrt am Tag der Operation. Statt nach Weiden fahren sie nun eben an das Krankenhaus Tirschenreuth“, erläutert Dr. Bernd Hornbacher. Aufnahme, Untersuchung und Vorbereitung für die Operation erfolgen weiterhin in Weiden. „Die Narkoseaufklärung erfolgt vorab telefonisch und am OP-Tag persönlich durch das Anästhesieteam am Krankenhaus Tirschenreuth“, erklärt Krankenhausleiter Timo Sonntag.

Mittelfristig soll auch ein Teil der stationären Eingriffe am Krankenhaus Tirschenreuth durchgeführt werden. Onkologische Eingriffe werden weiter am Klinikum Weiden vorgenommen, da hier die Versorgung im Rahmen des Onkologischen Zentrums Nordoberpfalz mit onkologischer Fachpflege, Psychoonkologie und weiteren nachgelagerten Behandlungs- und Betreuungs-

möglichkeiten gegeben ist. „Durch die verstärkte Durchführung ambulanter Operationen wollen wir die gynäkologische Onkologie am Klinikum Weiden weiter ausbauen, wo wir beste Bedingungen für die Betreuung und Behandlung onkologischer Patientinnen und Patienten haben“, so KNO-Vorstand Michael Hoffmann.

VON GROSSER BEDEUTUNG, DASS IM LANDKREIS WEITER GEBURTEN MÖGLICH SIND

Die neue Aufstellung der Gynäkologie und Geburtshilfe durch eine standortübergreifende Frauenklinik bedeutet also nicht nur ein engeres Zusammenrücken zwischen beiden Standorten der KNO. Landrat Roland Grillmeier zeigte sich hoch erfreut über die gefundene Lösung und bedankte sich auch im Namen des Kreistages, wo dieses Thema immer wieder angesprochen wird. „Es ist für uns alle von großer Bedeutung, dass im Krankenhaus Tirschenreuth und damit im Landkreis weiter Geburten möglich sind.“ Aufgrund der steigenden Geburtenzahlen sei es von großer Bedeutung, dass dies weiter möglich sei.

Auch Tirschenreuths Bürgermeister Franz Stahl zeigte sich glücklich über die Entwicklung. Er verwies auch auf die finanzielle Absicherung der Geburtshilfe durch den Landkreis und insbesondere durch die Stadt Tirschenreuth.

Nicht passiv sein, sondern das Schicksal aktiv gestalten

MIT DER DGD-STIFTUNG ALS NEUEM TRÄGER DER PARACELTUS KLINIK HEMER WERDEN GESUNDHEITSSTANDORT UND ARBEITSPLÄTZE GESICHERT

Eine gute wohnortnahe Notfall- sowie Grund- und Regelversorgung sicherstellen und gleichzeitig die Spezialisierung insbesondere im Bereich der Lunge weiter ausbauen – mit diesem Ziel wollen sich die Paracelsus Klinik Hemer und die DGD Lungenklinik Hemer zusammenschließen. Der Trägerwechsel der Paracelsus Klinik Hemer von den Paracelsus Kliniken Deutschland zur DGD GmbH im Unternehmensverbund der DGD-Stiftung soll, vorbehaltlich der Zustimmung kartellrechtlicher und behördlicher Gremien, rückwirkend zum 1. Januar 2022 erfolgen.

Das Vorhaben: In Hemer soll, unter dem Dach der DGD Lungenklinik Hemer, ein Krankenhaus mit zwei Standorten entstehen. Die Beteiligten sind überzeugt, dass die Integration der Paracelsus Klinik Hemer in den Verbund der DGD-Stiftung nicht allein organisatorische Vorteile bietet, sondern insgesamt die regionale Patientenversorgung zukunftsicher aufstellen wird und den Krankenhausstandort Hemer mit 800 Arbeitsplätzen wirtschaftlich sichert. Dazu soll das medizinische Angebot ausgebaut werden sowie eine Modernisierung der bestehenden Strukturen und eine konzeptionelle Neuorientierung erfolgen.



Paracelsus Klinik Hemer

Die Paracelsus Klinik Hemer ist ein vom Versorgungsangebot her breit aufgestelltes Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 134 Betten im Märkischen Kreis des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen. Die Klinik beschäftigt ca. 250 Mitarbeitende. Sie gehört zu den Paracelsus Kliniken, die mit 37 Einrichtungen zu den großen Klinikträgern in Deutschland zählen.

„Unsere Branche verändert sich derzeit massiv. Und sie wird sich durch Ambulantisierung, Digitalisierung und Spezialisierung weiter verändern“, sagte Dr. Dr. Martin Siebert, Vorsitzender der Geschäftsführung der Paracelsus Kliniken Deutschland. Zudem habe die Corona-Pandemie vieles in Bewegung gebracht; gut beraten sei, wer diese Belastungen nicht nur passiv ertrage, sondern sein Schicksal aktiv gestalte.

Hubertus Jaeger, Kaufmännischer Vorstand der DGD-Stiftung, ergänzt: „Starke Partner, die regional eng verbunden sind und deren Leistungen sich sinnvoll ergänzen, können auf einem gemeinsamen Weg mehr schaffen als jede einzelne Einrichtung für sich.“ Die DGD Lungenklinik Hemer – ein Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie – und die Paracelsus Klinik Hemer – ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung – stellen ideale Partner dar, um eine bestmögliche Patientenversorgung auch in Zukunft zu gewährleisten.

„Wir wollen mit dem Zusammenschluss eine wohnortnahe Notfall- sowie Grund- und Regelversorgung sicherstellen. Spezialisierte Bereiche, insbesondere im Bereich Lunge, werden wir weiter ausbauen und durch ausgewählte Versorgungsangebote, wie zum Beispiel in der Frührehabilitation und Palliativmedizin, ergänzen“, erklärt Dr. Claudia Fremder, Fachlicher Vorstand der DGD-Stiftung. Die Wechselwirkung zwischen Grund- und Spezialversorgung werde zu einem qualitativen Zugewinn führen.

„Notwendige Veränderungen werden dabei mit Augenmaß erfolgen“, sagt Torsten Schulte, Krankenhausdirektor der DGD Lungenklinik Hemer. „Aber Veränderungen sind zugleich eine gute Gelegenheit, sich aktiv am Prozess der Modernisierung und Zukunftssicherung zu beteiligen. Hierfür wird grundsätzlich jeder Mitarbeitende auch zukünftig gebraucht.“

(v. l.): Bürgermeister Christian Schweitzer, Arne Hermann Stopsack (FDP), Sven Frohwein (1. Beigeordneter und Kämmerer), Barbara Bieding (Klinikmanagerin Paracelsus Klinik Hemer), Dr. Dr. Martin F. Siebert (Vorsitzender der Geschäftsführung der Paracelsus Kliniken Deutschland), Guido Büchner (UWG), Hubertus Jaeger (Vorstand DGD-Stiftung), Bernhard Camminadi (SPD), Dr. Claudia Fremder (Vorstand DGD-Stiftung), Martin Gropengießer (CDU), PD Dr. Michael Westhoff (Ärztlicher Direktor DGD Lungenklinik Hemer), Niclas Münzer (DIE Linke), Torsten Schulte (Kaufmännischer Direktor DGD Lungenklinik Hemer) und Ursula Hüttemeister-Hülsebusch (GAH).



Die Stadt Hemer, die bei dem Vorhaben ein Mitspracherecht hat, hat in der Sitzung des Haupt- und Finanzausschusses vom 14. Juni dem Vorhaben eine Empfehlung ausgesprochen. Nun müssen noch die Kommunalaufsicht und der Rat der Stadt Hemer zustimmen.

DER STANDORT WIRD GESTÄRKT

„Die Aufrechterhaltung des Gesundheitsstandortes Hemer, die Sicherung attraktiver Arbeitsplätze sowie das durch Versorgungsansprüche von Klinikmitarbeitenden vorhandene finanzielle Risiko für den städtischen Haushalt beherrschbar zu halten, waren und bleiben die wichtigsten Aufgaben der Hemeraner Politik und Verwaltung“, hoben Bürgermeister Christian Schweitzer, der Erste Beigeordnete und Kämmerer Sven Frohwein sowie die Fraktionsvorsitzenden der im Stadtparlament vertretenden Parteien unisono hervor. Mehr noch: „Mit Weitsicht wird eine Krankenhausschließung nicht nur vermieden, sondern der Standort durch diese Kooperation langfristig sogar gestärkt.“

Barbara Bieding, Klinikmanagerin der Paracelsus Klinik Hemer, und Torsten Schulte, Kaufmännischer Direktor der DGD Lungenklinik Hemer, erläutern das geplante Konzept:

Die DGD Lungenklinik Hemer wird unverändert ihre Aufgaben als überregionales Kompetenzzentrum und zertifiziertes Lungenkrebszentrum im Interesse einer bestmöglichen Patientenversorgung wahrnehmen.

Das Akutkrankenhaus wird weiterhin eine sichere, jederzeit erreichbare, wohnortnahe Grund- und Regelversorgung in ihrem wie bisher umfassenden Leistungsspektrum abdecken,

insbesondere die stationäre und die Notfallversorgung – und zwar „rund um die Uhr“.

In einer gemeinsamen medizinischen Struktur werden die Einrichtungen ihre Angebote zu einem integrierten Versorgungskonzept weiterentwickeln, was eine qualitative Verbesserung und eine funktionale Aufwertung zur Folge haben wird.

Es ist das Ziel, insbesondere auch spezialisierte pneumologische Leistungen weiter auszubauen und durch ausgewählte Versorgungsangebote, z. B. in der Frührehabilitation und Palliativmedizin, zu ergänzen.

DGD Lungenklinik Hemer

Die DGD Lungenklinik Hemer ist ein anerkanntes und mehrfach zertifiziertes Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie, Strahlentherapie, Radiologie, sowie Anästhesiologie/operative Intensivmedizin mit insgesamt 223 Betten. In enger Verzahnung der einzelnen Fachdisziplinen und täglichen Tumor-/Fallkonferenzen werden jährlich rund 8.500 Patienten stationär behandelt. Die Einrichtung beschäftigt rund 500 Mitarbeitende und wurde mehrfach als familienfreundliches Unternehmen ausgezeichnet. Sie gehört zur DGD-Stiftung, einem Verbund diakonischer Gesundheitseinrichtungen. In Deutschland gehören dazu Krankenhäuser, Rehakliniken, Medizinische Versorgungszentren, Senioreneinrichtungen und Pflegeschulen.





Das Kreiskrankenhaus mit
der 2018 neu gebauten
Krankenpflegeschule

Wichtiger Ankerpunkt für die medizinische Versorgung

LANDKREIS UND KREISKRANKENHAUS FRANKENBERG ERARBEITEN ZUKUNFTSKONZEPT FÜR IHRE KLINIK

Ob Digitalisierung, Corona, Finanzierung oder der demografische Wandel: die Gesundheitsversorgung steht bundesweit vor einem Strukturwandel, der viele Herausforderungen – gerade für kleinere Kliniken im ländlichen Raum – mit sich bringt. Daher möchten der Landkreis Waldeck-Frankenberg und das Kreiskrankenhaus Frankenberg dieses Thema neu denken – und werden in den kommenden Monaten gemeinsam mit einem externen Partner ein Zukunftskonzept für die Klinik im Südkreis erarbeiten.

Ziel ist es, die neuen Anforderungen an die Gesundheitsversorgung als Ganzes zu betrachten und die Strukturen dahingehend zu erneuern und zu verbessern. Die Angebote sollen künftig gebündelt und zum Wohle der Patientinnen und Patienten neu ausgerichtet werden.

„Dabei setzen wir vor allem auf eine ganzheitliche Betrachtungsweise, die es uns erlaubt, Gesundheitsversorgung neu zu denken“, betont Landrat Jürgen van der Horst, der auch Aufsichtsratsvorsitzender des Kreiskrankenhauses

Frankenberg ist. Man wolle hier vor allem auch strategische Fragestellungen bewegen, die zukunftsfähig und nachhaltig sind. „Gemeinsam mit einem Planungsbüro werden wir daher in ein modernes Verfahren hineingehen – gemeinsam mit den Akteuren vor Ort“, ergänzt die Geschäftsführerin des Kreiskrankenhauses Margarete Janson. „Wir möchten hier alle Beteiligten eng mit einbeziehen, um in den Teams Prozesse gemeinsam zu durchdenken und neu zu entwickeln.“

KLINIK UND ALLE WEITEREN GESUNDHEITSSTRUKTUREN SOLLEN KLUG VERNETZT WERDEN

Laut Erstem Kreisbeigeordneten und Gesundheitsdezernenten Karl-Friedrich Frese möchten Landkreis und Kreiskrankenhaus die Klinik so gemeinsam zukunftsfähig machen. „Das Kreiskrankenhaus ist für die medizinische Versorgung im Südkreis ein wichtiger Ankerpunkt“, so Frese. „Wir möchten die Klinik und alle weiteren bestehenden Strukturen klug vernetzen – und so die medizinische Versorgung weiter stärken.“



Kreiskrankenhaus Frankenberg

Das Kreiskrankenhaus Frankenberg ist ein modernes Akutkrankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 223 Planbetten. Jährlich werden hier rund 30.000 Patienten ambulant und stationär behandelt. Das Krankenhaus verfügt über acht chefarztgeführte Kliniken, die interdisziplinär zusammenarbeiten. Mit seinem Schulzentrum für Pflegeberufe sorgt das Kreiskrankenhaus für Ausbildungen in verschiedenen Heilberufen. Das Kreiskrankenhaus ist seit 2003 akademisches Lehrkrankenhaus der Philipps-Universität Marburg und bietet mit dieser Partnerschaft eine kontinuierliche Anpassung der medizinischen Qualität an den aktuellen Wissensstand.

Für das Kreiskrankenhaus selbst könnten in diesem Zusammenhang auch bauliche Veränderungen eintreten. Denn: Mit dem medizinischen Versorgungsangebot sind in den vergangenen Jahren vor allem auch die Gebäudestrukturen des Hauses mitgewachsen. Nicht alle Gegebenheiten entsprechen den modernsten Standards. Im Rahmen des Zukunftskonzeptes werden daher auch alle baulichen Möglichkeiten am Standort ausgelotet.

Analysiert werden sollen dabei nicht nur die räumlichen Strukturen der Klinik und die Bausubstanz der Gebäude, sondern auch die Anforderungen an den Brandschutz sowie nachhaltige und umweltfreundliche Energiekonzepte. Auch organisatorische und logistische Abläufe werden auf dem Prüfstand stehen, um die Pro-

zesse stetig zu verbessern. Dabei sollen auch die Potenziale der Digitalisierung gezielt genutzt werden. Zudem soll das Haus möglichst vollumfänglich barrierefrei gestaltet werden.

Dabei werden sich Landkreis und Kreiskrankenhaus nicht davor scheuen, entsprechende Investitionen in die Hand zu nehmen. Erwartet wird aber auch, dass sich Bund und Land an der Finanzierung der stationären Versorgung im ländlichen Raum beteiligen werden. Jürgen van der Horst, Karl-Friedrich Frese und Margarete Janson betonen: Wir werden hier als Team an einem Strang ziehen, um die Klinik fit für die Zukunft zu machen und die gesundheitliche Versorgung bestmöglich zu bündeln, um sie an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in Waldeck-Frankenberg auszurichten.



Ambulante
Versorgung

AMBULANTISIERUNG - KOMPLEXE HERAUSFORDERUNGEN

**Zieldefinition notwendig
Ambulant-stationär integriert
Hoffnungen und Befürchtungen
Zukunftsstrategie notwendig
Sektorenübergreifende Zusammenarbeit
Zentrale Steuerungsfunktion**

Ambulantisierung - das Durcheinander muss geordnet werden

DAS ZIEL IST IM SINNE DER PATIENTEN UND DER VERSICHERTEN ZU DEFINIEREN

Mehr ambulant statt stationär behandeln – eine Aufforderung, die wir in den Krankenhäusern schon seit vielen Jahren immer wieder hören. Und geht es nicht – schon der Not gehorchend – hier stetig voran? Immer mehr Leistungen erbringen die Krankenhäuser ambulant. Im Grunde vor allem auch dem Ärztemangel im niedergelassenen Bereich geschuldet, der trotz durchaus steigender Ärztezahlen den Mangel bisher nicht beheben konnte und absehbar auch nicht beheben wird. Doch das ist es nicht, was oft unter Ambulantisierung verstanden wird. Um was geht es eigentlich?

Hier geht etliches inzwischen durcheinander. Dieses „ambulant vor stationär“, diese Kompensation der Lücken im KV-System – das ist es nicht, was Politik, Krankenkassen, eine ganze Reihe von Gesundheitsökonominnen unter dem Schlagwort „Ambulantisierung“ verstehen. Ist es dagegen das, was die Deutsche Krankenhausgesellschaft darunter versteht? Was ambulante Operateure befürchten? Wie sehen wir als Verband der Krankenhausdirektoren dieses Thema? Übergeordnet wird dem Thema gern auch ebenfalls seit Jahren von Politikern, Kassenvertretern, Gesundheitsökonominnen regelmäßig die Forderung nach sektorenübergreifender Versorgung. Es kommen die ambulanten Notaufnahmen ins Spiel. Es ist also ein sehr komplexes Thema, das nicht nur die bessere Versorgung der Patienten beinhaltet, sondern auch Wettbewerbs-, Konkurrenz- und natürlich Finanzierungsfragen. Wie kann man auf einen gemeinsamen Nenner kommen?

„Ambulant vor stationär“ ist seit langem ein Ziel der Gesundheitspolitik, die damit auch eine Versorgung verbindet, die kostengünstiger erfolgen kann, verbunden mit einer finanziellen

Entlastung der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Die Ambulantisierung kommt seit einiger Zeit als neues Thema mit ähnlichem Ziel hinzu. Die Interessen der in diesen gewünschten Prozess eingebundenen Beteiligten unterscheiden sich allerdings deutlich und führen damit auch zu unterschiedlichen Umsetzungsvorstellungen. Das betrifft neben den Krankenkassen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Letzteren geht es dabei natürlich auch um Budgetanteile. Die Krankenhäuser befürchten erhebliche Deckungslücken, da bereits heute ihre ambulanten Leistungen nicht adäquat vergütet werden. Die Träger mahnen hier in der Diskussion um die künftige Vergütung eine Kompensation an. Die Vertreter der Kassenärzte befürchten ihrerseits eine Ausweitung der ambulanten Versorgung durch die Krankenhäuser, die sich nicht nur auf die bisher stationär erbrachten Fälle beziehen könnte – dies in dem sicheren Wissen, dass ihre Vertragsärzte ehemals stationär behandelte Patienten aus den Kliniken aus Kapazitätsgründen gar nicht selbst übernehmen könnten.

Die Ampelregierung will, so schrieb sie in ihrem Koalitionsvertrag, die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung reformieren. Sie meint damit mehr Durchlässigkeit, bessere Versorgung für die Patienten, Behandlungsketten ohne Brüche. Kein leichtes Vorhaben. Hier kommen sie wieder – die Sektorengrenzen, die seit Jahrzehnten kaum zu wanken scheinen. Die seit den dreißiger Jahren des vorigen Jahrhunderts bestehende Trennung scheint fest gefügt. „Aufbruchsversuche“ vor einigen Jahren, wie die Ambulante spezialfachärztliche Versorgung, konnten sich als dritter Sektor bisher auch wegen des überkomplizierten Verfahrens für Kliniken, die daran teilnehmen wollten, nicht wirklich als



Lösungsmöglichkeit etablieren. Wobei: Ein dritter Sektor ist ja per se bereits im Grunde von der Anlage her zum Scheitern verurteilt, wenn es um die Auflösung der Sektorengrenzen gehen soll. Wir hätten dann nicht nur eine Grenze, sondern bekämen zwei.

DIE GRÜNDE FÜR „AMBULANT VOR STATIONÄR“

Es gab und gibt nicht nur den einen Grund für die politische Forderung „ambulant vor stationär“, die immer wieder und immer stärker erhoben wurde und wird. Sicher war es die demografische Entwicklung, die Zunahme chronischer Erkrankungen, die primär ambulant behandelt werden konnten. Es war der medizinische und technische Fortschritt, der mehr ambulante Behandlungen ermöglichte. Es waren aber ganz ohne Frage auch die erwarteten erheblichen ökonomische Aspekte, die ambulante Behandlungen als preiswerter erscheinen ließen als die stationäre Versorgung.

Was aktuell unter Ambulantisierung verstanden wird – und was auch vor allem die Krankenkassen fordern – ist aber mehr als das, was Kliniken heute schon ambulant tun. Bisher stationär erbrachte Leistungen sollen künftig ambulant erbracht werden. Die AOK nennt diese Leistungen in ihrem Positionspapier nebenbei bemerkt „unnötig“ stationär erbracht, was bereits wie eine Art Drohung klingt.

AMBULANT-KLINISCH INTEGRIERT

In welchem Bereich diese dann neuen ambulanten Leistungen erbracht werden sollten, ist

für den VKD klar. Es sind die Krankenhäuser. Der VKD versteht unter Ambulantisierung ambulant-klinisch integrierte Leistungen. Sie sollten damit als Teil der ambulanten Leistungen der Krankenhäuser insgesamt gesehen werden. Ambulantisierung für sich zu betrachten, ist zu kurz gedacht. Sie ist Teil des komplexen Versorgungsgeschehens „ambulant vor stationär“ im Krankenhaus. Sie gehört nicht zu den ambulanten Leistungen von niedergelassenen Ärzten im KV-Bereich.

**“
Es ist ein sehr komplexes Thema,
das nicht nur die bessere Versorgung der
Patienten beinhaltet, sondern auch
Wettbewerbs-, Konkurrenz- und natürlich
Finanzierungsfragen.
“**

Sie gehört zu dem, was Krankenhäuser heute und künftig ambulant leisten müssen. Dazu zählt die Kompensation der Lücken im niedergelassenen Bereich und in der Notfallversorgung. Dazu gehört das ambulante Operieren durch Krankenhäuser, das von niedergelassenen Operateuren aus Konkurrenzgründen kritisiert wird, aber von diesen aus verschiedensten Gründen nicht kompensiert werden könnte. Wir wollen auch den Rettungsdienst nicht vergessen, der zum Teil von Klinikärzten geleistet wird, dessen Hubschrauber neben und auf den Krankenhäusern landen. Das alles muss zusammengedacht werden – Strukturen, Personal, Qualitätssicherung, Finanzierung. Derzeit sind wir noch bei einem sehr verengten Fokus auf das ambulante Leistungsgeschehen im Krankenhaus. Alle diese ambulanten Leistungen müssen zusammenge-

**“
*Ambulantisierung für sich
zu betrachten, ist zu kurz gedacht.
Sie ist Teil des komplexen
Versorgungsgeschehens
„ambulant vor stationär“
im Krankenhaus.*
“**

dacht, geplant und finanziert werden, denn die Entscheidungen für den einen Leistungsbereich werden sich vermutlich auch auf die anderen auswirken.

WER PROFITIERT DERZEIT, WER VERLIERT?

Die Zersplitterung der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung und die daraus resultierenden Mängel zeigen sich in vielen Bereichen. Wer profitiert, wer verliert vom jetzigen auch politisch verursachten Durcheinander zwischen ambulant und stationär? Hier Beispiele aus dem wahren Leben:

Für die hausärztliche und ambulant fachärztliche Versorgung sowie die ambulante Notfallversorgung sind nach Paragraph 75 SGB V die Kassenärzte zuständig. Sie haben hier den Sicherstellungsauftrag. Seit dem 1. Januar 2020 müssen Terminservicestellen rund um die Uhr erreichbar sein. Diese haben innerhalb von einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leis-

tungserbringer zu vermitteln. Gelingt dies nicht, hat die Terminservicestelle einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus „anzubieten“. Zum Mitschreiben: Im Gesetz heißt es nicht, dass das Krankenhaus einen Termin anbietet. Die Kassenärztliche Vereinigung bietet die Krankenhausleistung an. Es gelten im Krankenhaus also für die ambulante Behandlung die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. Irritierend ist neben dieser absurden Regelung auch die Tatsache, dass es auf Landes- und Bundesebene natürlich Vertreter der Kliniken in der Selbstverwaltung gibt, von denen dies offensichtlich mitgetragen wurde/wird.

Wollte man den Versorgungsprozess für viele Patienten vereinfachen, gäbe es eine einfache Lösung: Der Patient kontaktiert das Krankenhaus, wird behandelt und das Krankenhaus rechnet die Leistung direkt mit seiner Krankenkasse ab. Das erspart erheblichen und unnötigen Zusatzaufwand und Kosten durch Doppelleistungen und Doppelvorhaltungen. Den Vorschlag der DKG, mehr ärztliche Bereitschaftspraxen tagsüber an Krankenhäusern zu etablieren, hält das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) für nicht effizient. Stattdessen sollten die Notaufnahmen der Kliniken Patienten tagsüber an die Praxen weiterleiten, wenn dies medizinisch sinnvoll ist. Patientenorientierung? In der ambulanten Notfallversorgung ist es seit Jahren so, dass Patienten lieber längere Wartezeiten in Kauf nehmen und direkt ins Krankenhaus gehen. Die Sicherstellung liegt bei der KV. Jährlich werden rund zehn Millionen ambulante



Derzeit werden in den Krankenhäusern jährlich 10 Millionen ambulante Notfälle versorgt – mehr als im eigentlich zuständigen System der kassenärztlichen Versorgung. Hier wird auch entschieden, ob eine Klinik Patienten ambulant behandeln darf und welcher Arzt dies in welchem Umfang tun darf. Diese Zuständigkeit des KV-Systems für die ambulante Versorgung funktioniert aber bereits seit längerem nicht mehr. Sie geht zudem finanziell zu Lasten der Kliniken.

Nach Daten der Bundesärztekammer liegt der Anteil der über fünfzigjährigen niedergelassenen Ärzte an allen niedergelassenen Ärzten bei 79 Prozent. Die Kliniken haben den großen Vorteil, dass Medizinstudenten, PJ-Studenten, Assistenzärzte und junge Fachärzte zunächst im Krankenhaus praktisch ausgebildet und fortgebildet werden. Es ist fraglich, ob sie sich danach niederlassen wollen. Der Trend zeigt in eine andere Richtung.

Notfallpatienten in den Ambulanzen der Kliniken versorgt. In den Arzt- und Bereitschaftsdienstpraxen sind es neun Millionen.

Dieses „Überlaufsystem“ beschert den Krankenhäusern ein jährliches Defizit von insgesamt einer Milliarde Euro. Für die KVen und für die Krankenkassen ist es ein sehr gutes Geschäftsmodell, weil dadurch keine erhöhten Kosten für eine hinreichende Rund-um-die-Uhr-Vorhaltung in der ambulanten Notfallversorgung des KV-Systems erforderlich sind.



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

Von 2015 bis 2021 haben die Kliniken damit den Sicherstellungsauftrag der KVen mit schätzungsweise sieben Milliarden Euro finanziert. Dass weder Krankenkassen noch Kassenärztliche Vereinigungen daran etwas ändern möchten, ist verständlich. Würden sich die Kliniken hier der Patientenversorgung verweigern, hätten wir für rund zehn Millionen Menschen pro Jahr ein echtes Versorgungsproblem.

Hier liegt denn auch ein Knackpunkt des „ambulant vor stationär“, denn der Sicherstellungsauftrag für die Ambulante Notfallversorgung soll nicht nur bei den KVen verbleiben, sondern ihre Kompetenzen sollen laut den Entwürfen und Gedankenspielen zum Thema Notfallversorgung noch mehr ausgeweitet werden. Damit würden die Eingriffe der Kassenärztlichen Vereinigung in die Arbeit und die Finanzierung der Krankenhäuser weiter zunehmen. Wehret den Anfängen, können wir als VKD mit Blick auf die Ambulantisierung nur sagen.

VERKÜRZTER BLICK AUF DIE VERSORGUNG

Die Krankenkassen haben hier aus Sicht der Praxis aber auch in anderer Hinsicht einen sehr verkürzten Blick auf das ambulant-stationäre Versorgungsgeschehen. Derzeit – und sicher bis auf Weiteres – steht der Hausarzt für den Erstkontakt, der Radiologe für die erweiterte Diagnostik, der Facharzt für die fachärztliche Behandlung, die Apotheke für die Medikamente. Es ist quasi eine Reihe von medizinischen Tante-Emma-Läden. Wenn der Patient dann noch eine stationäre Behandlung braucht, sind mindestens fünf

verschiedene Anlaufstellen, Leistungsanbieter, Termine involviert. Ein hoher Aufwand an interdisziplinärer Zusammenarbeit, die – nebenbei – durchaus nicht immer gut funktioniert und Patienten genervt, frustriert, mit Schmerzen und hilflos alleine lässt. Das bekommen wir in der Praxis jedenfalls zunehmend häufiger zurückgespiegelt. Und dies ist auch der Grund, warum die Bevölkerung in einer Region sofort Alarm schlägt, wenn ein Krankenhaus geschlossen werden soll. Die Menschen haben aus Erfahrung Angst davor, dass die zur Not letzte Anlaufstelle in der Patientenversorgung wegfallen könnte.

Die demografische Alterung wird die Komplexität des Krankheitsgeschehens vor allem in den älteren Patientenjahrgängen weiter verstärken. Die Babyboomer steigen vermehrt auf in die behandlungsrelevanten Altersgruppen – mit dramatischen Folgen schon in den kommenden Jahren, wenn die Gesellschaft eine patientenorientierte Reform der Versorgungsstrukturen nicht hinbekommt. Die Bedeutung einer intersektoral und interdisziplinär integrierten Versorgungsstruktur am Krankenhaus wird daher weiter zunehmen.

„ In welchem Bereich diese dann neuen ambulanten Leistungen erbracht werden sollten, ist für den VKD klar. Es sind die Krankenhäuser. Der VKD versteht unter Ambulantisierung ambulant-klinisch integrierte Leistungen. „

Das Krankenhaus könnte, wenn der Gesetzgeber denn wollte, an einem Ort alles dafür bereitstellen, was die Patienten benötigen. An dieser Stelle böte sich als eine Option an, solche ambulant-stationären Strukturen in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten aufzubauen – wenn sie denn im Umfeld der Klinik noch praktizieren, was in ländlichen Regionen häufig schon nicht mehr der Fall ist. Von dieser Struktur zu trennen wäre allerdings die Regelungsebene der KVen, die ausschließlich für die ambulante kassenärztliche Versorgung zuständig bleiben sollte. Die klinisch-ambulante oder tagesklinische Ver-

“ Von 2015 bis 2021 haben die Kliniken den Sicherstellungsauftrag der KVen mit schätzungsweise sieben Milliarden Euro finanziert. Dass weder Krankenkassen noch Kassenärztliche Vereinigungen daran etwas ändern möchten, ist verständlich. “

sorgung gehört aus Sicht des VKD allein in die Regelungskompetenz der Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenkassen.

BEISPIEL DÄNEMARK?

Gern wird das dänische Gesundheitssystem immer wieder von Gesundheitsökonomien als Beispiel für Deutschland genannt. Die Entwicklung dort ist ohne Frage interessant. Mit erheblichen Fördermitteln und über viele Jahre seit 2007 wurden die Strukturen im Krankenhausbereich konzentriert. Die ambulanten und stationären Leistungen entwickelten sich dadurch nach oben. Die Zahl der stationären Patienten stieg von 2000 bis 2020 um rund 33 Prozent auf 1,5 Millionen. Dänemark hat rund 5,8 Millionen Einwohner. Die Hospitalisierungsrate beträgt

demnach knapp 26 Prozent – über der Rate in Deutschland (2019, 23 Prozent). Allerdings beträgt die Verweildauer nur 2,7 Tage, in Deutschland sind es 6 Tage (2019). Auffällig ist dabei aber, wie sich die Zahl der ambulant von Krankenhäusern behandelten Patienten entwickelt hat. Sie stieg nämlich von 4,4 auf 10,7 Millionen. Auf die Bevölkerung Deutschlands bezogen wäre dies ein Anstieg von heute 21 Millionen von Krankenhäusern ambulant behandelten Fällen auf 150 Millionen. Das dänische Beispiel zeigt eine hohe Integration von ambulanter und stationärer Versorgung. Die interdisziplinäre Integration brachte einen Schub für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Die Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt betragen in Dänemark 10 Prozent, in Deutschland 12 Prozent. Wir leisten uns mit der Sektorentrennung also ein System, das teuer und ineffizient ist. Ein wesentlicher Grund dürfte aus unserer Sicht die Interpretation des politischen Narrativs „ambulant vor stationär“ als „Kassenarzt vor Krankenhaus“ sein, was aber immer weniger funktioniert und nur dazu führt, dass unser Gesundheitssystem immer teurer und qualitativ immer schlechter wird.

Diese Erkenntnis spricht allerdings nicht für den oft geforderten Abbau von Betten, Abteilungen, Kliniken, sondern für planvolle, gut finanzierte Strukturveränderungen. Die Ambulantisierung gehört, wie es der VKD schon seit etlichen Jahren betont, als ein künftig wesentlicher Bereich des „ambulant vor stationär“ in den Krankenhäusern dazu.

WIE SOLLEN DIE AMBULANTEN LEISTUNGEN KÜNFTIG FINANZIERT WERDEN?

Grundsätzlich erwartet der VKD, dass diese Leistungen als originäre Krankenhausleistungen mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Es sollte also die Finanzierung eines eigenständigen ambulant-klinisch integrierten Krankenhausbereichs sein, der alle ambulanten Leistungen beinhaltet, nicht von der KV beeinflusst ist und mit dem EBM der Kassenärzte nichts zu tun hat.

Dafür ist es notwendig, dass wir die Sektorentrennung endlich hinter uns lassen und moderne Strukturen aufbauen, die sich an der Versorgungsrealität orientieren. Ein erster und sehr einfacher Schritt wäre, die Zuständigkeit für die ambulante Notfallversorgung den Krankenhäusern mit bestehenden Integrierten Not-



fallzentren nach G-BA-Vorgaben zu übertragen. Die Abrechnung der Leistungen muss mit den Krankenkassen erfolgen, von denen die vollständigen Kosten zu tragen sind. Die bisherigen Vorstellungen zur ambulanten Notfallversorgung, auch der unter dem vorherigen Bundesgesundheitsminister vorgelegte Entwurf, waren aus Sicht des VKD nicht zielführend und wenig praxistauglich. Auch das KV-System wäre angesichts des zunehmenden Ärztemangels dann von dieser Aufgabe entlastet.

Was immer jetzt an Vorschlägen zur Finanzierung der aus der stationären Versorgung herausgelösten ambulanten Leistungen vorliegt, sollte im Zusammenhang mit den übrigen ambulanten Leistungen der Krankenhäuser diskutiert werden – was viele niedergelassene Ärzte durchaus begrüßen würden, wenn auch nicht alle Funktionäre.

Dabei ist es natürlich auch an den Krankenhausunternehmen selbst, sich strategisch mit Blick auf die notwendigen und möglichen ambulanz-klinisch integrierten Leistungen einzustellen. Dem Krankenhaus-Rating-Report 2021 zufolge liegt der Anteil sogenannter ambulanzsensitiver Fälle an allen vollstationären Fällen bei etwa 6,2 bis 6,5 Prozent, das sind rund 1,2 Millionen Behandlungsfälle. Es geht hier – und auch das hat der VKD bereits mehrfach angemahnt – bei den künftigen ambulanz-stationär integrierten Leistungen um die Etablierung neuer Strukturen, die auch finanzieller Unterstützung bedürfen. Die Etablierung eines ambulanz-klinisch integrierten Bereichs im weitesten Sinne ist wesentlicher Teil der Strukturveränderungen, die notwendig sind, die aber aus den klammen Budgets der Krankenhäuser nicht mitfinanziert werden können.

„KALTE“ STRUKTURVERÄNDERUNGEN SCHADEN DER AMBULANTEN VERSORGUNG

Nicht vergessen werden darf, dass seit einigen Jahren eine fatale Entwicklung im Gange ist – eine Strukturbereinigung, die ungeplant, ungesteuert und für die Versorgung der Bevölkerung sowohl mit ambulanten als auch mit stationären Leistungen gefährlich ist. Wenn, wie es derzeit schon laufend geschieht, Kliniken aus dem Markt ausscheiden, wird es in zahlreichen, vor allem zunächst ländlichen Regionen weder ambulante noch stationäre Strukturen mehr geben – und damit auch keine ambulanz-stationär

integrierte Versorgung. Mit jedem Krankenhaus, das vom Netz geht, weil es wirtschaftlich nicht mehr bestehen kann, gehen auch Fachkräfte aus dem Beruf, fehlen auch Ausbildungsplätze in der Pflege und Fortbildungsmöglichkeiten für Ärzte, trocknet die Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung vor Ort aus.

WELCHES PRAXISTAUGLICHE ZIELBILD HABEN WIR?

Wenn schon Reform der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung, dann stellt sich doch die Frage, welches Zielbild aus Sicht der Patienten qualitativ das bessere und zugleich aus Sicht der Versicherten das kostengünstigere ist.

**„
Es sollte also die Finanzierung eines
eigenständigen ambulanz-klinisch integrierten
Krankenhausbereichs sein, der alle ambulanten
Leistungen beinhaltet, nicht von der KV
beeinflusst ist und mit dem EBM
der Kassenärzte nichts zu tun hat.
“**

Das Schlagwort von der sektorenübergreifenden Versorgung hört sich nur so lange gut an, wie es stabile Sektoren gibt. Das ist doch vielfach nicht mehr der Fall. Die Furcht, Krankenhäuser würden den niedergelassenen Ärzten Leistungen und vor allem wohl Geld wegnehmen, ist doch irrig, wenn die Löcher im niedergelassenen Versorgungsnetz immer größer werden.

Ob Politik, Gutachter, Gesetzgeber, Selbstverwaltung und am Ende auch die Leistungsträger der Patientenversorgung vor Ort in dieser Legislaturperiode mit all ihren aktuell und auch definitiv länger wirkenden Problemen eine Lösung schaffen, ist unter den derzeitigen Bedingungen skeptisch zu betrachten. Dennoch sollten wir mit einem praxistauglichen Zielbild beginnen, statt uns fortwährend am Klein-Klein abzuarbeiten, ohne uns von der Sektorentrennung zu verabschieden. Das ist, zugegeben, keine einfache Sache, wie die teils aggressiven Diskussionen zeigen, die längst begonnen haben.

Deutlich mehr Patienten als heute könnten in den Krankenhäusern tagesklinisch – und das bedeutet ambulanz – versorgt werden. Was steht gegen eine größere Öffnung? Es fehlt ein Gesetz, das den Patienten in den Mittelpunkt stellt.

Bisher stehen dort etablierte Interessen. Daraus resultieren teure Rücksichtnahmen. Wenn diese nicht zurückgestellt werden, wird die demografische Entwicklung in den nächsten zehn Jahren ein Umdenken erzwingen – die demografische Entwicklung bei den ambulant tätigen Ärzten.

WELCHE ANSÄTZE VERFOLGT DIE AMPELREGIERUNG LAUT KOALITIONSVERTRAG?

Für die Schnittstelle ambulant vor stationär gibt es bessere Ansätze als den in Deutschland praktizierten, an dem auch die Ampelregierung laut Koalitionsvertrag festhalten will. Sie will einen Aufbruch in eine moderne sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik. Eine sektorenübergreifende Versorgung wäre aber nicht wirklich eine moderne, zukunftsfeste Versorgung. Aus der maßgeblichen Sicht des Patienten sollte es überhaupt keine Sektoren mehr geben, die er überwinden muss, sondern eine ambulant-stationär integrierte Versorgung.

Auch über die Finanzierung der Ambulantisierung (die im Koalitionsvertrag übrigens auch „unnötig stationär erbracht“ gesehen wird), hat sich die Koalition Gedanken gemacht. Es soll zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRGs umgesetzt werden. Die ambulanten Leistungen und wer sie erbringen sollte, wird nicht konkretisiert. Auch hier geht es wieder um Sektorentrennung. Der VKD geht davon aus, dass sie besser ausschließlich ambulant vom Krankenhaus erbracht werden sollten. Notwendig wäre aber eine Zusammenführung ambulanter – bisher vor allem tagesklinischer – und stationärer Leistungen des Krankenhauses.

Sollte die Terminologie des Koalitionsvertrags allerdings darauf abzielen, künftig auch hier wieder die Kassenärztlichen Vereinigungen in die Kalkulation dieser angedachten DRGs mit einzubeziehen, ist dieser Plan zum Scheitern verurteilt. Die Situation der Patienten dürfte das eher nicht verbessern, wenn die Ambulantisierung – also die Behandlung bisher stationär erbrachter Leistungen - im System der Kassenärzte erfolgen soll. Warum, wurde bereits ausgeführt. Der VKD spricht sich seit längerer Zeit für eine Versorgungsplanung aus, die den stationären wie ambulanten Bereich einbezieht. Auch die Ampelkoalition will hier gemeinsam mit den Ländern eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung entwickeln. Hier gibt es einen Knackpunkt: Krankenhausplanung ist Länder-

sache, aber die Länder haben bisher keinen Spielraum, auch die Bedarfsplanung mit einzu-beziehen. Hierzu bedürfte es einer Öffnung auf Bundesebene.

Ein Bereich, um den es seit Jahren Diskussionen und Kontroversen gibt, ist die ambulante Notfallversorgung. Hier will die Koalition Integrierte Notfallzentren „in enger Zusammenarbeit zwischen kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenhäusern (KH)“. Die Sicherstellung soll bei den KVen bleiben, die sie, wenn sie es selbst nicht schaffen, teilweise auf die Betreiber – ergo die Krankenhäuser – ganz oder teilweise übertragen sollen. Ohne intensiver auf diese Formulierungen einzugehen: Dass die Entscheidungshoheit und die Sicherstellung bei den KVen verbleiben soll, setzt den Mangel fort. Die Kliniken haben dann weder Planungs- noch Finanzierungssicherheit, eine kostendeckende Vergütung wird es bei dieser Regelung nicht geben, das dadurch bereits vorhandene Defizit wird sich für die Kliniken dauerhaft weiter vergrößern. Der VKD schlägt dagegen eine Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit niedergelassenen Ärzten vor – so diese denn noch vorhanden und bereit dazu sind – mit gesetzlicher Zuständigkeit für die Krankenhäuser und auskömmlicher Vergütung.

Der Koalitionsvertrag spiegelt insgesamt sehr viel Vertrauen in die Leistungsfähigkeit der Kassenärztlichen Versorgung wider. Eine ambulant-stationär integrierte Patientenversorgung, wie sie angesichts der geschilderten Entwicklungen notwendig wäre, wird die Ampelkoalition so nicht auf den Weg bringen können. Falsche Rücksichtnahme sorgt lediglich dafür, den Status Quo weiter zu erhalten, was keine Zukunftslösung sein kann – wie wir in anderen Bereichen unserer Infrastruktur ja täglich erleben können. Die Patientenversorgung wird so weder besser noch effizienter werden.

FAZIT

Wir brauchen einen wirklich großen Entwicklungsschritt, der sich an der aktuellen und künftig erwarteten Versorgungsrealität orientiert. Einfach wird das nicht. Aber es muss im Sinne der sicheren Gesundheitsversorgung für die Bürger dieses Landes sein.



Positionen und Meinungen

ALLGEMEINES JA ZUR AMBULANTISIERUNG – ABER WIE IST DIE FRAGE

Die Ambulantisierung ist wesentlicher Teil der notwendigen Strukturreformen im Krankenhausbereich. Während sich von Politik über Krankenhäuser und Ärzte bis hin natürlich zu den Krankenkassen alle im Grunde dafür aussprechen, liegt, wie immer, auch hier der Teufel im Detail. Das Postulat „ambulant vor stationär“ gibt es bereits seit vielen Jahren. Während immer mehr Behandlungen ambulant erfolgen, verschiebt sich die ambulante Versorgung durch die Lücken im niedergelassenen Bereich immer stärker in Richtung Krankenhäuser.

DKG: KRANKENHÄUSER HABEN GROSSES INTERESSE AN DER AMBULANTISIERUNG

In ihrem Positionspapier zur Ambulantisierung fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft, sämtliche Wirtschaftlichkeitsreserven, die ohne Einschnitte bei der Versorgungsqualität realisiert werden können, vollständig auszuschöpfen. Neben der Digitalisierung komme dabei der Ambulantisierung eine besondere Rolle zu.

Die Politik habe in der Vergangenheit zahlreiche Maßnahmen auf den Weg gebracht, die allesamt dem Ziel dienen, die Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen zu fördern, heißt es u. a. alle bisherigen Versuche des Ge-

setzgebers, die strikte Trennung des ambulanten und stationären Sektors durch gezielte Öffnungen aufzuheben, hätten sich aber letztlich als untauglich erwiesen.

Die neue Bundesregierung erkenne ebenfalls die Vorteile und Notwendigkeiten der Ambulantisierung. In ihrem Koalitionsvertrag habe sie angekündigt, „die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen“ fördern zu wollen und „zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG“ umzusetzen.

Die Krankenhäuser hätten ein sehr großes Interesse, ihr Leistungsspektrum insbesondere um komplexere ambulante Leistungserbringung zu erweitern, so das DKG-Positionspapier. Sie würden sich davon attraktive und bedarfsgerechte Behandlungsbedingungen, erweiterte Einsatzfelder, attraktive Beschäftigungsmöglichkeiten und Weiterbildungsthemen für ihre Fachkräfte versprechen sowie die Möglichkeit, das nur begrenzt verfügbare Fachpersonal, insbesondere in der Pflege, auf die Patientinnen und Patienten mit höherem Pflegebedarf im stationären Bereich zu konzentrieren.

Das Vorhaben könne aber nur gemeinsam mit den Krankenhäusern erfolgreich umgesetzt wer-

den. Notwendig sei eine schrittweise Einführung mit wirtschaftlich tragfähigen Rahmenbedingungen und entsprechenden Anreizwirkungen.

Für eine erfolgreiche Ambulantisierungsstrategie werden folgende Punkte definiert:

- Der Prozess müsse in einen Transformationsprozess eingebettet sein, der es den Krankenhäusern ermögliche, die ambulanten Versorgungsstrukturen aufzubauen und neue ambulante Prozesse zu etablieren
- Es müssten finanzielle Anreize gesetzt werden, sodass die Umwandlung bisher vollstationärer Leistungen wirtschaftlich attraktiv sei und auch die erforderlichen Investitionen in Infrastruktur und Prozesse abdecke
- Im Interesse einer gesicherten und risikobasierten Patientenbehandlung müssten grundlegende Strukturanforderungen definiert werden
- Es müssten wirksame Maßnahmen ergriffen werden, die verhinderten, dass durch „Rosinenpickerei“ wirtschaftliche Vorteile einseitig zu Lasten anderer Leistungserbringer und/oder der Patientinnen und Patienten entstünden

Mit Blick auf die geplante Förderung der Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen und die Einführung von Hybrid-DRGs schlägt das Papier ein gestuftes Vorgehen vor.

Danach soll es den Krankenhäusern zeitnah ermöglicht werden, für ausgewählte, bislang stationär erbrachte Leistungen nach Maßgabe des Patientenwohls frei darüber zu entscheiden, ob sie die Leistungen stationär oder ambulant erbringen. In diesen Fällen soll es keine Abrechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst geben. Die Vergütung könnte über Hybrid-DRGs erfolgen. Aufgrund der grundsätzlich unterschiedlichen Leistungen sei die bereits in der Umsetzung befindliche parallele Ausweitung der Leistungen im AOP-Katalog davon losgelöst. Als zentrales Unterscheidungsmerkmal von klinisch-ambulanten Leistungen gegenüber „klassisch“ ambulanten Leistungen wird gesehen, dass betreffende Leistungen in Abhängigkeit der patientenindividuellen Situation grundsätzlich auch ambulant durchgeführt werden könnten, sie aber stets die Ausstattung und den multiprofessionellen Hintergrund eines Krankenhauses benötigten.

Um die Einführung von Hybrid-DRGs und die Etablierung klinisch-ambulanten Leistungen

möglichst zeitnah auf den Weg bringen zu können, biete es sich an, den Katalog klinisch-ambulanten Leistungen zunächst auf eine überschaubare Zahl von Leistungen zu begrenzen und ihn dann regelmäßig weiterzuentwickeln.

Zwingend sei, die übergeordneten Rahmenbedingungen der Investitionsfinanzierung und der Versorgungsaufträge mit dem Ziel der Förderung klinisch-ambulanten Leistungen in Einklang zu bringen.

Sofern die Vergütung der klinisch-ambulanten Leistungen über Hybrid-DRG erfolge, seien diese pauschale, fallbezogene Vergütungen für originäre Krankenhausleistungen, die einheitlich zur Anwendung kämen, unabhängig davon, ob eine Behandlung durch ein Krankenhaus ambulant oder stationär erfolge.

Als Anreiz für die Krankenhäuser sei es wichtig, dass die Kostenvorteile, die durch eine ambulante Erbringung der betreffenden Leistung ausgelöst würden zumindest anteilig beim Krankenhaus verblieben. Die Vergütungshöhe der Hybrid-DRGs solle sich daher zumindest in der Einführungsphase an der für stationäre DRGs orientieren.

Mit dem MDK-Reformgesetz habe der Gesetzgeber die Selbstverwaltungspartner beauftragt, einen weiterentwickelten Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen sowie deren einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu vereinbaren („AOP-Katalog“, § 115b SGB V). Für einen Versorgungsbereich, in dem sowohl Krankenhäuser als auch Vertragsärztinnen und -ärzte gleichberechtigt Leistungen erbringen dürften/könnten, könne ein modifizierter EBM als Ergebnis dreiseitiger Verhandlungen Anwendung finden.

GKV-SPITZENVERBAND: HOHES UNGENUTZTES AMBULANTISIERUNGSPOTENZIAL

In seinem Positionspapier für die 20. Legislaturperiode 2021–2025 erklärt der GKV-Spitzenverband u. a., dass es nach wie vor Überkapazitäten in Ballungsgebieten und ein hohes ungenutztes Ambulantisierungspotenzial gebe. Krankenhausstrukturen müssten angepasst werden. Die Versorgung sei gleichzeitig gekennzeichnet durch eine unzureichende Spezialisierung, eine

zu geringe Leistungskonzentration sowie Digitalisierungsdefizite. Ein Festhalten an stationären Überkapazitäten sei weder versorgungspolitisch sinnvoll noch finanziell für die GKV tragbar.

Jedes Jahr würden in deutschen Krankenhäusern vier Millionen Fälle mit einer Verweildauer von einem Tag versorgt – vielfach Fälle, die auch ambulant versorgt werden könnten. Das binde personelle Ressourcen des Krankenhauses und belege stationäre Kapazitäten. Folgen seien Personalengpässe und Arbeitsverdichtung. „Die Realisierung des ambulanten Potenzials muss eines der zentralen Ziele der nächsten Krankenhausreform sein“, heißt es in dem Positionspapier.

Als ein erster wichtiger Ansatz wird die Erweiterung des Katalogs ambulant erbringbarer Leistungen gesehen. Angesichts des Nebeneinanders und in Teilen miteinander konkurrierender Vereinbarungen und Vergütungen, insbesondere beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung, müssten einheitliche Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche ambulante Versorgung entwickelt werden.

Verwiesen wird auch auf bestehende Hürden an den Sektorengrenzen zu Lasten einer koordinierten Versorgung. Mehr Handlungsperspektiven für integrative und regionale gesundheitliche Versorgung der Patienten werden gefordert. „Die gesetzlichen Rahmenbedingungen müssten dabei auch die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Teamorientierung der beteiligten Gesundheitsberufe fördern. Notwendig ist eine stärker sektorenübergreifend ausgestaltete Bedarfsplanung.“

RWI – KRANKENHAUS-RATING-REPORT 2022: DRG-SYSTEM BREMST AMBULANTISIERUNG AUS

Wie vor einem Jahr stelle sich die Frage, ob das frühere Leistungsniveau des Jahres 2019 jemals wieder erreicht werden könne – oder ob es überhaupt noch erreicht werden sollte. Denn viele stationäre Leistungen könnten künftig auch ambulant erbracht werden. Leeren sich die Krankenhäuser und werden zu „Geisterhäusern“ fragen die Autoren?

Die Frage, inwieweit künftig Leistungen vermehrt ambulant erbracht würden, entscheide sich an einem dafür geeigneten Vergütungssystem, so der aktuelle Krankenhaus-Rating-Report des RWI. Richtig angegangen stecke für alle Akteure im Gesundheitswesen in der Ambulantisierung ein großes Potenzial, sowohl für die Patienten als auch die Leistungserbringer und die Beschäftigten.

„Potenziale müssen wir realisieren, wenn wir die Gesundheitsversorgung in hoher Qualität und ohne Rationierung aufrechterhalten wollen – bei alterungsbedingt wachsenden Bedarfen, aber schrumpfenden Personalressourcen“, heißt es.

Das deutsche Gesundheitswesen stehe weiterhin vor gewaltigen Herausforderungen, für die es gegenwärtig nicht gerüstet sei, wird im Ausblick festgestellt. Der Handlungsdruck nehme zu. Um Rationierungen von Gesundheitsleistungen zu vermeiden, müsse die Effizienz steigen. Als hilfreich für weitere Schritte wird die Ableitung eines Zielbilds der Gesundheitsversorgung gesehen, an dem sich die Vergütungssysteme und damit auch die Vergütungsanreize ausrichten.

Die Einführung des DRG-Systems mit Fallpauschalen im Jahr 2004 habe die Krankenhausfinanzierung gegenüber der Zeit davor verbessert, setze aber auch Anreize für eine große Menge an stationären Leistungen. Es behindere daher eine sektorenübergreifende Versorgung und bremse die Ambulantisierung aus. Es führe zu einer hohen betrieblichen Effizienz, aber nicht unbedingt zu einer Systemeffizienz. Vergütungsinstrumente sollten daher auf der Systemebene ansetzen. Eine Brücke zwischen ambulantem und stationärem Sektor könnten Hybrid-DRG bzw. komplex-ambulante DRG sein, mit denen Leistungen bezahlt würden, die bisher stationär erbracht wurden.

Vorgeschlagen werden regionale Vorhaltebudgets für medizinische Leistungsgruppen, durch die Schwerpunktbildungen vorgebracht werden könnten. Plausibel erscheine eine Aufteilung des bundesweiten DRG-Erlösvolumens einschließlich der Pflegepersonalkosten in ein Drittel für mengenunabhängige regionale Vorhaltebudgets und zwei Drittel für Residual-DRG.

DGIM: STRIKTE SEKTORENTRENNUNG AMBULANT – STATIONÄR NOCH ZEITGEMÄSS?

Auf ihrer Jahrespressekonferenz im Februar dieses Jahres hat die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) die Frage thematisiert, ob die strikte Trennung von ambulantem und stationärem Sektor heute noch zeitgemäß ist und welche alternativen Modelle stattdessen sinnvoll sein könnten.

Professor Dr. med. Georg Ertl, Internist und Kardiologe aus Würzburg sowie Generalsekretär der DGIM, stellte in der Jahrespressekonferenz der DGIM u. a. mit Blick auf die demografische Entwicklung fest, mit dem Alter steige das Risiko für altersbedingte Erkrankungen. Häufig seien das internistische Erkrankungen, in deren Behandlung oft eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen und in unterschiedlichen Einrichtungen gefragt sei. Als Beispiel nannte er die chronische Herzinsuffizienz, die oft mit Folge- oder Begleiterkrankungen auftritt. Von der Erstdiagnose in der Hausarztpraxis über den niedergelassenen Kardiologen bis hin zum Herzchirurgen würden die Patienten daher oft mehreren Ärztinnen und Ärzten begegnen.

Hier entstünden Probleme mit den Sektorengrenzen. Das seien die restriktiven Vorgaben für den Datenaustausch sowie die unterschiedlichen Finanzierungssysteme für ambulante und stationäre Leistungen. Diese strikte Trennung bereite gerade in ländlichen Regionen mit geringer Haus- und Facharztdichte Probleme. Eine Alternative könnten hier Regionalbudgets für Leistungen sowohl der Niedergelassenen als auch der Krankenhäuser sein. Notwendig seien dringend Finanzierungsmodelle, die eine Integration ohne ökonomische Grenzen ermöglichen.

Die konsequente Ambulantisierung von zurzeit stationär erbrachten Leistungen erfordere zwei Änderungen: die Zulassung von Krankenhäusern für ambulante Eingriffe mit höheren Erstattungsbeträgen für diese Eingriffe, um die Vorhaltungen für die höheren Risiken, die höhere Komplexität und die erforderliche Nachüberwachung sicherzustellen, und die Umwandlung nicht wirtschaftlicher Krankenhäuser in intersektorale Versorgungszentren, die diese Leistungen erbringen könnten, die Versorgung in der Fläche sicherstellen und für ambulant tätige Ärzte attraktive Arbeitsbedingungen schaffen würden, so Ertl.

AOK: KRANKENKASSE BEFÜRCHTET AUCH UNAUSGEWOGENE ENTSCHEIDUNGEN

Anlässlich des veröffentlichten IGES-Gutachtens zum Stand der ambulant durchführbaren Operationen sowie stationsersetzenden Eingriffe und Behandlungen in Deutschland hat die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann, in einer Pressemitteilung des AOK-Bundesverbandes am 1. April 2022 gesetzliche Nachbesserungen gefordert.

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes reichen die bisherigen gesetzlichen Regelungen nicht aus, um das Ziel der verstärkten Ambulantisierung tatsächlich zu erreichen. Derzeit sei lediglich vorgesehen, dass sich Vertragsärzte, Krankenhäuser und Kassen auf Bundesebene über einen Katalog und ein Vergütungssystem verständigen. Auf der regionalen Ebene können Krankenhäuser und Vertragsärzte dann entscheiden, ob sie diese ambulanten Leistungen anbieten. „Das bisherige Ambulantisierungsdefizit soll bisher allein über finanzielle Anreize beseitigt werden. Ein ‚Wer kann, der darf‘-Ansatz trägt aber nicht zu effizienten regionalen Versorgungsangeboten bei und führt auf Dauer zu deutlich überteuerten Honoraren. Dabei sollte die Ambulantisierung der erste Anwendungsfall einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung sein, die im Koalitionsvertrag vorgesehen ist“, so Reimann.

In diesem Zusammenhang kritisiert die Verbandschefin auch die unausgewogene Besetzung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums. Dort könnten sich im Konfliktfall die Krankenhäuser und die Vertragsärzte gemeinsam gegen die Interessen der Beitragszahler durchsetzen. „Wenn zwei Stimmen der Krankenkassen zwei Stimmen der Ärzte und zwei Stimmen der Krankenhäuser gegenüberstehen, kann es zu keinem fairen Interessenausgleich kommen und keine ausgewogenen Entscheidungen geben. Es bedarf hier schnell einer gesetzlichen Neuregelung.“

Fokussierung und Ambulantisierung als Zukunftsstrategie

PATIENTEN WÜNSCHEN EINE FUNKTIONIERENDE, SEKTORÜBERGREIFENDE MEDIZINISCHE VERSORGUNG MIT ZENTRALER STEUERUNGSFUNKTION

Nach ihrem Start attestierte man der Bundesregierung der „Ampelparteien“ noch den Willen, verkrustete Strukturen aufzubrechen und ein mehr am Patientenbedarf orientiertes Gesundheitswesen zu gestalten. Heute ist da angesichts der fehlenden Unterstützung der Krankenhäuser zur Überwindung der Pandemiefolgen weitestgehend Ernüchterung eingetreten. In Nordrhein-Westfalen sieht man einen Aufbruch. Dort konstituierte sich eine „schwarz-grüne“ Landesregierung, die an die wegweisende neue Krankenhausplanung der Vorgängerregierung nahtlos anknüpfen möchte. Diese Planung hat zwar das Zeug, echte Strukturveränderungen einzuläuten, doch ist längst noch nicht ausgemacht, ob die neue gesetzliche und juristische Grundlage diesen notwendigen Strukturwandel herbeiführt und der medizinischen Versorgung nützt oder nur langwierige Rechtstreitigkeiten auslöst, um Bestandssicherung zu gewährleisten.

In diesem Umfeld ist es entscheidend, wie die Akteure in den einzelnen Regionen agieren und

wie sie sich für die Zukunft aufstellen. Das jeweilige Krankenhaus mit seinem ursprünglichen stationären Versorgungsauftrag trifft bei seiner strategischen Planung unweigerlich auf Notwendigkeiten wie die Ambulantisierung der medizinischen Leistungen, die es dringend zu berücksichtigen gilt. Zugleich bilden sich überall andere Versorgungsstrukturen heraus. Und genau diese gewachsenen Strukturen stehen auf dem Prüfstand. Patienten sind die Prüfenden. Denn für diese ist nicht die jeweilige Formulierung in den Sozialgesetzbüchern oder etwa die Finanzierungssystematik relevant, vielmehr interessiert sie eine funktionierende, sektorübergreifende medizinische Versorgung mit zentraler Steuerungsfunktion.

Zu differenzieren sind hier die höchst verschiedenen Ausgangslagen in Ballungs-, städtischen und ländlichen Räumen. Insbesondere in stark ländlich geprägten Regionen stoßen die niedergelassenen Arztpraxen oftmals an ihre (technischen) Grenzen. Oder die eigenständige Fortführung beziehungsweise Etablierung solcher ist für viele Nachwuchsmediziner nicht mehr attraktiv genug; die Work-Life-Balance oder das hohe Investitionsvolumen mögen hier Stichworte sein. Die ambulante Versorgung im medizinischen Highend-Bereich ist daher ohne das Engagement der Krankenhäuser mit aufgebauten MVZ-Strukturen gefährdet. Erschwerend kommt hinzu, dass gerade in ländlich geprägten Regionen der demografische Wandel viel stärker wirkt als in Metropolregionen und, mit diesem verknüpft, mit einem wesentlich deutlichen Anstieg chronischer Erkrankungen, Multimorbidität und Hilfe- sowie Pflegebedürftigkeit zu rechnen ist; für die überversorgten Räume wie die Rhein-schiene oder das Ruhrgebiet sind das im Großen und Ganzen unbekannte Herausforderungen.

In einer Region wie Siegen-Wittgenstein, die einerseits stark von der Großstadt Siegen als Ober-

Foto: Marien-gesellschaft Siegen gGmbH



Das St. Marien-Krankenhaus Siegen



Hans-Jürgen Winkelmann
Hauptgeschäftsführer,
Marien Gesellschaft Siegen
gGmbH



Benedikt Heuser
Referent
des Hauptgeschäftsführers,
Marien Gesellschaft Siegen
gGmbH



Dr. Christian Stoffers
Leiter Zentralreferat Marketing,
Marien Gesellschaft Siegen
gGmbH

zentrum geprägt wird und andererseits über einen großen ländlichen Einzugsbereich – über zwei Bundesländergrenzen hinweg – verfügt, kommt Akteuren wie der Marien Gesellschaft Siegen gGmbH eine besondere Stellung für die sektorübergreifende Gestaltung des Gesundheitswesens und in der Verantwortung der Versorgungssicherheit für die Bürger zu. Sie sind prinzipiell imstande, den tatsächlichen Versorgungsbedarf adäquat abzubilden und die zuvor beschriebenen Herausforderungen im ländlichen Umfeld – zumindest teilweise – abzufedern. Und nur hier ist es angesichts des fehlenden Nachwuchses in den Praxen auf dem Land notwendig, dass sich ein Gesundheitsunternehmen aus der Stadt im Umland in diesem Maße engagiert: Zum Ende des Jahrzehnts scheidet ein großer Teil der niedergelassenen Ärzte dort altersbedingt aus, und genauso wie diese in die Jahre gekommen sind, gilt das oft auch für die individuelle Situation der technischen Praxisausstattung.

Voraussetzung für die Sicherung der medizinischen Versorgung in dieser Region ist ein durchdachtes Modell, das von den Patienten her gedacht und an ihren Anforderungen an die Akteure im Gesundheitswesen ausgerichtet wird.

VERSORGUNGSMODELL IN SIEGEN

Ziel des in Siegen entwickelten Versorgungsmodells ist es, im unmittelbaren Versorgungsgebiet ein umfassendes medizinisches Leistungsangebot auch außerhalb der Großstadt Siegen und auch außerhalb des tradierten stationären Versorgungsauftrages eines Akutkrankenhauses sicherzustellen. Der Patient steht dabei im Fokus. Das Modell betrachtet dabei die Fächerkombination des Schwerpunktversorgers „St. Marien-Krankenhaus Siegen“ in dem unmittelbaren Zusammenhang vor- und nachgelagerter ambulanter Versorgungsstrukturen.

Die Gesamtkomposition ist in dieser Betrachtung entscheidend, und diese spiegelt sich einerseits in den großen medizinischen Zentren und andererseits in der Zusammensetzung der Praxen unter dem Dach der Marien Gesellschaft Siegen wider. Diese ermöglicht es erst, die gesamte Prozesskette der Leistungserbringung möglichst vollständig abzubilden – von der Prävention über die ambulante sowie stationäre Therapie und Behandlung bis hin zur Rehabilitation beziehungsweise der Unterstützung beim Leben mit einer Erkrankung.

“
Das jeweilige Krankenhaus mit seinem ursprünglichen stationären Versorgungsauftrag trifft bei seiner strategischen Planung unweigerlich auf Notwendigkeiten wie die Ambulantisierung der medizinischen Leistungen, die es dringend zu berücksichtigen gilt.
”



Marien Gesellschaft Siegen gGmbH

Die Marien Gesellschaft Siegen gGmbH ist ein zeitgemäß geführtes integriertes Gesundheitsunternehmen mit schlanken, transparenten Strukturen, die sowohl strategisch wie auch operativ eine zukunftssichere Ausrichtung ermöglichen. Neben den Kliniken und Instituten des St. Marien-Krankenhauses und den großen medizinischen Einrichtungen der Sparte Marien Kliniken umfasst es u. a. die derzeit sechs Seniorenzentren von Marien Pflege, ein Hospiz, die drei Rehabilitations- und Präventionseinrichtungen von Marien Aktiv sowie die 17 Praxen der medizinischen Versorgungszentren von Marien Ambulant. Insgesamt erwirtschaftet das Gesundheitsunternehmen circa 200 Millionen Euro Umsatz pro Jahr und beschäftigt in seinen Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz über 2.400 Mitarbeitende. Es zählt damit zu den größten Unternehmen der Region Südwestfalen.

Betrachtet man das Siegener Versorgungsmodell näher, so zählt hier der über Jahrzehnte entwickelte Aufbau des St. Marien-Krankenhauses Siegen in die jetzt vorliegende Struktur ein. Es handelt sich bei diesem um ein Klinikum mit einer ausgesprochen starken operativen Kompetenz in all seinen Kernbereichen. Folgerichtig liegt der Fokus des Modells hierauf und inkludiert einen dreistufigen Ansatz des Operierens entlang der Gesetzgebung und des artikulierten Patientenwillens: Das erst kürzlich veröffentlichte IGES-Gutachten zum AOP-Katalog konstatiert eine Verdopplung der Indikationen, und die Patienten erwarten geringe Wartezeiten und möchten nach Möglichkeit einen stationären Aufenthalt vermeiden.

In Siegen sieht das dann folgendermaßen aus: Highend-OPs im stationären sowie ambulanten Bereich in zentralen Strukturen und ambulante, weniger anspruchsvolle OPs an einzelnen Standorten in der Fläche. Im stationären Bereich stehen hierfür acht Operationssäle inklusive einem Hybrid-OP zu Verfügung; komplexe Eingriffe, auch mittels der robotischen Chirurgie, sind hier möglich. Highend-OPs machen auch weitere Infrastrukturkomponenten erforderlich: So steht im St. Marien-Krankenhaus

ab 2022 eine state-of-the-art Intensivstation zur Verfügung. Weiter zu nennen ist ein neuer IMC-Bereich als Bindeglied zwischen Intensiv- und Normalstation. Als zentrale Struktur wird für den ambulanten Highend-Bereich ein OP mit zwei Sälen und ein Eingriffsraum im Ambulanten Zentrum in unmittelbarer Nachbarschaft zum St. Marien-Krankenhaus Siegen vorgehalten. Hier werden Menschen überwiegend aus den eigenen Arztpraxen überwiesen. Eine professionelle Einleitung und eine Überwachung nach der jeweiligen Operation sind dort gewährleistet. Aspekte wie eine Hotelklinik sind hier bereits angedacht. Die in der Fläche dezentral angeordneten Arztpraxen in den Kreisen Siegen-Wittgenstein, Altenkirchen und Olpe ermöglichen schließlich den niederschweligen Einstieg bei operativen Eingriffen. Dieser dreistufige Ansatz beim Operieren eröffnet schließlich die Möglichkeit, vorhandene Kapazitäten im Sinne des Patienten bestmöglich anzubieten und zugleich redundante Strukturen zu vermeiden; dem bereits beschriebenen Wunsch der Patienten und des Gesetzgebers nach einer zunehmenden Ambulantisierung operativer Eingriffe wird Rechnung getragen.

Dieses Versorgungsmodell unterstützt schließlich ein System an Partnerschaften. Auf vertikaler Ebene sind das Kooperationen mit einzelnen Arztpraxen, die ihre Selbständigkeit behalten, jedoch beispielsweise die Infrastruktur der Marien Gesellschaft Siegen mitnutzen können. Beispiele auf horizontaler Ebene sind das Carotis-Zentrum und das Reflux-Zentrum; ersteres wird mit dem Kreisklinikum und letzteres mit dem Diakonieklinikum in Siegen betrieben. Größere Einheiten sind das eigene Herz- und Gefäßzentrum oder das eigene Onkologische Zentrum, bei denen Partnerschaftsverträge in horizontaler und vertikaler Richtung abgeschlossen wurden. Hierdurch entwickelt sich ein komplexes Versorgungsangebot um die stationären Kernleistungen des Unternehmens herum.

Nicht zu vernachlässigen sind auch Kooperationen mit Universitäten wie im Projekt „Medizin neu denken“. Hierbei handelt es sich um einen Verbund mit der Universitätsmedizin Bonn und der Universität Siegen sowie den Siegener Akutkliniken. Das Projekt beinhaltet primär Versorgungsforschung mit Fokus auf den ländlichen Raum. Es ermöglicht aber auch eine moderne und versorgungsnahe Ausbildung und trägt dazu bei, den bereits angeführten Standortnachteil der Region Siegen-Wittgenstein bei der Gewinnung von Nachwuchsmedizinern, bei-

Das Ambulante Zentrum



spielsweise durch ein Skills-Lab auf universitären Niveau, zu überwinden.

Unerlässlich sind für das Siegener Versorgungsmodell schließlich zentrale Managementstrukturen, die eine effektive Steuerung der Prozesse bis hin zur Abrechnung erst ermöglichen. Weiter umfassen diese die Entwicklung einer digitalen gemeinsamen Infrastruktur, die eine moderne Leistungserbringung ermöglicht. Diese beginnt bei der Übertragung der Daten und geht bis hin zur technischen Ausstattung der Fachärztinnen und -ärzte. So ist der unmittelbare Austausch von medizinischen Informationen zwischen einzelnen Leistungserbringern sowohl innerhalb der 17 Arztpraxen der Sparte „Marien Ambulant“ als auch zwischen ihnen gewährleistet.

“
Die ambulante Versorgung ist ohne das Engagement der Krankenhäuser mit aufgebauten MVZ-Strukturen gefährdet.
 “

Das Siegener Versorgungsmodell stellt schließlich langfristig ein umfangreiches medizinisches Leistungsangebot in der Region Siegen-Wittgenstein sicher, und es werden perspektivisch absehbare Versorgungslücken entlang der me-

dizinischen Kernleistungen der Marien Gesellschaft Siegen und darüber hinaus geschlossen. Die Akut- und Notfallversorgung sowie Leistungen der ambulanten und stationären Schwerpunktversorgung sind hierbei abgedeckt – zusätzlich auch Angebote der stationären Pflege und ambulanten Rehabilitation.

LANGFRISTIGE AUSRICHTUNG

Die Realisierung des Siegener Versorgungsmodells war nicht von heute auf morgen möglich. Essenziell für dessen Gelingen war und ist eine auf Langfristigkeit und Nachhaltigkeit ausgerichtete strategische Gesamtanlage als integriertes Gesundheitsunternehmen, welches von der Geschäftsführung bereits in den „Nullerjahren“ in der sogenannten Strategie 2010 formuliert wurde. Bereits damals begann der Aufbau des Versorgungsmodells, das vom St. Marien-Krankenhaus Siegen und seinem stationären Versorgungsauftrag ausgehend eine ambulante Entsprechung – zunächst in der Kardiologie und Onkologie – über integrierte Arztpraxen zu realisieren suchte. Inhaltliche Klammer ist dabei die Möglichkeit der konsequenten Nachbesetzung von Stellen im ambulanten Bereich aus den eigenen Reihen. Die Anfänge waren dabei nicht immer unproblematisch: Es musste viel Überzeugungsarbeit im niedergelassenen Bereich geleistet werden, und der regionale Wettbewerb

“ Die Realisierung des Siegener Versorgungsmodells war nicht von heute auf morgen möglich. Essenziell für dessen Gelingen war und ist eine auf Langfristigkeit und Nachhaltigkeit ausgerichtete strategische Gesamtanlage als integriertes Gesundheitsunternehmen, welches von der Geschäftsführung bereits in den ‚Nullerjahren‘ in der sogenannten Strategie 2010 formuliert wurde. “

um begehrte Kassenarztsitze erschwert zusätzlich den wirtschaftlichen Betrieb der Praxen. Dennoch „funktioniert“ die Strategie des Siegener Unternehmens. Mit circa 150 Mitarbeitenden, darunter über 40 Ärztinnen und Ärzten, stellt dessen Netzwerk heute das größte ambulante weit über die Region hinaus.

Eine Scharnierfunktion bilden dann Ambulante Zentren neben dem St. Marien-Krankenhaus Siegen, in denen auch Highend-Eingriffe im ambulanten Bereich möglich sind. Zu den eigenen ambulanten Angeboten kommen dort weitere Angebote von aktuell dreizehn selbständigen Praxis- und Einrichtungsbetreibern hinzu; zusätzlich zu den Möglichkeiten für Highend-OPs kommt eine hochmoderne Infrastruktur. Das Zentrum stellt damit auf allen Ebenen einen echten Leuchtturm für die Versorgung der Bürger dar.

Wird der Blick wieder auf die Marien Gesellschaft Siegen als Ganzes gerichtet, so sieht man aus dieser Perspektive, dass die Weichen für die Gesamtkomposition auch im stationären Bereich früh gestellt wurden: Der im Frühjahr 2022 zugestellte Bescheid des Landes Nordrhein-Westfalen weist dem Onkologischen Zentrum eine besondere Stellung als spezialisierte Einrichtung mit besonderen Aufgaben für Südwestfalen zu. Denn genauso wie die beschriebene Ambulantisierung mit Schwerpunkt operativer Eingriffe von zentralen Strukturen bis zur einzelnen Praxis vor Ort vorangebracht wird, erfolgt der Ausbau der medizinischen Schwerpunkte im integrierten Gesundheitsunternehmen.

Schließlich muss noch einmal betont werden, dass das Siegener Versorgungsmodell langfristig ausgerichtet ist und auch zukünftige Entwicklungen berücksichtigt. Es hat den Patienten und seine Erwartungen im Blick. Und dieser erwartet zurecht, dass seine medizinische Versorgung nicht isoliert betrachtet wird, und er diese nicht über viele Sektorengrenzen hinweg selbststän-

dig organisieren muss, sondern dass es „läuft“. Nur dann ist ein solcher Ansatz erfolgreich und nachhaltig. Dazu ist es notwendig, dass die dahinterliegende Strategie für dessen Aufbau und Weiterentwicklung immer wieder hinterfragt und angepasst wird.

SCHLUSSBEMERKUNG

Für ein integriertes Gesundheitsunternehmen wie die Marien Gesellschaft Siegen ist es unerlässlich, in modernen Versorgungsmodellen zu denken und sich dabei an den eigenen Schwerpunkten und am wirtschaftlich wie organisatorischen Kern, dem St. Marien-Krankenhaus Siegen, auszurichten. Eine funktionierende Versorgung ist durchlässig – innerhalb und außerhalb der Unternehmensgrenzen – und skalierbar mit Blick auf zukünftige Erweiterungen. Das Siegener Modell zeigt beispielhaft auf, wie eine patientenorientierte Versorgung beschaffen sein kann, damit sie wirtschaftlich erfolgreich ist.

Der gezeigte Versorgungsansatz ist gewiss keine Blaupause, da es auf die spezifischen Anforderungen in der Region Siegen-Wittgenstein ausgerichtet ist. Es ist also nur bedingt auf andere Regionen übertragbar. Nach einer Standortbestimmung in den „Nullerjahren“ wurde eine Vision entwickelt, auf der schließlich die Strategie fußt. Ihre Umsetzung erfolgte dann so passgenau, dass aus der Vision der „Nullerjahre“ heute ein solides Versorgungsmodell erwachsen ist, das den gesamten Prozess der medizinischen Leistungserbringung abbildet und beispielsweise das Onkologische Zentrum, das Herz- und Gefäßzentrum sowie das Gelenkzentrum als Leuchttürme in der Region hervorgebracht hat.

Elementar ist und bleibt bei allen Teilbereichen unternehmerischen Handelns deren Verankerung in die strategische Planung und den christlichen Auftrag der Marien Gesellschaft Siegen.



JUNGER VKD - AKTIVITÄTEN UND THEMEN

**Neue Führungsmethoden
Transparenz und Offenheit
Anforderungen und Erwartungshaltungen
Feedback- und Fehlerkultur
Erfahrungswissen und Mentoring**



Neue Aktivitäten, interessante Themen

AGILE, HIERARCHIEFREIE ZUSAMMENARBEIT IN DER AG JUNGER VKD

Für zahlreiche junge Mitglieder des VKD ist die vor gut zwei Jahren gegründete AG Junger VKD ganz offenbar eine gute Möglichkeit, ihre speziellen Themen und Vorschläge in die Arbeit des Verbandes einzubringen und selbst auch daran zu arbeiten. Auch die Themen des Treffens im September zeigen das erneut.

Ein besonders interessierendes Thema – nicht nur des Vernetzungstreffens – ist das der guten Führung, der Veränderungen im Management, der neuen Anforderungen an Führungskräfte durch die Mitarbeiter. Diese haben sich auch durch die vergangenen Jahre der Corona-Pandemie noch einmal deutlich gewandelt. Vor allem aber sind es die seit einigen Jahren auf alle Häuser verstärkenden Umbrüche im Gesundheitswesen insgesamt, die Management und Mitarbeitern Erhebliches an Veränderungsbereitschaft abverlangen.

Aktuelle Befragungen haben das in jüngster Zeit immer wieder gezeigt. Das betrifft inzwischen nicht nur die jungen Mitarbeiter, die sich hier Veränderungen wünschen. Es geht um Sinnhaftigkeit, um Gestaltung der Arbeit hin zu mehr Flexibilität, Arbeitszufriedenheit. An vorderster Stelle ist es aber das Handeln der Führungskräfte.

In einer aktuellen Studie des Marktforschungsunternehmens Respondi im Auftrag von meine-stadt.de, an der 2.000 Fachkräfte teilgenommen haben, machten die Befragten ganz deutlich, dass das Verhalten ihrer Vorgesetzten für 71 Prozent von ihnen ein entscheidendes Kriterium dafür darstellt, ob sie sich in einem Unternehmen wohlfühlen, oder nicht. Gefolgt wird diese Aussage mit ebenfalls 71 Prozent von den Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Erst danach kommen Bezahlung mit 67 Prozent und das Verhalten der Kollegen mit 64 Prozent.

Ähnliche Ergebnisse ergaben auch andere Studien. In einer Forsa-Umfrage Anfang des Jahres gaben 59 Prozent der 2.523 Befragten aus Deutschland, Österreich und der deutschsprachigen Schweiz an, dass für sie das Verhalten der Führungskräfte für sie ausschlaggebend sei. Es folgten auch hier flexible Arbeitszeiten (57 Prozent) und erst an dritter Stelle das Gehalt (54 Prozent).

Es sind wichtige Zukunftsfragen für Manager, mit denen sie sich beschäftigen müssen und die auch erhebliche Selbstreflexion erfordern. Führung wird künftig kooperativer, wertorientierter und empathischer sein müssen.

Eine Portion Selbstreflexion und Offenheit für neue Führungsmethoden

INTERVIEW ZUM THEMA FÜHRUNG UND ZU DEN ERWARTUNGEN UND ZIELEN JUNGER FÜHRUNGSKRÄFTE

Das Thema Führung ist gerade für junge Führungskräfte oder jene, die vor einem solchen Karrieresprung stehen, außerordentlich wichtig. Doch wie und wo lernen sie, erfolgreich zu führen? Das Interview mit Amelie Becher, Kaufmännische Direktorin der ANregiomed Klinik Rothenburg.

LIEBE FRAU BECHER, SIE HABEN IM RAHMEN DER AG JUNGER VKD DIE GRÜNDUNG EINER ARBEITSGRUPPE ZUM THEMA FÜHRUNG ANGEREGT. DIESE HAT INZWISCHEN REGEN ZUSPRUCH ERFAHREN. WAS WAR DAS ZIEL?

Amelie Becher: Ziel war es, uns gemeinsam mit modernen Führungsstilen zu beschäftigen. Das hat so viele junge VKD-Mitglieder interessiert, dass sich hier bereits mehr als 30 von ihnen angemeldet haben. Erkannte und gefühlte Notwendigkeit in diesem Bereich waren dafür sicher Motive, auch Herausforderungen, die mit einer Führungsposition einhergehen. Die neuen Anforderungen und Erwartungshaltungen an Führungskräfte durch vor allem jüngere Mitarbeiter waren sicher ebenfalls Gründe. Eine gewisse Neugier kam hinzu. Vor allem: Wir alle wollen in unseren Führungspositionen etwas bewegen. Grundsätzlich aber bin ich der Ansicht, dass sich nicht nur junge Führungskräfte mit modernen Führungsmethoden auseinandersetzen sollten, sondern jeder seinen Führungsstil hinterfragen soll – gleich welchen Erfahrungswert man hat. Uns allen tut eine Portion an Selbstreflexion und Offenheit für neue Führungsmethoden gut.

WAS HABEN SIE IM STUDIUM ZUM THEMA FÜHRUNG GELERNT?

Amelie Becher: Ich habe ein duales Studium absolviert und wurde so in den Praxisphasen in verschiedenen Bereichen eingesetzt. Durch den Austausch mit Praktikern konnte ich hier

viel Wissen mitnehmen. Zuhören und Offenheit für Kritik gehörte zum Beispiel dazu, der Willen, über sein eigenes Handeln – und das der anderen – nachzudenken.

An der Uni nimmt man viel theoretisches Wissen auf. Das genügt aber in der Praxis dann nicht. Es kommt auch sehr auf das Erfahrungswissen an. Man weiß nicht alles besser, weil es auf der Uni vermittelt wurde. Zum Beispiel kann man viel Theoretisches über Gruppendynamik lernen, aber es dann in der Praxis zu erleben ist etwas Anderes.

In Großbritannien und in den USA ist es zudem ein wesentlicher Teil des Medizinstudiums, dass Studierende regelmäßiges Feedback bekommen, aber auch lernen dieses zu geben – zum Beispiel an Lehrende. Es gibt eine Feedback- aber auch eine positive Fehlerkultur. Das ist auch für Führungskräfte sehr wichtig, etwa wenn es darum geht, Verantwortung zu tragen und Entscheidungen zu kommunizieren. Wenn jemand in England im Medizinstudium durch eine Prüfung fällt, wird gemeinsam überlegt, was die Gründe waren. Vor allem hinterfragen sich die Dozenten, ob sie den Stoff gut genug vermittelt haben. In Deutschland würde man wahrscheinlich einfach sagen, derjenige habe zu wenig gelernt und auf keinen Fall den Unterrichtsstil hinterfragen.

Im Führungsalltag fehlt hierzulande eine solche positive Fehler- und Feedbackkultur noch oft. Dabei müsste ich mich doch zum Beispiel zuerst selbst fragen, was ich falsch gemacht habe, wenn etwas schief geht oder nicht funktioniert.

IST DAS DURCHAUS NOTWENDIGE THEORETISCHE WISSEN ÜBER MODERNE FÜHRUNGSKONZEPTE UND DIE UNTERSCHIEDLICHEN FÜHRUNGSTECHNIKEN EINE ART NEULAND FÜR VIELE JUNGE LEADER?

Amelie Becher: Theoretisches Wissen wird durchaus vermittelt, aber moderne Führungsstile, agile Methoden sind eher selten dabei, eventuell noch in bestimmten MBA-Studiengängen.

Klar ist allerdings, bei allem an der Uni vermittelten Wissen muss sich jeder in der Praxis in seinem Führungshandeln selbst definieren. Der Führungsstil muss zu einem passen. Man kann das nicht spielen, sondern muss authentisch sein.

Jeder sollte sich fragen: Wie möchte ich führen. Man braucht eine klare Linie. Es geht darum, die Mitarbeiter fair zu behandeln, auch Emotionalität herauszunehmen und sich klar darüber sein, dass ich mich nicht heute so und in einem anderen Fall ganz anders verhalten kann. Dazu gehören Struktur, Mut und Vertrauen in die Mitarbeiter. Man muss ihnen Vertrauen geben, auch wenn es schief gehen könnte.

WICHTIGES THEMA: KOMMUNIKATION NACH INNEN UND AUSSEN. HABEN SIE SICH HIER VORBEREITET GEFÜHLT?

Amelie Becher: Ich konnte in meinem Studium in Kassel, aber auch in meinem Unternehmen, dazu viel lernen da wir mit der Universität Southampton ein gemeinsames Studienprogramm aufgebaut haben. Wir haben u. a. interkulturelle Kommunikationstrainings und Simulationspatiententrainings ins Leben gerufen.

WIE WICHTIG IST PERSÖNLICHKEIT?

Amelie Becher: Sehr wichtig. Sie gehört ja zu mir. Ich kann sie nicht ablegen. Ich kann aber reflektieren, was ich tue, wie ich es tue. Doch auch das muss man erst lernen.

HABEN SIE IHRE KARRIERE GEPLANT?

Amelie Becher: Mit zwölf Jahren war mir klar, dass ich Geschäftsfrau werden wollte – ich wollte ins Management. Allerdings dachte ich erst einmal an die Industrie. Durch einen Zufall ist es dann das Krankenhaus geworden. Aber eine



— Im Gespräch —

Amelie Becher
Kaufmännische Direktorin,
ANregiomed Klinik
Rothenburg

Führungsposition habe ich immer angestrebt. Meine erste Position hatte ich mit 24 Jahren als Lead Administration. Bis heute ist Management meine Berufung.

WAR DAS ERST EINMAL NICHT SCHWIERIG?

Amelie Becher: Natürlich. Ich war voller Elan, aber es gab immer Momente, in denen ich dachte „das wars jetzt“, in denen ich nicht weiterwusste, überlegt habe, „wieso mache ich das“. Andere um dich herum gehen ständig feiern, treffen Freunde und du selbst musst oft sagen, tut mir leid, muss noch was machen.

GERADE KRANKENHAUSMANAGEMENT, FÜHRUNG ÜBERHAUPT, IST NICHT GERADE DAS, WAS VIELEN ALS AUFGABE BESONDERS ATTRAKTIV ERSCHEINT...

Amelie Becher: Ich habe jedenfalls meine Entscheidung nie bereut. Ich kann viel bewegen. Jede junge Führungskraft muss natürlich lernen, mit der Verantwortung, ja, mit diesem Druck, umzugehen. In einer Führungsposition muss ich Lösungsoptionen entwickeln und mich ständig selbst reflektieren. Es bedeutet auch, seine eigenen Bedürfnisse oft zurückzustellen. Ich halte sehr viel von der englischen positiven Fehlerkultur. Ein Fehler ist nichts Negatives. Aus Fehlern kann man lernen: Was ist schiefgelaufen, aus welchem Grund? Damit gibt es die Möglichkeit, den nächsten Fehler zu vermeiden, eine Richtung zu begründen.

NOCH JUNG UND SCHON IN EINER FÜHRUNGSPOSITION – WIE KANN MAN DA AUCH ÄLTERE MITARBEITER – GEGEBENFALLS AUCH SOLCHE, DIE SELBST MIT DIESER POSITION GERECHNET HATTEN – VON SICH UND VON NEUEN IDEEN ÜBERZEUGEN?

Amelie Becher: Einige waren schon skeptisch und haben dies klar geäußert – eine junge Frau als Chefin. Das ist, denke ich, normal. Bei den einen geht es dann schneller, bei anderen dauert es etwas länger, bis man akzeptiert ist.

Diese Zeit muss man ihnen auch geben. Wichtig war mir selbst vor allem, Vertrauen aufzubauen, nicht nur zu reden, sondern zu tun.

WIE SIND SIE IN ROTHENBURG AUFGENOMMEN WORDEN?

Amelie Becher: Mir wurde zwar eine ausführliche Einarbeitung angeboten aber das habe ich abgelehnt. Ich habe mich lieber selbst reingewöhlt.

Fremd war mir die ganz andere Unternehmenskultur, geschlossener, als ich sie bisher kannte. Ich selbst möchte, dass man sich grüßt, sich mit Namen anspricht, dass ein wertschätzender und reflektierter Umgang miteinander herrscht. Das aber muss ich als Direktorin auch vorleben und das gehört zu meinem Führungsstil. Den Umschwung zu einem offeneren Umgang miteinander haben wir aber dann hier in Rothenburg auch geschafft. Nach zwei Jahren sagte jemand erstaunt zu mir: „Mit Ihnen kann man reden“ und „Sie kommen morgens herein und lächeln“.

Ich denke aber, dass es für viele junge Führungskräfte einfacher ist, wenn es zu Beginn ein Mentoring gibt, einen Austausch auch mit älteren Menschen, die viel Erfahrungswissen haben, weil einen das vor vielen Problemen bewahrt.

Ich habe zum Glück einen Chef und Kollegen, den ich jederzeit ansprechen kann.

Viel gelernt habe ich auch von Menschen aus anderen Professionen, hier in Rothenburg zum Beispiel von der Pflegedienstleiterin, die einen ganz anderen Background hat als ich.

Hat man solche Möglichkeiten nicht, leidet auch der eigene Führungsstil.

ES GIBT VERSCHIEDENE FÜHRUNGSSYSTEME UND -STILE – UND NICHT ALLES PASST FÜR JEDES UNTERNEHMEN UND ZU EINEM SELBST. WIE WICHTIG IST ES FÜR ANGEHENDE FÜHRUNGSKRÄFTE, HIER DAS RICHTIGE ZU FINDEN? WIE GUT MUSS MAN ZUNÄCHST DAS KRANKENHAUS UND SEINE KULTUR KENNEN?

Amelie Becher: Hier kommt es nicht nur auf einen Aspekt an. Die eigene Persönlichkeit, der eigene Grundführungsstil, Ausbildung, auch, was man schon in der Vergangenheit gelernt hat –

das alles wird angepasst an die Situation, in der man arbeitet.

WIE WÜRDEN SIE IHREN FÜHRUNGSSTIL BESCHREIBEN?

Amelie Becher: Wertschätzend, reflektierend, freundlich, aber auch mutig, Fehler einzugestehen und das offene Gespräch nicht zu scheuen. Wir hatten hier im Haus zum Beispiel eine Teamleitung, die für sich selbst und damit auch für das Team aus verschiedenen Gründen schwierig war. Eine auf Dauer schlechte Situation für beide Seiten. Was waren die tieferen Gründe für ein bestimmtes Verhalten? Hier haben wir dann von der konkreten Lage losgelöst das Gespräch geführt, um gemeinsam die tieferliegenden Gründe herauszufinden und Lösungen gefunden. Inzwischen gehört sie zu den besten Teamleitungen, die wir im Haus haben.

„ Grundsätzlich aber bin ich der Ansicht, dass sich nicht nur junge Führungskräfte mit modernen Führungsmethoden auseinandersetzen sollten, sondern jeder seinen Führungsstil hinterfragen soll – gleich welchen Erfahrungswert man hat. “

Wichtig finde ich aber auch, schon vor einer Entscheidung festzuhalten: Ich treffe sie unter bestimmten, definierten Annahmen. Ich muss ja in der Lage sein, später sagen zu können, warum ich wie entschieden habe. Es ist auch wichtig, dass man eine einmal eingeschlagene Richtung neu justieren kann, etwas zu ändern, wenn die Entscheidung sich als falsch erweist oder wenn die aktuelle Situation etwas anders erfordert.

Im Vorfeld gilt es, genau abzuwägen: Welche Gründe führen zu dieser oder jener Entscheidung, welche Resultate werden angestrebt, welche Folgen könnte sie haben und welche Risiken entstehen daraus eventuell? Das sollte ich auch für den Fall eines Scheiterns wissen. Wir haben in der Corona-Pandemie gesehen, wie schnell sich auch Bedingungen ändern können und wie sich neue wissenschaftliche Erkenntnisse auswirken sowie im Ergebnis auch Entscheidungen revidiert werden müssen.

Hier geht es um ehrliche Kommunikation. Wir wussten anfangs nicht, was uns erwartete, wie

es weitergehen würde und haben uns immer auf mögliche Szenarien vorbereitet, um möglichst ein Schritt voraus zu sein.

WIE SCHAFFT MAN ES, KREATIVITÄT ZU FÖRDERN, DAFÜR AUCH ZU MOTIVIEREN?

Amelie Becher: Kreativität entsteht, wenn Vertrauen da ist. Das muss ich mir durch meine Art der Führung erwerben. Wer nur Stress hat und keinen Moment, um innezuhalten und nachzudenken, kann nicht kreativ sein.

Wenn ich als Führungskraft zu viel Druck mache, es immer nur um Leistung, Leistung, Leistung geht – wie kann eine Stationsleitung dann die Möglichkeit haben, zu überlegen, wie sie etwas verändern kann? Wie kann ich dann erwarten, dass sich etwas ändert?

SIND HIERARCHISCHE FÜHRUNGSMODELLE EINFACHER UMZUSETZEN?

Amelie Becher: Das scheint zunächst vielleicht so zu sein. Doch wir haben es auch mit einem Generationenwechsel zu tun – und die nächste Generation von Mitarbeitern hat andere Anforderungen an Führung als die Älteren. Es müssen sich aber alle gemeinsam wohlfühlen. Nur so sind sie auch auf Dauer zu guten Leistungen in der Lage. Mit schlechter Stimmung funktioniert das nicht.

EIN IM UNTERNEHMEN ÜBER JAHRE ETABLIERTER UND FÜR DIE MITARBEITER ZUDEM GEWOHNTER FÜHRUNGSSTIL KANN AUCH EINE BÜRDE SEIN, WENN DIE BEDINGUNGEN SICH GEÄNDERT HABEN ODER VERÄNDERUNGEN DEMNÄCHST ANSTEHEN. WELCHE EIGENSCHAFTEN SIND NOTWENDIG, IN SOLCHEN SITUATIONEN DIE BELEGSCHAFT DAFÜR ZU GEWINNEN, SICH DEM NEUEN ZU ÖFFNEN?

Amelie Becher: Ich führe Gespräche, erläutere konkrete Maßnahmen, wer dabei den Hut aufhat, welche Schritte als nächste kommen. Vor allem geht es darum, Mitarbeiter mitzunehmen und gemeinsam Ideen zu entwickeln. Man kann viele agile Methoden im Alltag anwenden, um die Kreativität zu fördern aber auch strukturiert nach vorne zu kommen.

Grundsätzlich gilt nicht, was man sagt, wie toll etwa ein Gespräch oder ein Meeting war, sondern es gilt, welche konkreten Maßnahmen erarbeitet wurden und wer was wann macht.

IN EINIGEN GRÖßEREN KLINIKUNTERNEHMEN WECHSELN VOR ALLEM JUNGE FÜHRUNGSKRÄFTE RELATIV OFT. WELCHE AUSWIRKUNGEN HAT DAS AUS IHRER SICHT AUF DIE MITARBEITER?

Amelie Becher: Mitarbeiter brauchen eine gewisse Kontinuität. Wenn sie immer wieder sehen, dass, wie beim Einsatz einer Unternehmensberatung, die Führungskraft nur kurzzeitig da ist und dann auf die nächst höhere Position wechselt, dann sinkt das Vertrauen ins Management.

„ An der Uni nimmt man viel theoretisches Wissen auf. Das genügt aber in der Praxis dann nicht. Es kommt auch sehr auf das Erfahrungswissen an. “

DAS AGILE KRANKENHAUS IST EIN FÜHRUNGSKONZEPT, DAS IN EINIGEN KLINIKEN BEREITS UMGESETZT WIRD. STELLT SICH EINE KRITISCHE LAGE EIN, WIRD ABER ZUM TEIL WIEDER NACH FÜHRUNG, WIE MAN SIE VON FRÜHER KENNT, GERUFEN.

Amelie Becher: Das kann ich nicht bestätigen. Es geht darum, wie Entscheidungen fallen und wie diese kommuniziert werden. Agilität ist auch dann möglich. Wichtig ist immer Kontinuität im Führungshandeln.

Uns hat die Pandemie stärker gemacht. Wir sahen, was wir für tolle Mitarbeiter haben. In unserem klinikinternen Krisenstab wurden alle Schritte abgewogen – der erste Schritt muss so laufen, die nächsten Schritte können das und das bedeuten. Wir haben immer wieder auch gelacht und uns bewusst gemacht, wie gut alles funktioniert und wie wir uns aufeinander verlassen können – und dass sich alle auch auf mich verlassen können, egal in welcher Situation, Tag und Nacht. Das bedeutet in solchen Zeiten allerdings, im privaten Bereich zu sagen, dass es nun extrem stressig wird.



Insgesamt war diese Zeit natürlich eine psychische Belastung für alle. Das hat man den Mitarbeitern deutlich angemerkt. Es gab keine Verschnaufpause, auch kein Zurück zum Vorher.

In den anderen Bereichen hat sich dann auch vieles angestaut, auch wichtige Projekte, die nachgeholt werden müssen. Das war schon vor der Pandemie anstrengend. Nun drückte die Zeit.

SIE SAGTEN ES BEREITS: DIE ERWARTUNGSHALTUNG AN DAS MANAGEMENT ÄNDERT SICH. WIE REAGIEREN SIE?

Amelie Becher: Wir merken diese veränderte Erwartungshaltung bei Ärzten ebenso wie bei Pflegenden. Wir müssen uns also fragen, was die Mitarbeiter wirklich wollen, was wir ändern können. Wenn es viele unzufriedene Mitarbeiter gibt, sollten die Führungskräfte sich das auf jeden Fall fragen.

Viele Mitarbeiter sind ja durch die Pandemie psychisch sehr belastet. Da kann es schneller zu Streitigkeiten und Konflikten kommen. Dann ist es an den Führungskräften, erst einmal zuzuhören, herauszufinden, wo der- oder diejenige steht, individuell auf sie einzugehen. Manchmal muss man hier erst einmal mehrere Schleifen drehen, bis man sagen kann: Jetzt haben wir es.

PERSONALFÜHRUNG ALS WESENTLICHE MANAGEMENTAUFGABE?

Amelie Becher: Das ist die Hauptsache. Wir arbeiten mit Menschen! Wir haben als Manager neben der wirtschaftlichen auch eine große soziale Verantwortung. Vor allem im Krankenhaus arbeiten unsere Mitarbeiter ja aus einem bestimmten sozialen Grund und so wollen sie auch gesehen werden. Wenn das nicht von oben erkannt wird, schadet das dem ganzen System.

ES GEHT ABER ANSCHEINEND FÜR VIELE AUCH UM WORK-LIFE-BALANCE...

Amelie Becher: Das sehe ich sowohl bei jungen Frauen als auch bei Männern. Viele möchten keine Verantwortung übernehmen. Vielleicht ist das durch Corona sogar noch verstärkt worden: Der Gedanke, eine Erkrankung könnte mich aus dem Leben nehmen. Deshalb will ich bewusster leben. Das reflektiere ich für mich selbst ebenfalls, aber für mich ist meine Arbeit Berufung, wie sie es auch bei vielen Pflegenden und Ärzten ist. Es ist eine Leidenschaft. Man kann gar nicht anders, als sich hier zu engagieren.

MODERNE FÜHRUNGSKONZEPTE BEZIEHEN DEUTLICH STÄRKER DIE MITARBEITER MIT EIN, DIE DANN MEHR VERANTWORTUNG ÜBERNEHMEN UND SELBSTSTÄNDIGER AGIEREN – STICHWORT U. A. AGILES UNTERNEHMEN. WENN ABER MITARBEITER VERANTWORTUNG NICHT MEHR GERN ÜBERNEHMEN MÖCHTEN – WAS DANN?

“
Ich habe jedenfalls meine Entscheidung nie bereut. Ich kann viel bewegen. Jede junge Führungskraft muss natürlich lernen, mit der Verantwortung, ja, mit diesem Druck, umzugehen. In einer Führungsposition muss ich Lösungsoptionen entwickeln und mich ständig selbst reflektieren.
 “

Amelie Becher: In meinem Freundeskreis sagt niemand, was ich tue, auch mit der großen Verantwortung, höre sich toll an. Das betrifft nicht nur Freunde oder Verwandte.

Auch Oberärzte, Chefärzte, die ein Team führen, wollen sich das zum Teil nicht mehr antun. Da stellt sich die Frage, wie diejenigen entlastet werden könnten.

Ich kann den Betreffenden Möglichkeiten an die Hand geben, die es ihnen in ihrer Position leichter machen – Arbeit im Team, Rückhalt durch das Management, Entlastung, wie z. B. in der Pandemie, in der ihnen die vielen geforderten Meldungen an die verschiedenen Stellen abgenommen werden. Deutlich machen: Wir gehören zusammen, gehen denselben Weg. Wenn z. B. ein Chefarzt weiß, ich halte ihm den Rücken frei, kann er handeln, etwas wagen und steht nicht allein da.

Ausprobieren lassen – das motiviert mich selbst dann auch. Es macht Spaß, etwas zu bewegen, Menschen dazu zu bewegen aus sich herauszukommen und zu wachsen.

ALLGEMEIN ERWARTET WIRD OFFENBAR, DASS EINE FÜHRUNGSKRAFT SICHERHEIT VERMITTELT UND ORIENTIERUNG GIBT, TATKRAFT UND ENERGIE AUSSTRAHLT, ZUVERSICHT ZEIGT, MOTIVIERT. NICHT SO EINFACH, DIESE ÜBERALL VON EXPERTEN BESCHRIEBENEN ANFORDERUNGEN ZU ERFÜLLEN. UND AUCH EINE DIREKTORIN MUSS SCHLIESSLICH ZU SICH SELBST KOMMEN KÖNNEN. WIE MACHEN SIE DAS?

Amelie Becher: Ich treibe Sport und habe natürlich ein Privatleben, einen Partner, Familie, Freunde. Das ist mir sehr wichtig. Ich bin neugierig, war viel im Ausland. Allerdings kann ich mich ziemlich schwer vom Krankenhaus lösen. Am letzten Tag vor einem Urlaub bin ich am längsten dort, weil ich schlecht gehen kann.

Im Alltag bewusst Erholungszeiten einzuplanen ist, zugegeben, nicht ganz leicht. Es gibt durchaus Tage, an denen ich zum Schluss sage: Meine Resilienz und meine Entscheidungskompetenz sind für heute aufgebraucht. Jetzt nicht noch eine Diskussion. Das gehört mit dazu. Man muss sich dann selbst schützen.

Es ist gut, wenn man ein Umfeld hat, das versteht und man dann gemeinsam sagen kann: Jetzt mal keine Klinik, kein Covid, mal ganz bewusst andere Themen, Kultur, Reisen, Lebensträume.

WIE WIRD ES MIT DER ARBEITSGRUPPE NUN WEITERGEHEN?

Amelie Becher: Wir haben inzwischen verschiedene Ideen und einen zeitlichen Rahmen. Im Juli gab es eine Kick-Off-Veranstaltung, um gemeinsam dem Projekt eine Richtung zu geben. Auch die AG ist ja ein agiles System.

Junger Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V.



... Was kommt demnächst?

PROJEKTIDEEN, NETZWERKTREFFEN, GREMIENARBEIT

Die Aktivitäten der Ende 2020 gegründeten AG Junger VKD haben Fahrt aufgenommen. Einige der Ideen aus den Zoom-Treffen sind bereits in Angriff genommen worden. Mitglieder der AG arbeiten inzwischen in verschiedenen Gremien mit und beteiligen sich aktiv an Stellungnahmen in Regelungs- und Gesetzgebungsverfahren.

Es war von der AG-Gründung an das Anliegen der Beteiligten, die Vielfalt und Vielzahl der Themen im Umfeld der VKD-Mitgliedschaft anzusprechen und entsprechende Konzepte umzusetzen. Hinzu kam der Wunsch nach Vernetzung und themenspezifischem Austausch untereinander, der auch die Basis der Projekte bildet, die inzwischen gestartet wurden. Wichtig war außerdem, zu allem immer auch einen einfachen und niedrigschwelligen Zugang dazu zu haben. Zu den Themen, die „in der Pipeline“ sind, gehört die Verbesserung des „Onboarding-Prozesses“. Der Konzeptvorschlag für dessen Neugestaltung inklusiver einer Checkliste wurde inzwischen vom Grundsatzausschuss des VKD sowie vom Vorstand verabschiedet, die Umsetzung in den Landes- und Fachgruppen ist in Planung.

Ein weiteres Wunschthema war das Mentoring-Programm. Für die Konzeptgestaltung gibt es ebenfalls eine Vorlage. Erste Interessierte wurden dafür bereits angesprochen. Die Vorstellung

im Grundsatzausschuss und die Umsetzung stehen derzeit noch aus.

Ein Vorschlag war, zu spezifischen Themen temporäre Projektgruppen zu bilden. Erste Projektgruppen sind bereits in Planung.

Ein wichtiges Thema für junge Führungskräfte sind Informationen und Debatten zu modernen Führungsstilen. Wie sollen Krankenhäuser künftig geführt werden? Für die Umsetzung wurden bereits Mitstreiter gefunden, die Arbeitsgruppe zu diesem Thema ist implementiert.

Erstmals in Präsenz findet das Vernetzungstreffen am 23. September in Berlin statt.

Neben Berichten über die Aktivitäten seit der virtuellen Informationsveranstaltung im Juli vorigen Jahres, Berichten aus den Arbeitsgruppen und der Mitgliedschaft von AG-Mitgliedern in den Vorständen der Landesgruppen, einem Vortrag zu den Anforderungen an das Management sowie zur Führungskräfteentwicklung gibt es offene Diskussionsformate zur Frage, wie sich die AG Junger VKD künftig in Strukturen ohne Hierarchien organisieren will, welche Ideen künftig realisiert werden könnten und wie die Willkommenskultur im VKD für neue Mitglieder gestaltet und gelebt werden sollte. Eine agile Veranstaltung.



OPTIMISTISCHE SIGNALE

Zukunftsprojekte gestartet
Innovative Personalgewinnung
Schritt für Schritt Digitalisierung
Investitionen in High-Tech-Medizin





20-Millionen-Projekt Urologieneubau abgeschlossen

NEUES UROLOGISCHES STEINZENTRUM MIT MODERNSTER MEDIZINTECHNIK

Einen Grund zu großer Freude gab es am 1. April in Eberbach. Offiziell übergeben wurde der Urologieneubau der GRN-Klinik. Im Neubau nahm das neue Urologische Steinzentrum Rhein-Neckar-Odenwald seine Arbeit auf. Hier werden nun die Patienten auf höchstem medizinisch-technischem Niveau versorgt.

Im Erdgeschoss des Neubaus ist eine neue urologische Funktionseinheit mit einer zukunftsorientierten Einteilung aus mehreren Untersuchungs- und Behandlungsräumen entstanden. Im neuen OP-Bereich wurden zwei hochmoderne Operationssäle (TUR-OP und Röntgen-OP) gebaut, die alle funktionalen und hygienischen Anforderungen erfüllen. Die neue Urologie verfügt über das aktuell modernste Equipment, einen Operationssaal mit High-End-Level sowie optimal geschultes Personal, so dass auch komplexe Krankheitsbilder minimalinvasiv behandelt werden.

Neben der Urologie im Erdgeschoss befindet sich im zweigeschossigen Anbau eine radiologische Praxis mit hochwertigen Diagnosegeräten sowie eine großzügige Dialysepraxis mit

33 Dialyseplätzen. Diese Kooperation macht die Wege im Bedarfsfall für die Patienten noch kürzer. Synergien können genutzt werden.

Auch künftig werden in Eberbach alle gutartigen und bösartigen Erkrankungen des Urogenitaltraktes bei Männern, Frauen und Kindern behandelt. Neben der Onkologie, Infektiologie, Fehlbildungen und Harninkontinenz soll das Steinleiden einer der wichtigsten Schwerpunkte der Abteilung werden.

Für den Neubau wurden in zweieinhalb Jahren Bauzeit rund 20 Millionen Euro aufgewendet. Die GRN-Klinik, Kreis und Land investierten rund 14,5 Millionen Euro, 5,5 Millionen Euro kamen von der Dietmar-Hopp-Stiftung. Der Stifter betonte, wie wichtig es ihm gewesen sei, dass durch den Neubau die wohnortnahe medizinische Versorgung auf hohem Niveau sichergestellt werden könne. Es sei gerade auch für ältere Menschen, Notfallpatienten oder Menschen mit starken Schmerzen wichtig, in angemessener Entfernung mit modernster Technik und menschlicher Zuwendung behandelt zu werden. Mit dem Zentrum gewinne die Klinik im weiten Umkreis ein zusätzliches wichtiges Allein-

stellungsmerkmal, betonte der Chefarzt der Urologie, Dr. Jan Voegele. Es sei das größte Modernisierungsprojekt seit Gründung des Krankenhauses, ein mächtiges Zeichen für den Standort Eberbach und eine gesicherten Zukunft der Klinik als Garant einer hochwertigen medizinischen Versorgung im Kreis, so Landrat Stefan Dallinger. Das sei auch durch den finanziellen Einsatz der Dietmar-Hopp-Stiftung möglich geworden.

Der Bürgermeister der Stadt Eberbach, Peter Reichert, betonte, gerade die vergangenen zwei Jahre hätten gezeigt, wie wichtig eine flächendeckende Krankenhausversorgung sei. „Unsere GRN-Kliniken im Kreis mit allen dort Beschäftigten werden gebraucht.“

Gesundheitszentren Rhein-Neckar

Die GRN-Gesundheitszentren Rhein-Neckar sind ein Verbund von vier Kliniken mit angeschlossener Apotheke, drei geriatrischen Rehabilitationskliniken sowie einem Seniorenzentrum und zwei Betreuungszentren. Diese Einrichtungen verteilen sich auf die Standorte Eberbach, Schwetzingen, Sinsheim und Weinheim. Ihr umfassendes medizinisches und pflegerisches Versorgungsangebot sichern sie durch die enge Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen der Metropolregion Rhein-Neckar. 3.400 Mitarbeiter arbeiten in unterschiedlichsten Bereichen für die GRN Gesundheitszentren Rhein-Neckar.



Das 20-Millionen-Projekt Neubau der Urologie in Eberbach wird übergeben.



Moderne Räume, High-Tech-Medizin für die Behandlung der Patienten auf höchstem Niveau

Zertifikat für weltweit erstes Krankenhaus im Passivhaus-Standard

ENERGETISCHER STANDARD WEIT ÜBER DEN GESETZLICHEN ANFORDERUNGEN

Der Neubau des Klinikums Frankfurt-Höchst ist im Passivhaus-Standard realisiert worden. Als weltweit erstes Krankenhaus hat das zum varisano-Verbund (Kliniken Frankfurt-Main-Taunus GmbH) gehörende Klinikum nun das Passivhaus-Zertifikat erhalten. Nach der erfolgreichen Zertifizierung durch das Passivhaus Institut (Sitz: Darmstadt) wurde das Zertifikat am 8. Juni von Hessens Wirtschaftsminister Tarek Al-Wazir in Frankfurt-Höchst an die Klinikleitung übergeben.

Hessens Wirtschaftsminister Tarek Al-Wazir erklärte: „Die beste Energie ist die, die nicht verbraucht wird. Darum setzen wir auf die drei E:

Energiesparen, Energieeffizienz und Erneuerbare ausbauen.“ Wie das konkret gehe, zeige das varisano Klinikum Frankfurt-Höchst: „Hier wurde ein energetischer Standard realisiert, der weit über den gesetzlichen Anforderungen für Neubauten liegt. Dieser Krankenhausbau zeigt damit, wie Klimaschutz im Gebäudesektor gelingen kann. Genau das brauchen wir: Denn in Hessen entfällt ein Drittel des gesamten Endenergieverbrauchs auf Gebäude.“ Hier liege „ein entscheidender Hebel in der Energie- und Wärmewende“. Das Land Hessen habe „dieses Vorzeigebispiel klimafreundlicher Neubauten gerne begleitet und gefördert“ – in der Hoffnung, dass es viele zum Nachahmen motiviert. Die in der Stadt Frankfurt für Klima, Umwelt und Frauen



(v. l.) Dr. Jürgen Schnieders, Geschäftsführer Passivhaus Institut, Darmstadt; Tarek Al-Wazir, Hessischer Wirtschaftsminister, Rosemarie Heilig, Dezernentin für Klima, Umwelt und Frauen, Stadt Frankfurt am Main, Martin Menger, Geschäftsführer Varisano Kliniken Frankfurt-Main-Taunus mit dem Zertifikat für das weltweit erste Krankenhaus im Passivhaus-Standard.



varisano Klinikum Frankfurt-Höchst

Als leistungsstarker Maximalversorger im größten kommunalen Klinikverbund der Region, den Kliniken Frankfurt Main-Taunus, bietet das Klinikum Frankfurt-Höchst medizinische und pflegerische Versorgung der höchsten Versorgungsstufe an und das seit über 160 Jahren. Ziel der Kliniken Frankfurt-Main-Taunus ist ein starkes Netzwerk, das den Kliniken und Einrichtungen mit ihrer unterschiedlichen Geschichte und Tradition gemeinsam mehr Zukunftsfähigkeit sichert – im Interesse einer modernen und optimalen Gesundheitsversorgung der Menschen in der Region. Dazu tragen auch die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) unter dem Dach des Klinikverbundes bei, die in der ambulanten Gesundheitsversorgung eine weiter wachsende Rolle spielen.

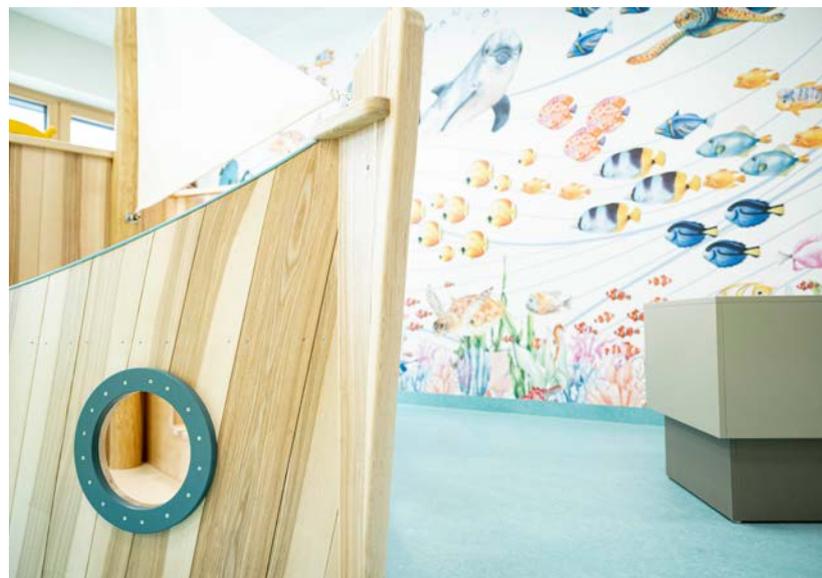
zuständige Dezernentin, Rosemarie Heilig, sagte bei der Zertifikats-Übergabe in Höchst: „Kliniken brauchen viel Energie. Wir wollten in Frankfurt als erste Stadt beweisen, dass man ein zeitgemäßes Krankenhaus fast ohne fossile Rohstoffe beheizen und klimatisieren kann.“ Sie sei „sehr stolz, dass uns dieser Meilenstein gelungen ist, gerade jetzt, wo wir uns dringend aus der Abhängigkeit von russischem Gas und Öl befreien müssen“. Hoffentlich werde das Klinikum Höchst „zum Leuchtturm für alle Krankenhäuser, die in Zukunft in Deutschland gebaut werden.“

Behaglichkeit kombiniert mit topmoderner Technik für Patientinnen und Patienten

Wie Martin Menger, der Vorsitzende der Geschäftsführung der varisano-Klinikgruppe, erläuterte, werden durch die optimierte Wärmedämmung und die etwa 1.000 dreifach-verglasten Fenster des Gebäudes große Unterschiede zwischen Oberflächen- und Raumtemperatur vermieden, was die Behaglichkeit in den Krankenzimmern steigern soll. Der Neubau schaffe insgesamt bessere Rahmenbedingungen für Patientinnen, Patienten und Beschäftigte: „Der Klinikneubau bringt ein völlig neues Krankenhausgefühl - nicht nur für die Patientinnen und Patienten: Wir bieten topmoderne Arbeitsplätze in Medizin und Pflege und deutlich größere Zimmer, deren Konzeption ein Vorbild für die ganze Branche ist.“ Zudem gibt es im Klinikneubau sogenannte „Bedside-Terminals“ an jedem Patientenbett: (Touchscreen-)Bildschirme, die sowohl die aktuellen Vitaldaten (Herzfrequenz etc.) und die Medikamentierung zeigen als auch für die Unterhaltung der Patientinnen und Patienten mit Fernsehen („Mediaentertainment“) genutzt werden können.



Wartebereich des Kinderzentrums



Kinderzentrum mit Spielmöglichkeiten

Grundlagenstudie: Passivhaus-Kliniken könnten künftig Standard werden

Der Neubau des Klinikums Frankfurt-Höchst war bereits während der Planungs- und Bauphase auf internationale Aufmerksamkeit gestoßen: Der Neubau zählt zu den modernsten Krankenhäusern. Auf sechs oberirdischen Geschossen finden sich 670 Betten und rund 40 tagesklinische Plätze. Das neue Krankenhaus umfasst zehn Operationssäle – darunter einen Hybrid-Operationssaal. Insgesamt hat das neue Gebäude eine Bruttogeschossfläche von mehr als 78.000 Quadratmetern. Das Passivhaus Institut hatte im Vorfeld im Auftrag des Landes Hessen eine Grundlagenstudie zur Umsetzung des Passivhaus-Konzepts in Krankenhäusern erarbeitet. Zudem begleitete das Forschungsinstitut den Neubau in der Planungs- sowie in der Bauphase. Durch ihren intensiven 24-Stunden-Betrieb gehören Krankenhäuser zu den Spitzenverbrauchern an Energie. Von der Notaufnahme über die Operationssäle samt Intensivstation bis zu den Patientenzimmern sind zahlreiche technische Geräte im Einsatz. Der Passivhaus-Standard ist – neben verbessertem Komfort – darauf ausgelegt, den Bedarf an Energie deutlich zu reduzieren. Beim Komfort kommt der Passivhaus-Standard den Anforderungen eines Krankenhauses ebenfalls entgegen. In Krankenzimmern empfinden Patienten eine erhöhte Temperatur als angenehm. Aufgrund des guten Wärmeschutzes im Neubau des Klinikums Frankfurt-Höchst können die höheren Raumtemperaturen mit geringerem Energiebedarf gedeckt werden.

Der Umzug in den Neubau des varisano-Klinikums Frankfurt-Höchst soll im Spätherbst 2022 erfolgen. Die baurechtliche Abnahme des hochkomplexen Gebäudes hatte sich verzögert. Zwar sind die medizinischen Großgeräte bereits installiert und getestet – optisch ist das hochmoderne Klinikum im Grunde bezugsfertig.

Voraussetzung für eine Inbetriebnahme des Klinik-Neubaus ist jedoch, dass sämtliche Genehmigungen, Abnahmen durch Behörden sowie Sachverständige vorliegen. Dies ist dem Generalunternehmer nicht im angestrebten Zeitplan gelungen. Fachleute verweisen auf die enorme Komplexität der technischen Anlagen und die extrem hohen Sicherheitsanforderungen für ein großes Krankenhaus: Dessen komplexe und vielfältig vernetzte Technik könne kaum noch nachjustiert werden, wenn der Klinikbetrieb erst einmal aufgenommen ist.



Außenaufnahme des Neubaus

.....
Die Grundlagenstudie des Passivhaus Instituts zur Umsetzung des Passivhaus-Standards in Krankenhäusern steht gebührenfrei zur Verfügung.

Vollautomatisches Arzneimittellager in Minden

NEUER KOMMISSIONIERER LIEFERT STÜNDLICH BIS ZU 1.200 MEDIKAMENTE AUS

Von der Decke bis zum Fußboden: 30.000 Medikamentenpackungen finden in dem Kommissionierer Platz. Er ist so schnell, dass er hinter Gitter muss. Mit mehr als Tempo 30 rast der neue Kommissionierer der Zentralapotheke der Mühlenkreiskliniken durch das etwa zehn Meter lange und drei Meter hohe Hochregallager. Aus Sicherheitsgründen ist das Lager hermetisch abgeriegelt. Öffnet man die Tür zum Lager, legt der Kommissionierer aus Sicherheitsgründen einen Notstopp ein.

In dem Hochregallager liegen mehr als 30.000 Medikamentenpackungen – von der Kopfschmerztablette bis zum Narkosemittel Propofol. Auf Anforderung können stündlich bis zu 1.200 Arzneimittel aus dem riesigen Sortiment ausgeliefert werden – vollautomatisch und in rasender Geschwindigkeit.

„Die Stationen bestellen digital die benötigten Medikamente, diese Bestellungen gehen direkt an den Kommissionierer. Dieser kann dann binnen kurzer Zeit die Arzneimittel zum Abtransport bereitstellen – alles vollautomatisch. Es gibt kein Suchen, kein aufwändiges Entziffern von Anforderungslisten oder sonstige Fehlerquellen“, sagt der Apothekendirektor Dr. Florian Immekus. Seitdem der neue Carryfix Pusher – wie der moderne Kommissionierer heißt – seine Arbeit im Universitätsklinikum Minden aufgenommen hat, hat sich der Ablauf von Bestellung und Arzneimittelbelieferung sowohl zeitlich wie auch hinsichtlich von Fehlbelieferungen deutlich verbessert. „Wir konnten unsere Kapazitäten durch den Automaten deutlich erhöhen und eine zeitgerechte Bereitstellung auch größerer Arzneimittelmengen sicherstellen“, berichtet der Apothekendirektor.

Medizinvorstand Dr. Jörg Noetzel sieht einen wesentlichen Vorteil der neuen Technik in der zusätzlichen Patientensicherheit: „Früher wur-

de jede Apothekenbestellung handschriftlich gemacht. Und es ist ja bekannt, dass wir Ärztinnen und Ärzte es mit der Schönschrift nicht so haben. Mit dem digitalen Bestellsystem ist jede Verwechslung oder Falschbestellung von vornherein ausgeschlossen“, sagt der Medizinvorstand der Mühlenkreiskliniken Dr. Jörg Noetzel. Etwa 1.000 verschiedene Arzneimittel können durch den Kommissionierer ausgeliefert werden. Etwa noch mal so viele Produktarten liegen im Apothekenlager. Das sind entweder Produkte wie Infusionen, die aufgrund ihrer Größe nicht in den Automaten passen, oder Arzneimittel, die so häufig und in so großer Stückzahl angefordert werden, dass es aufwändiger wäre, den Kommissionierer damit aufzufüllen.

Apropos auffüllen: Auch das macht der Kommissionierer vollautomatisch. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Apotheke müssen einzig den Barcode eines Arzneimittels einscannen, und schon sucht der Kommissionierer ein von der Größe passendes Fach. Alle Packungen des Medikaments werden nun an diesem Ort abgelegt. So wird sichergestellt, dass der zur Verfügung stehende Platz optimal ausgenutzt wird. Eine anderweitige Sortierung nach Alphabet oder Wirkstoffen, wie sie früher in Apotheken üblich war, entfällt.

Aber was, wenn die Maschine ausfällt? Dr. Florian Immekus beruhigt: „Auch dann ist die Versorgung mit Arzneimitteln für unsere Patientinnen und Patienten sichergestellt. Der Lagerort wird automatisch gesichert und kann jederzeit händisch abgerufen werden. Wir können also in der Not jederzeit auch ohne großes Suchen an die benötigten Medikamente kommen.“

Die Zentralapotheke der Mühlenkreiskliniken am Universitätsklinikum Minden versorgt auch die Krankenhäuser in Lübbecke, Rahden und Bad Oeynhausen mit den notwendigen Arzneimitteln. Täglich pendeln Transporte zwischen



Von der Decke bis zum Fußboden: 30.000 Medikamentenpackungen finden in dem Kommissionierer Platz.



Der Kommissionierer rast mit Tempo 30 durch die Regalreihen. Aus Sicherheitsgründen funktioniert das Gerät nur, wenn die Tür fest verschlossen ist.



Die von Apothekendirektor Dr. Florian Immekus geleitete Zentralapotheke der Mühlenkreiskliniken am Universitätsklinikum Minden versorgt auch die Krankenhäuser in Lübbecke, Rahden und Bad Oeynhausen mit den notwendigen Arzneimitteln.

den Krankenhäusern der Mühlenkreiskliniken hin und her, um die zeitnahe Versorgung mit Arzneimitteln zu gewährleisten. Dabei zeigten sich in den vergangenen Jahren sehr deutlich die Vorzüge einer zentralen Apotheke. „Wir können als große Krankenhausapotheke sehr viel besser auf die leider häufigen Lieferengpässe reagieren. Wir haben größere Lagerbestände und damit eine höhere Flexibilität und Sicherheit bei gleichzeitig geringeren Kosten. Das hat uns beispielsweise während der coronabedingten Lieferengpässe sehr geholfen. Bisher konnten wir diese gut ausgleichen oder durch Alternativpräparate kompensieren, sodass es zu keinen Einschränkungen bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten gekommen ist“, sagt Dr. Immekus.

Mittelfristig kann sich der Apothekendirektor noch weitere Kooperationen vorstellen: „Wir haben das pharmazeutische Knowhow und die Kapazitäten, um andere Krankenhäuser oder Reha-Zentren zuverlässig und schnell mit Arzneimitteln zu versorgen und können darüber hinaus in Person unsere klinischen Pharmazeuten und unserer Bereich Arzneimittelinformation zu einer optimalen Arzneimitteltherapie beitragen.“

Fotos: Mühlenkreiskliniken/Sven-Olaf Stange



Mühlenkreiskliniken

Die Mühlenkreiskliniken sind ein Zusammenschluss des Klinikums Minden, des Krankenhauses Rahden, des Krankenhauses Lübbecke und des Krankenhauses Bad Oeynhausen. Als 100prozentige Tochtergesellschaften gehört die Auguste-Viktoria-Klinik Bad Oeynhausen GmbH zum Verbund. Innerhalb ihrer Strukturen betreiben die Mühlenkreiskliniken das Medizinische Zentrum für Seelische Gesundheit und das Medizinische Versorgungszentrum sowie die Akademie für Gesundheitsberufe. Träger ist der Kreis Minden-Lübbecke. Über 5.200 Mitarbeitende versorgen jährlich etwa 250.000 Patienten ambulant und stationär.

Klinikum Main-Spessart wird Netzwerkpartner des Starhouse Spessart

EIGENBETRIEB DES LANDKREISES WILL INNOVATIONEN IN MEDIZIN UND PFLEGE FÖRDERN.

Das Klinikum Main-Spessart möchte Start-ups aus Main-Spessart unterstützen. Aus diesem Grund unterschrieb der Eigenbetrieb des Landkreises einen Kooperationsvertrag mit dem Starhouse Spessart, dem Digitalen Gründerzentrum (DGZ) der Stadt Lohr a. Main und dem Landkreis Main-Spessart. Als Netzwerkpartner ist das Klinikum damit Teil des Beirats und begleitet die weitere Entwicklung des Gründerzentrums. Hierfür beteiligt es sich mit 3.000 Euro jährlich an den Netzwerkkosten des DGZ.

Die zunächst für drei Jahre geschlossene Partnerschaft soll auch den Gründerinnen und Gründern aus der Region fachliche Kompetenz aus Medizin und Pflege an die Seite stellen und für Synergieeffekte zwischen Gesundheitsbranche und regionaler Gründer-Community sorgen. So sollen beispielsweise für zukünftige Projekte Start-ups der Region mit an Bord geholt werden.

Mit dem Masterplan 2025 schrieb sich der Eigenbetrieb des Landkreises die Digitalisierung als ein Fokusthema der kommenden Jahre auf die Fahne. An gleich mehreren Projekten arbeitet das Klinikum, um den Klinikalltag digitaler zu gestalten. Zuletzt ging das digitale Überleit- und Entlassmanagement an den Start, um die Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten effizient zu planen und umzusetzen.

Innovationen in der Gesundheitsbranche von großer Bedeutung

„Die Medizin steht nie still. Besonders der Gesundheitssektor lebt von Innovationen. Umso mehr freue ich mich, dass wir mit dem Starhouse Spessart hier einen Beitrag dazu leisten können“, erklärt Klinikreferent René Bostelaar. Gemeinsam mit den Start-ups hofft er so auf Innovationen, die die Gesundheitsbranche voranbringen.

Starhouse Spessart

Das Starhouse Spessart, Digitales Gründerzentrum von Stadt Lohr a. Main und Landkreis Main-Spessart, wird vom Bayerischen Staatsministerium für Wirtschaft, Landesentwicklung und Energie gefördert. Aufgabe des Starhouse ist es, digitale Gründer:innen und Start-ups aus der Region Main-Spessart auf ihrem Gründungsweg zu begleiten und zu fördern. Neben Coachingangeboten und einem niederschweligen Zugang zu einem starken Netzwerk aus regionalen Wirtschaftspartnern und umliegenden Hochschulen bietet das Gründerzentrum dabei auch die Möglichkeit für digitale Existenzgründer:innen, das Starhouse als Arbeitsplatz zu nutzen.

Landrätin Sabine Sitter, die mit dem Landkreis Main-Spessart und zusammen mit der Stadt Lohr a. Main Trägerin des Starhouse ist, unterstreicht die Bedeutung des Digitalen Gründerzentrums für den gesamten Landkreis: „Das Starhouse mit seinem Netzwerkgedanken ist genau die richtige Institution, um digitale Geschäftsmodelle zu fördern und die Unternehmen zusammen zu bringen. Gemeinsam wollen wir einen innovativen Schwerpunkt mit Blick auf die nächsten 50 Jahre in Main-Spessart setzen.“

Bürgermeister Dr. Mario Paul begrüßt ebenfalls die künftige Zusammenarbeit mit dem Klinikum: „Ich freue mich, dass wir mit dem Klinikum Main-Spessart einen sehr leistungsfähigen Partner der Gesundheitsversorgung in unserer Region mit an Bord haben – dies unterstreicht die Bedeutung der Themen Gesundheit und Innovation für den Standort Lohr a. Main.“





Klinikum Main-Spessart

Das Klinikum Main-Spessart, ein Eigenbetrieb des Landkreises Main-Spessart, beschäftigt mehr als 1.000 Mitarbeitende an den Standorten Lohr am Main, Marktheidenfeld und Gemünden. Als leistungsstarkes Krankenhaus der Akut-, Grund- und Regelversorgung mit zentraler Notaufnahme und als akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Würzburg bietet es ein breites Spektrum moderner Hochleistungsmedizin auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Ein Bildungszentrum für Pflegeberufe, ein geriatrisches Zentrum sowie zwei Senioreneinrichtungen runden das wohnortnahe Angebot ab. Als Leuchtturmprojekt des Freistaates Bayern entsteht am Standort Lohr ein neues Zentralklinikum mit einer Nutzfläche von rund 17.000 qm und 280 Betten. Das Bauvorhaben wird mit mindestens 99,28 Millionen Euro finanziell gefördert.



Das Klinikum Main-Spessart wird neuer Netzwerkpartner: Klinikreferent René Bostelaar nimmt die Willkommensurkunde entgegen

Pflegeberatung als Thema bei anstehender „Start-up! Competition“

Wie konkret die weitere Kooperation werden kann und welche Schnittmengen sich im Bereich Digitalisierung ergeben, zeigt sich schon zu Beginn der Netzwerkpartnerschaft an einem konkreten Beispiel: Das Starthouse Spessart veranstaltete gemeinsam mit dem Entrepreneurship-Projekt zur Gründungsförderung an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt (FHWS) am 28. April 2022 ein eintägiges Event unter dem Titel „Start-up! Competition“, bei dem Studierende der Hochschule und Gründungsinteressierte aus der Region Mainfranken zusammen mit Unternehmensvertretern digitale Lösungsansätze für Aufgabenstellungen aus der Praxis erarbeiten. Im Rahmen der Competition fungiert das Klinikum Main-Spessart als einer von zehn Challenge-Gebern. Die Aufgabenstellung des Klinikums widmet sich der Frage, wie die persönliche Beratung im Pflegefall dank digitaler Service-Points vor Ort im ländlichen Raum ermöglicht werden kann. Dabei sollte insbesondere geschaut werden, wie bestehende Infrastrukturen, zum Beispiel Filialnetze der Banken, für Synergien im Bereich der Gesundheitsberatung genutzt werden können.

Anja Güll, Leiterin des Starthouse Spessart, freut sich über das Engagement des Klinikums. Die Mitwirkung an der Competition und das eingebrachte Challenge-Thema zeigen, „dass es uns gleichermaßen darum geht, im Bereich Digitalisierung Innovationsimpulse für die ganze Region zu setzen und innovative Ideen in die Praxis zu bringen“.



Starthouse-Leiterin Anja Güll (links im Bild) und Wirtschaftsförderer des Landkreises Sebastian Kühl (rechts im Bild) halten das Band, das von Dr. Mario Paul (v. l.), dem Lohrer Bürgermeister, Staatssekretärin Anna Stolz und Landrätin Sabine Sitter durchtrennt wird, um die Erweiterung der Räumlichkeiten im Digitalen Gründerzentrum zu feiern.

PflegeLab, Videos, Instagram und ein App-Projekt

PFLEGEAUSBILDUNG IM KLINIKUM BRAUNSCHWEIG – INNOVATIV, INTERESSANT UND MOTIVIEREND

Innovativ wirbt das Städtische Klinikum Braunschweig um Pflegefachkräfte und solche, die es werden wollen. In einer Sonderausgabe des Magazins für Gesundheitsinteressierte PULS, berichten Pflegende und Auszubildende über ihre Arbeit, ihre Motive, ihre Ziele und die vielen Möglichkeiten, die ihnen das Klinikum bietet.

„Man hat so viele Möglichkeiten“, „Die Ausbildung war die beste Entscheidung“, „Ich habe gemerkt, dass Krankenhaus Spaß macht“ – das sind einige O-Töne von Auszubildenden. Das Klinikum ist Projektschule des Landes Niedersachsen. Im Rahmen der Landesinitiative n-21, die digitales Lernen voranbringen soll, hat sich das Haus gemeinsam mit dem Krankenhaus Marienstift in Braunschweig um Fördergelder beworben. Das selbst entwickelte Konzept sieht vor, Auszubildende während des Unterrichts in Pflegesituationen zu filmen. Die Videos werden benotet und anderen Auszubildenden zur Verfügung gestellt. Da unter den Azubis auch viele ausländische Schülerinnen und Schüler sind, sollen diese die Möglichkeit bekommen, die Videos künftig in ihrer Muttersprache zu vertonen.

Übung im PflegeLab

Die Azubis schätzen die Übungseinheiten im PflegeLab. Hier können sie u. a. an einer Simulationspuppe in kleinen Gruppen Wundversorgung oder das Legen eines Blasenkatheters üben. Das Curriculum wurde von Lehrenden aus Praxis und Theorie gemeinsam erarbeitet und verbindet so sinnvoll Didaktik und Inhalte.

Für besonders engagierte Berufsanfängerinnen und -anfänger bietet das Klinikum auch die Möglichkeit, parallel zur Ausbildung Pflegewissenschaften an der Ostfalia zu studieren.



Influencerinnen für den Pflegeberuf

Das tut auch Vanessa Schulze. Sie und ihre Berufskollegin Josie Seiler – beide junge Pflegefachkräfte – berichten zudem regelmäßig auf Instagram über ihren Berufsalltag. Beide hatten zeitgleich vor vier Jahren ihre Ausbildung gestartet und zwei Jahre später – in Absprache mit dem Klinikum – begonnen, auf Instagram darüber zu berichten. Ihr Ziel: Die guten und auch schwierigen Seiten des Berufs zu zeigen, Aufmerksamkeit für die Pflege zu wecken. Mindestens einmal in der Woche und über die Jahre zunehmend professioneller geht es seitdem unter @vanessaundjosie um interessante, schwierige und fröhliche Themen des Pflegealltags. Auch berufspolitische Fragen und Kritisches werden dabei nicht ausgespart. Beide Frauen sind der Ansicht, dass ihr Beruf mehr Anerkennung braucht – auch, damit mehr Azubis nach ihrer Ausbildung im Klinikum bleiben.



Städtisches Klinikum Braunschweig

Das Städtische Klinikum Braunschweig gGmbH (skbs) ist eines der größten Krankenhäuser Niedersachsens. Als Haus der Maximalversorgung und Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover stellt es eine umfassende medizinische Versorgung der Menschen in der Region zwischen Harz und Heide auf hohem Niveau sicher. Einundzwanzig Kliniken, zehn selbstständige klinische Abteilungen und sieben Institute decken nahezu das gesamte Spektrum der Medizin ab. Das Haus verfügt über 1.499 voll- und teilstationäre Planbetten. Das Klinikum hat einen Umsatz von rund 360 Millionen Euro pro Jahr. Mit über 4.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ohne Tochtergesellschaften ist es einer der größten Arbeitgeber in der Region. Rund 50.000 stationäre und 200.000 ambulante Patienten werden jedes Jahr an den drei Standorten des Klinikums Braunschweig behandelt und betreut.

Vielfältige Karrierechancen

Der Pflegeberuf bietet eine Vielzahl von Zusatzweiterbildungen, die nicht nur den beruflichen Horizont erweitern, sondern auch Karrierechancen eröffnen. Im Klinikum Braunschweig werden Mitarbeitern und auch externen Interessierten sechs Fachweiterbildungen in der Pflege angeboten.

Im Bildungszentrum des Klinikums können Pflegendende, die sich spezialisieren möchten, an vielen Fachweiterbildungsangeboten teilnehmen. Und natürlich finden hier auch die notwendigen Pflichtfortbildungen statt. Sie werden seit diesem Jahr auch als E-Learning-Module angeboten. Das ermöglicht den Teilnehmenden eine individuelle Zeitplanung.



Lehrsituation mit Simulationspuppe



Jens Eilmes arbeitet in der Geriatrie. Dazu gehört auch, alten Menschen bei Bedarf das Essen zuzureichen



Anaesthesiepflege – hier ist eine entsprechende Fachweiterbildung nötig



Jonas Sewing, Geschäftsführer Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer; Michael Wendelken, Beauftragter Personalgewinnung Diakonissen Speyer; Alexander Reichmann, Geschäftsführer Ahorn Camp GmbH (v. l.).

Mit neuem Recruitingmobil im Einsatz für die Ausbildung

PERSÖNLICHE BERATUNG ZU DEN AUSBILDUNGSMÖGLICHKEITEN IM GESUNDHEITSBEREICH

„Einsteigen – Aufsteigen“ unter diesem Motto entsendet das Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer sein neues Recruitingmobil in die Vorder- und Südpfalz. Ein ausrangierter Rettungswagen wurde zum rollenden Ausbildungscafé umgebaut.

„Wir möchten mit den jungen Menschen persönlich ins Gespräch kommen und sie zu passenden Ausbildungsmöglichkeiten im Gesundheitsbereich individuell beraten. Und das funktioniert analog einfach besser als in rein digitaler Form“, ist Jonas Sewing, Geschäftsführer des Diakonissen-Stiftungs-Krankenhauses Speyer und Initiator des Projekts, überzeugt.

„Von sehr positiver Resonanz“ bei ersten Einsätzen auf Schulhöfen und Berufsmessen berichtet Michael Wendelken, Beauftragter Personalgewinnung bei den Diakonissen Speyer, der seit kurzem mit dem Recruitingmobil unterwegs ist. Auch könne er äußerst flexibel agieren, wenn Schulleitungen Interesse an der Vorstellung von Ausbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten in der Pflege, Geburtshilfe, Medizinischen Assistenz und Physiotherapie anmelden, freut sich Wendelken über den bestandenen Praxistest.

Der ehemalige Rettungswagen wurde in Zusammenarbeit mit der Speyerer Firma Ahorn Camp in den letzten Monaten zu einem Recruitingmobil in modernem Look umgebaut: Der Innenbereich bietet nun Platz für eine gemütliche Sitzzecke mit Fernsehmonitor, auf dem Dach sorgt eine Solaranlage für umweltfreundliche Stromzufuhr für

die Kaffeemaschine und die integrierte Kühlbox. An die ursprüngliche Funktion des Wagens – den Transport und die Versorgung von Notfallpatienten – erinnern trotz aller Umbauten noch viele Elemente, die bewusst im Originalzustand erhalten blieben. Auf den Außenflächen werben vier Mitarbeiter:innen des Diakonissen-Stiftungs-Krankenhauses Speyer bildlich für ihren jeweiligen Beruf (ATA, Pflegefachkraft, Hebamme, Physiotherapeutin).

Als im Januar die Anfrage für den Umbau kam, sei man sofort begeistert gewesen von diesem Projekt, erinnert sich Alexander Reichmann, Geschäftsführer der Ahorn Camp GmbH, die auf den Vertrieb von Wohnmobilen spezialisiert ist. „Unser Werkstatt-Team hat innerhalb kurzer Zeit den Rückbau, die technische Umrüstung und den Innenausbau umgesetzt. Wir freuen uns, dass wir das Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer bei diesem Vorhaben unterstützen konnten.“

Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer

Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer ist der Name des gemeinsamen Krankenhauses, das aus der Fusion des Krankenhauses der Evangelischen Diakonissenanstalt Speyer und dem Stiftungs-Krankenhaus der Stadt Speyer im Jahr 2004 hervorgegangen ist.

Onkologische Forschung in NRW gestärkt

SPITZENZENTREN HABEN IHRE EXPERTISE GEBÜNDELT

Das gemeinsame „Cancer Research Center Cologne Essen – CCCE“ des Westdeutschen Tumorzentrums (WTZ) am Universitätsklinikum Essen sowie des Centrums für Integrierte Onkologie (CIO) an der Uniklinik Köln hat sechs neue Nachwuchsgruppen etabliert: zwei in Essen, zwei in Köln, eine in Aachen und eine in Bochum. Möglich wurde das durch eine Förderung des Ministeriums für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen, das das CCCE sowie den landesweiten Aufbau eines „Exzellenznetzwerks Krebsmedizin“ unterstützt, um die patientenorientierte Forschung im Bereich der personalisierten Krebstherapie voranzutreiben. Eingeweiht wurden auch vier Professuren.

Die anwendungsorientierte Krebsforschung der Universitätsklinika Essen und Köln ist seit drei Jahren im Rahmen des CCCE verbunden. Die beiden großen Onkologischen Spitzenzentren haben ihre Expertise gebündelt, um im nationalen und internationalen Wettbewerb schlagkräftig und sichtbar zu agieren.

Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Nachwuchsgruppen forschen in den Bereichen „Computergestützte Krebsbiologie“, „Translationale Immunonkologie“, „Medizinische Datenwissenschaften in der Onkologie“ und „KI-

gesteuerte Therapien“. Diese Forschungsfelder sind zum Teil noch sehr jung, gelten aber als extrem vielversprechend. Neben jeweils zwei Nachwuchsgruppen des CCCE in Essen und in Köln stellt die Ansiedelung von zwei weiteren Nachwuchsgruppen in Aachen und Bochum eine Vernetzung des CCCE mit weiteren universitätsmedizinischen Standorten des Bundeslandes her.

Die Forschung im CCCE soll in maßgeschneiderte, wirksame und nebenwirkungsarme Behandlungsansätze für Krebspatientinnen und -patienten münden. Univ.-Prof. Dr. Martin Schuler, stellvertretender Direktor des WTZ Essen: „Entsprechend liegen hier die hochspezialisierten Themenfelder unserer Nachwuchsgruppenleiter. Sie bringen ihre einzigartigen Kompetenzen ins CCCE ein, um gemeinsam durch die intelligente Verknüpfung von klinischen und Versorgungsdaten ein signifikant gesteigertes Niveau der Personalisierung erreichen zu können.“ Der Direktor des CIO Köln, Univ.-Prof. Dr. Michael Hallek, ergänzte: „Unsere neuen Nachwuchsgruppen sind Ausdruck einer innovativen, sich vernetzenden interdisziplinären Krebsforschung. Wir sind zuversichtlich, dass sie nicht nur brillante Wissenschaft betreiben werden, sondern auch, dass wir sie gut auf die Arbeit in großen Forschungsverbänden vorbereiten können. In der Onkologie ist aktuell vieles in Bewegung.“



Das Cancer Research Center Cologne Essen (CCCE)

Das 2018 gegründete CCCE soll die Krebsmedizin in Nordrhein-Westfalen auf ein internationales Spitzenniveau anheben. Dazu werden im Rahmen einer engen Kooperation die sich ergänzenden Expertisen der Universitätsklinik Köln und der Universitätsmedizin Essen sowie der beiden Medizinischen Fakultäten gebündelt. Beide Standorte sind onkologische Spitzenzentren der Deutschen Krebshilfe, das Centrum für Integrierte Onkologie (CIO) für Köln sowie das Westdeutsche Tumorzentrum (WTZ) für Essen. Das CCCE nutzt sein einzigartiges Cluster führender Studiengruppen, Patientenkohorten und umfassender Studienangebote für medikamentöse, chirurgische sowie Strahlentherapien. Im Rahmen der „Nationalen Dekade gegen Krebs“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) ist das CCCE seit September 2020 als neuer Standort des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen (NCT) nominiert.



Starkes Netz für die Versorgung von Krebspatienten

DEUTSCHE KREBSHILFE FÖRDERT WEITERE EXZELLENZ-KREBSZENTREN

Im Rahmen ihres Förderprogrammes zur Initiierung und Weiterentwicklung von Exzellenz-Krebszentren haben sich die Universitätskliniken Würzburg, Erlangen, Regensburg und Augsburg sowie die Universitätskliniken Leipzig und Jena zu sogenannten Onkologischen Spitzenzentren (Coamprehensive Cancer Center, CCC) zusammengeschlossen. Mit der Förderung dieser Zusammenschlüsse baut die Deutsche Krebshilfe ihr bundesweites Netzwerk solcher Zentren weiter aus

Gerd Nettekoven, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krebshilfe. „Die Zentren werden künftig in der Patientenversorgung und in ihren Regionen abgestimmt vorgehen, aber auch in der Forschung ihre jeweiligen Stärken in ein strategisches Gesamtkonzept einbringen, um neue Erkenntnisse zu generieren und Synergien in vielen Bereichen zu erzielen.“

Neben der Patientenversorgung haben die CCCs die Aufgabe, Versorgungsstrukturen und -abläufe weiterzuentwickeln, mit umliegenden Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten, insbesondere onkologischen Schwerpunktpraxen, eng zu kooperieren sowie die Krebsmedizin durch innovative onkologische Forschung voranzubringen. Nach dem Verständnis der

Deutschen Krebshilfe sollen die in den CCCs erzielten Fortschritte bundesweit allen onkologischen Versorgungseinrichtungen – wie den von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten „Klinischen Onkologischen Zentren“ und „Organ-krebszentren“ – zugänglich gemacht werden, so dass alle Krebspatient*innen rasch von diesen profitieren.

Im Netzwerk Onkologische Spitzenzentren erarbeiten die Ärzte und Wissenschaftler neue Standards und Leitlinien für die Versorgung krebskranker Menschen. Die dabei erzielten Fortschritte werden auch anderen Versorgungseinrichtungen zugänglich gemacht, damit alle Krebspatienten davon profitieren.

Die Onkologischen Spitzenzentren bilden einen grundlegenden Teil eines umfassenden, dreistufigen Programms, das gemeinsam mit der Partnerorganisation, der Deutschen Krebsgesellschaft, auf den Weg gebracht wurde.

Neben den Spitzenzentren zertifiziert die Deutsche Krebsgesellschaft auf der zweiten Ebene Onkologische Zentren und als dritte Ebene Organ-krebszentren. Diese Strukturen sollen dazu führen, dass Tumorpatienten in Deutschland flächendeckend nach einheitlichen, hohen Qualitätsstandards behandelt und versorgt werden.

Impressum

HERAUSGEBER

Verband der Krankenhausdirektoren
Deutschlands e. V.

Geschäftsstelle

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

REDAKTION

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

ALLE INTERVIEWS

Angelika Volk

LAYOUT UND SATZ

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

ABBILDUNG TITEL

Jiw Ingka – stock.adobe.com

REDAKTIONSSCHLUSS

22. August 2022

ISBN: 978-3-9824997-0-3

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

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

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



NEUE HERAUSFORDERUNGEN BRAUCHEN NEUE LÖSUNGEN:

DIE HEALTH CARE PROGRAMME DER SMBS

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

Das sind die Mega-Trends der kommenden Jahre:

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

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

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

Inhalte der Module

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

Anmeldung und Organisation:

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

SEMESTERSTART: HERBST 2022

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



Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands e. V.

119 Jahre

... und kein bisschen leise!

Gründungstag: 5. Juli 1903

Gründungsort: Dresden