



Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands e. V.

PROJEKTE | POSITIONEN | PERSPEKTIVEN

PRAXISBERICHTE

2024



KRANKENHAUSREFORM

Die Bewertungen der Praktiker

MANAGEMENT IM WANDEL

Führungsstrukturen, Konzentration,
Soziale Aspekte

HERAUSFORDERUNG FACHKRÄFTEMANGEL

Flexibilität, Ideen,
Nachwuchsförderung

JUNGER VKD

Projekte und Angebote

OPTIMISTISCHE SIGNALE

Zukunftsorientiert, Nachhaltig,
Innovativ



Where healthcare is going

Düsseldorf, Germany **11–14 November 2024**

Member of  **MEDICAlliance**



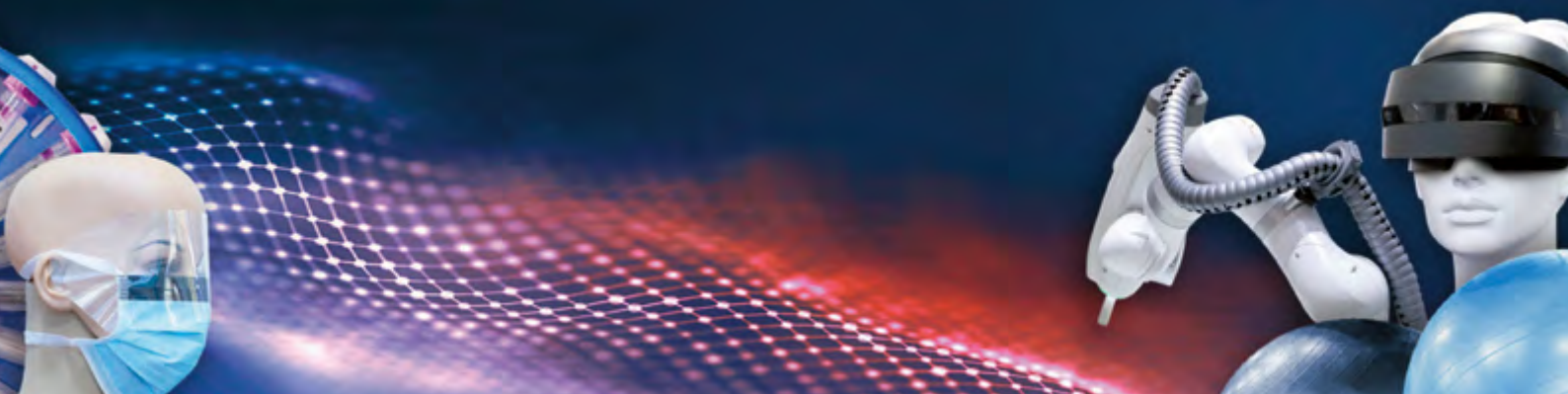
MEDICA 2024 - Spitze in allen Bereichen **Der VKD ist auch dabei!**

Die **MEDICA 2024** wird als die weltführende Informations- und Kommunikationsplattform für die Medizintechnik-Branche und den Zuliefererbereich der Medizintechnik-Industrie vom 11. – 14. November 2024 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 in Halle 12, A64, 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

OHNE PRAXISTAUGLICHE UMSETZUNG SCHEITERT DIE WICHTIGE REFORM

Wenn ganze Krankenhäuser ungeplant abgewickelt werden müssen, wenn Insolvenzverwalter über regionale Versorgung mitentscheiden und wenn einzelne Träger Fachabteilungen schließen, um den Rest eines nötigen Versorgungsauftrages noch sicherstellen zu können, dann wird die Versorgung schlechter! Die geplante „Revolution“ der Krankenhausversorgung schlägt dann in ihr Gegenteil um.

Der VKD steht seit mehr als 120 Jahren seit seiner Gründung für die Stimme der Praxis, da die Mitglieder unseres Verbandes Tag für Tag die hohe Aufgabe haben, den Versorgungsauftrag für Ihren Träger organisatorisch sicherzustellen – sei es in der Stadt oder auf dem Land. Wir als Führungskräfte im Gesundheitswesen bringen uns in unseren verschiedenen Funktionen ein – sei es im Management unserer Krankenhäuser, sei es bei unseren Trägern und Eigentümern, sei es in der Politik auf Kommunal-, Landes- oder sogar Bundesebene, sei es in Fachverbänden oder der Selbstverwaltung, sei es hauptberuflich oder vielfach auch im Ehrenamt. Wenn die Politik es aber versäumt, sich mit den Argumenten der Praxis und der Bundesländer zur geplanten Krankenhausreform konstruktiv auseinanderzusetzen, steht ihr ein Scheitern bevor. Wenn nicht bereits im Parlament, dann in der für jeden Bürger erkennbaren und eben nicht nachhaltig und zukunftsfest neu geregelten Gesundheitsversorgung. Und der Verlust eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung ist vor Ort für jeden Einwohner einer Region sehr gut erkennbar. Manchmal ist

dies vielleicht noch leichter zu verkraften, wenn es in der Nähe andere medizinische Angebote gibt, aber der kalte Strukturwandel in der Fläche ist dem Bürger nur schwer zu vermitteln. Gesundheitsversorgung sollte geplant erfolgen und die Sicherstellung dieser sollte nicht daran liegen, ob ein Träger die geplante Unterfinanzierung des Krankenhaussystems mit nötigen Defizitausgleichen tragen kann, sondern

ob eine Versorgung nötig und auch möglich ist. Notwendige regionale Gesundheitsangebote sind also auskömmlich zu finanzieren.



Dirk Köcher

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

Die Hoffnung ist noch immer, dass die Reform auf der Zielgeraden noch die nötigen Änderungen erfährt, dass es noch wichtige Veränderungen am Gesetzentwurf geben wird, dass die Bundesländer mit ihren Warnungen Gehör finden, dass Bundestagsabgeordnete die Komplexität der geplanten Transformation verstehen

und ebenfalls auf Änderungen dringen. Denn was wird ansonsten aus der Gesundheitsversorgung, einem bis vor wenigen Jahren doch stabilen System, auf das grundsätzlich Verlass war?

Was ist bisher schiefgelaufen in der Kommunikation von Bundespolitik und Praxis? Der Ton ist rau geworden. Der Bundesgesundheitsminister verweigert seit Veröffentlichung des Referentenentwurfs für die Krankenhausreform jeden wirklichen Diskurs auf Augenhöhe mit den Praktikern und ihren Verbänden. Die praktischen Erfahrungen, die sachlichen Argumente, werden seit fast zwei Jahren Jahr ignoriert.

Wer das deutliche Gefühl hat, nicht gehört zu werden, wird lauter. Das ist eine ganz normale Reaktion. Sie entsteht auch aus dem großen Pflichtgefühl derjenigen heraus, die für die Krankenhäuser Verantwortung tragen und derjenigen, die sich für ihre Patienten tagtäglich engagieren. Wundert sich jemand, dass es im vorigen Jahr bundesweit zu heftigen Protesten kam? Wundert sich jemand, dass dies geschieht, wenn jene ignoriert werden, die am Ende die Reform umsetzen sollen, die auch vor den Bürgern, den Patienten, dafür gerade stehen sollen? Wie enthusiastisch werden sie dabei sein?

Außer Beschimpfungen als Lobbygruppen, der Verortung des Vorstandsvorsitzenden der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Rechtsaußenbereich durch den Bundesgesundheitsminister gab es keine nennenswerte Reaktion, mit der er argumentativ auf die Kritik und die Lösungsvorschläge der Krankenhäuser einging. 18 Monate nach den Ideen der Regierungskommission und unzähligen gemeinsamen Terminen zwischen dem BMG und den Bundesländern gab es einen 16:0-Beschluss der Länder gegen den Referentenentwurf mit Aufzählung nötiger Änderungen. Die Rede des Bundesgesundheitsministers vor dem Bundestag zur 1. Lesung des Reformpapiers Anfang Juli kannten wir alle bereits aus bisherigen Auftritten. Nichts Neues unter der Sonne, keine sichtbare Annäherung.

Vor allem auch der immer wiederholte und vielfach widerlegte Hinweis auf die mangelhafte Qualität – vor allem sind hier immer kleinere Kliniken gemeint – kränkte und frustrierte uns und unsere Mitarbeiter. Zumal dieser Vorwurf im Widerspruch steht nicht nur zur ständig nachgewiesenen Qualität der Kliniken, sondern auch im Widerspruch zur Qualität etlicher aktuell beschlossener Gesetze. Beispiel ist u. a. das Transparenzgesetz als nächstes Bürokratiemonster. Auch hier wurden Praktiker und Mediziner nicht gehört.

Das alles schafft keine Atmosphäre für eine gute Reform, die alle Beteiligten mitnimmt. Und darauf ist die Politik doch mehr denn je angewiesen.

Wenn in einer Pressekonferenz einhellig vier Verbände aus dem Gesundheitsbereich das unterirdische Kommunikationsverhalten des Ministers beklagen, müsste das doch im Bundesgesundheitsministerium alle Alarmglocken läuten lassen.

Nach wie vor sind Praktiker und ihre Verbände zur aktiven Mitarbeit am Gesetz bereit. Dafür brauchen wir aber die Bereitschaft auch im Bundesministerium und bei den Abgeordneten der Ampelparteien, sich ernsthaft mit der zugegeben komplizierten Materie auseinanderzusetzen. Die einfachen Lösungen des Ministers verdecken, was tatsächlich dahintersteckt.

Wenn die Länder immer energischer eine Auswirkungsanalyse fordern, dann haben sie recht. Ein oder zwei Jahre nach Inkrafttreten der Reform ist das Kind ansonsten vermutlich schon in den Brunnen gefallen. Was passieren kann, wenn der Gesetzentwurf nicht auf den Prüfstand gestellt wird, können wir Praktiker uns durchaus vorstellen. Das zeigen auch die Stellungnahmen die vielfach, auch vom VKD, vor den Anhörungen abgegeben wurden.

Wir brauchen eine Reform – es geht nicht um das Ob, sondern um das Wie, es geht nicht um Schnelligkeit, sondern um Gründlichkeit. Das hat unser Verband schon am Anfang aller Debatten betont.

Mit einem Kompromisspapier hat sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft nochmals in die Debatte eingebracht mit dem Ziel, die Reform noch zu retten. Selbst damit kommen schon durchaus heftige Zeiten auf die Kliniken zu. So noch nie erlebte Einschnitte sind zu bewältigen. Das zeigen auch die Interviews im ersten Schwerpunkt dieser Praxisberichte. Wir

sind bereit, uns der geplanten Transformation zu stellen. Sie muss aber in den dann geltenden Regelungen nachvollziehbar, sinnvoll und auch leistbar sein.

Wir können nur hoffen, dass die Abgeordneten der Ampelparteien die Warnungen aus der Praxis am Ende nicht ignorieren. Machen Sie sich selbst ein Bild von der aktuellen Lage und den möglichen Folgen für die Versorgung – auf Bundesebene aber auch in Ihrem Wahlkreis, in Ihrer Heimatstadt. Informieren Sie sich über die besonders kritisierten Passagen im Gesetz, wie etwa die Vorhaltefinanzierung, die durchaus nicht ohne Fallpauschalen konzipiert wurde, wie behauptet. Plädieren Sie dann auch für eine rechtzeitige Auswirkungsanalyse, um mehr Sicherheit zu bekommen, wie das Gesetz in den einzelnen Regionen tatsächlich wirken wird.

Die überwiegende Mehrzahl der Kliniken ist in wirtschaftlichen Schwierigkeiten. Alleine dies zeigt auf, dass im System etwas in Schieflage geraten ist, wenn selbst über viele Jahre wirtschaftlich stabile Kliniken Insolvenz anmelden müssen oder sogar ganz schließen. Die Kliniken benötigen für den Übergang in die Transformation eine stabile Finanzierung, weil sonst viele die Zeit, bis die Reform wirken kann, nicht mehr oder nur in ihren Leistungen deutlich reduziert, überleben können. Das geplante System der Vorhaltefinanzierung zementiert diese Unterfinanzierung nur und bietet eben keine ausreichende Hilfe.

Wir als VKD bieten auf jeder Ebene unsere Gesprächsbereitschaft an, um die Umsetzbarkeit der Reform in das „praktische Licht“ zu rücken. Auch wir wissen, dass nicht mehr alles möglich sein wird. Der erhebliche Fachkräftemangel wird eine der noch zunehmenden Herausforderungen der nächsten Jahre sein, wo wir welche Versorgung noch sicherstellen können. Aber dort, wo Versorgung erst einmal verloren gegangen ist, wird es noch schwerer, diese wieder zurück zu gewinnen.

Lassen sie uns also gemeinsam dafür sorgen, dass § 1 des KHG auch wieder gilt:

„Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.“

Und dies mit viel weniger Bürokratie, um die Aufgabe zu erfüllen, die wir als Krankenhäuser als Schwerpunkt haben – die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten!

Ihr



Dirk Köcher

Inhaltsverzeichnis

BEWERTUNGEN UND POSITIONEN

- 12 KHVVG – am Ende siegt immer die Realität – aber wann und zu welchen Kosten?**
 Der VKD hält das Gesetz in der vorliegenden Form nicht für geeignet, die Krankenhausversorgung tatsächlich zukunftsfähig zu machen
Interview mit Dirk Köcher
-

KRANKENHAUSREFORM – WAS SAGEN DIE PRAKTIKER?

- 24 Die Krankenhausreform – Meinung der Praktiker und ein möglicher Kompromiss**
 ... und die Notfallversorgung muss mitgedacht werden
PB-Redaktion
- 30 Es wäre deutlich sinnvoller, der Praxis mehr Spielräume zu lassen**
 Für kleinere Häuser sind die vorgesehenen Regelungen durchaus existenziell
Dr. Matthias Geiser
- 33 Auf die Vorhaltefinanzierung in der jetzt geplanten Form muss verzichtet werden**
 Wenn es das Haus nicht mehr gibt, ist die Bevölkerung an dieser Stelle ohne medizinische und pflegerische Hilfe
Dirk Köcher
- 36 Die Zeiten, in denen es hieß „Wer kann, der darf“ sind vorbei**
 Ich denke, dass die Kooperationen zwischen Krankenhäusern ein Riesenthema werden können
Wolfgang Mueller
- 42 Blaupause für Krankenhausreform**
 Einerseits Konsens aber auch sehr harte Einschnitte für eine Reihe Kliniken
PB-Redaktion
- 43 Zukunftsfähige Strukturen für die Notfallversorgung**
 Erste Bilanz: Das Klinikum Südstadt Rostock hat im Januar 2024 den ersten gemeinsamen Tresen mit der KV in Mecklenburg-Vorpommern in Betrieb genommen
Dr. Jan-Arne Lauffs und Steffen Vollrath

MANAGEMENT IM WANDEL

- 52 Die Herausforderungen wachsen – Management im Wandel**
Stärkerer Fokus auf die sozialen Aspekte der Führungstätigkeit notwendig
PB-Redaktion
- 56 Vorbild des Managements schafft Vertrauen in herausfordernder Zeit**
Kommentar
Andreas Tycak
- 57 Die zentralen Aspekte haben an Bedeutung gewonnen**
„Unsere Standorte werden auch weiterhin ihre Identität und eine gewisse Eigenständigkeit behalten“
Dr. Olaf Bornemeier
- 65 Anpassungen sind unverzichtbar**
Leistungsbereitschaft, hohe Qualität und Übernahme von Verantwortung sind Voraussetzungen im Veränderungsprozess
GLG Gesellschaft Leben und Gesundheit
- 69 Wer will noch im Gesundheitswesen führen?**
Es gibt vielversprechende Ansätze zur Steigerung der Attraktivität von Führungspositionen
Paul Bomke
- 72 Nicht nur ein Problem kleiner Unternehmen**
Weniger Beschäftigte wollen in eine Führungsposition
Institut der Deutschen Wirtschaft
- 73 Krankenhauschefs auf wackligen Stühlen?**
Die Fluktuation variiert allerdings sehr stark
DKI/BDO/VKD
- 74 Neue Herausforderungen brauchen ein proaktives Management**
Krankenhausmanagement 2.0 – ein VKD-Leitfaden für die Praxis
Prof. Dr. Julia Oswald
- 83 Praxisnah in der Tradition der „Blauen Hefte“ des VKD**
Entscheidungsorientiertes Krankenhausmanagement 2.0 erschienen

HERAUSFORDERUNG FACHKRÄFTEMANGEL

- 86** **Zahlreiche Gründe für eine komplexe Herausforderung**
Forderung an die Politik ist eine deutliche Verringerung der Bürokratielast
Dr. Jens-Uwe Schreck
- 93** **Personalbedarf in allen Klinikbereichen wird weiter steigen**
Aktuelle Studie zum Fachkräftemangel zeigt Gründe und Handlungsbedarf
Deutsche Krankenhausinstitut
- 94** **Variable Arbeitszeit für Pflegende**
Komm zu uns in den Stationsdienst wann und so oft, wie du willst
Varisano
- 96** **Vier-Tage-Woche für Pflegekräfte – Etablierung beschlossen**
Gemeinsam mit den Mitarbeitern Ideen für bessere Arbeitsbedingungen entwickeln
Klinikum Bielefeld
- 98** **Flexible Arbeitszeiten für Fachkräfte und vieles mehr**
Bewerberverhalten zeigt: GLG ist attraktive Arbeitgeberin
GLG Gesellschaft Leben und Gesundheit
- 102** **Erfolgsmodell nach 20 Jahren neu konzipiert**
Veränderter Pflegepool schließt Personallücken und bietet höchste Flexibilität
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
- 104** **„Wir lieben offene Menschen“**
Speeddating für OP- und Anästhesie-Profis
Mühlenkreiskliniken
- 106** **Nicht an Verfahren von gestern festhalten**
Zugang zur Ausbildung in Pflege- und Gesundheitsfachberufen soll erleichtert werden

AG JUNGER VKD

- 110** **Informieren, dabei sein, engagieren lohnen sich**
Management-Jour-Fixe zum LKSG (Lieferkettensorgfaltsgesetz),
Mentoringprogramm, Workshop über LEGO Serious-Play-Methode
PB-Redaktion

OPTIMISTISCHE SIGNALE

- 116** **Mit der Zukunftsstrategie auf dem richtigen Weg**
Kooperationen mit anderen Krankenhäusern der Region werden forciert
Klinikum Chemnitz
- 119** **Kliniken investieren in Digitalisierung**
Gesundheitsversorgung der Region wird moderner und effizienter
Trägersgesellschaft Kliniken Aurich-Emden-Norden
- 121** **Anästhesie am Uniklinikum Dresden verzichtet auf klimabelastendes Narkosegas**
Uniklinikum setzt in vielfältigen Projekten auf Umweltschutz – auch abseits der Patientenversorgung
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
- 123** **Klinik-Fusion auf Augenhöhe geplant**
Arbeit an einer gemeinsamen Strategie für zwei Krankenhäuser
Landkreis Waldeck-Frankenberg
- 125** **Gute Nachtschicht-Geschichten**
Video-Podcast und was es mit dem Geheimnis der Pflegemaxime auf sich hat
Schwarzwald-Baar Klinikum
- 128** **Innovation im medizinischen Transportwesen**
Elektrisch betriebenes Fluggerät (eVTOL) für schnellen und kostengünstigen Krankentransport vorgestellt
Alexandra Wehr
- 130** **Impressum**

BEWERTUNGEN U POSITIONEN



REFORMKOMPROMISS NOTWENDIG
REFINANZIERUNG DER BETRIEBSKOSTEN
GEFAHR DER KALTEN STRUKTURVERÄNDERUNG
PRAKTIKER ENG EINBEZIEHEN
BÜROKRATIEBALLAST REDUZIEREN



KHVVG – am Ende siegt immer die Realität – aber wann und zu welchen Kosten?

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



Dirk Köcher

Der größte Teil der Krankenhäuser in Deutschland kämpft mit erheblichen finanziellen Schwierigkeiten, ein schwieriges und zunehmendes Problem ist der Personalmangel, die notwendige Digitalisierung und deren notwendige absehbare Kostenrefinanzierung kommt nicht wirklich in Fahrt. All das kulminiert in der Unsicherheit über das aktuelle Handeln der Bundespolitik und dessen Folgen für die Kliniklandschaft und die Gesundheitsversorgung insgesamt. Wie schätzt der Verband der Krankenhausdirektoren die Lage ein? Welche Positionen bezieht er, welche Notwendigkeiten für die Lösung dieser Probleme sieht das Krankenhausmanagement? Die PB-Redaktion befragte Dirk Köcher. Er ist seit der Neuwahl des Präsidiums im Juni dieses Jahres Präsident des Verbandes.

Foto: Claudia Jost

Sehr geehrter Herr Köcher, zunächst herzlichen Glückwunsch zur Wahl in dieses wichtige Amt. Sie sind Geschäftsführer des Städtischen Klinikums Dresden und seit mehr als 13 Jahren in leitender Position von Krankenhäusern tätig. Es gab ja über die Jahre immer wieder nicht ganz einfache Herausforderungen für die Häuser. Aber können Sie sich an Zeiten erinnern, die derart problematisch waren?

Dirk Köcher: Nein. So heftig war es meiner Erfahrung nach noch nie. Dabei sind wir in einer Situation, die dermaßen schwierig nicht sein müsste. Unser Verband hat ja bereits vor etlichen Jahren und seitdem immer wieder angesichts zunehmender Probleme eine Krankenhausreform gefordert, einen Kraftakt deutsches Krankenhaus. Wir brauchen eine Reform und haben immer wieder unsere Bereitschaft dokumentiert, uns daran aktiv zu beteiligen, unsere Expertise als Praktiker im Krankenhausmanagement einzubringen. So haben wir bereits vor vier Jahren eine Vorhaltepauschale vor allem für kleine Häuser und Maximalversorger sowie eine Reform des DRG-Systems gefordert.

Aber diese sollten ja eigentlich jetzt mit der Krankenhausreform umgesetzt werden.

Dirk Köcher: Eigentlich ist hier das Schlüsselwort. Denn so, wie das Gesetz jetzt angelegt wurde, stimmt zwar die Wortwahl, aber die Inhalte entsprechen kaum dem, was wir als Praktiker darunter verstanden haben. Die Krankenhausreform, von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach als „Revolution“ angekündigt, sorgt trotz Anhörung und Gesprächen des Ministers mit den Ländern zu den vielen strittigen Punkten, die bisher kaum Berücksichtigung im Gesetzesentwurf gefunden haben, auch weiterhin für Kritik. Diese kommt zudem von vielen Seiten – von Verbänden, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Landeskrankenhausesellschaften, den Bundesländern und auch von den Krankenkassen.

Der VKD hält das Gesetz in der vorliegenden Form nicht für geeignet, die Krankenhausversorgung, ja die Gesundheitsversorgung, tatsächlich zukunftsfähig zu machen. Eine Finanzierung über Vorhaltepauschalen ist weiterhin auf Landes- und Klinikebene an die Anzahl der behandelten Patienten gebunden. Hinzu sollen nun noch Mindestfallzahlen je Leistungsgruppe kommen, die keinen wissenschaftlichen Hintergrund besitzen. Und da die bestehenden Finanzierungsprobleme einfach in das neue System übertragen werden, verhindert oder erschwert der Gesetzesentwurf strategische Entscheidungen der Kliniken. Es vergrößert zudem den bürokratischen Ballast erheblich, steigert auch den Frust bei unseren Mitarbeitern noch einmal enorm und es dient damit zudem nicht dem Ziel, die Qualität zu verbessern.

„DER VKD HÄLT DAS GESETZ IN DER VORLIEGENDEN FORM NICHT FÜR GEEIGNET, DIE KRANKENHAUSVERSORGUNG, JA DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG, TATSÄCHLICH ZUKUNFTSFÄHIG ZU MACHEN.“

Die Unsicherheit, die das Reformgesetz in seiner jetzigen Form mit seinen zahlreichen fachlichen Mängeln in der Praxis auslösen wird, wenn es erst einmal so in Kraft ist, kann zudem den Fachkräftemangel weiter verschärfen.

Dass die noch immer nicht refinanzierten Kostensteigerungen der Jahre 2022 und 2023 unberücksichtigt bleiben, trifft im Grunde alle Kliniken und wirkt sich heute schon auf die Versorgung vor allem in den ländlichen Regionen negativ aus – in Form von zunehmenden Insolvenzen, Fachabteilungs- und Standortschließungen. Wiederholt hat der VKD darauf verwiesen, dass die Refinanzierung der Betriebskosten Pflicht des Bundes ist. Im Referentenentwurf zum KHVVVG geht es jedoch lediglich um die künftig steigenden Kosten, d.h. die Finanzierungslücke der vergangenen Jahre bleibt für die Krankenhäuser bestehen.

„DASS DIE NOCH IMMER NICHT REFINANZIERTEN KOSTENSTEIGERUNGEN DER JAHRE 2022 UND 2023 UNBERÜCKSICHTIGT BLEIBEN, TRIFFT IM GRUNDE ALLE KLINIKEN UND WIRKT SICH HEUTE SCHON AUF DIE VERSORGUNG VOR ALLEM IN DEN LÄNDLICHEN REGIONEN NEGATIV AUS.“

Das alles zu negieren zeugt vom Unwillen, auf Kritik überhaupt einzugehen und einem eigenartigen Demokratieverständnis. Leider hat das Bundeskabinett den Referentenentwurf im Mai bereits beschlossen, obwohl viele Kritikpunkte seit Beginn der Diskussion im Dezember 2022 immer wieder bekräftigt worden sind. Hinzu kommt, dass das Bundesjustizministerium die rechtliche Prüfung des Krankenhausreformgesetzes noch gar nicht abgeschlossen hatte. Und als Krönung kommt noch hinzu, dass sich die Bundesländer mit 16 zu 0 Stimmen und 11 Kritikpunkten gegen den Entwurf positioniert haben – also auch alle Bundesländer, die sogar von Parteien der Ampelkoalition geführt werden.

Inzwischen verschärft sich die Lage der Kliniken immer weiter. Die Frühjahrsumfrage der DKG im Krankenhaus-Index des Deutschen Krankenhausinstituts sowie auch der gerade erst veröffentlichte Krankenhausreport 2024 zeigen das. Kann die Situation eigentlich noch brenzlicher werden?

Dirk Köcher: Man fragt sich tatsächlich, ob das nun das Ende der Fahnenstange ist. Nur noch sieben Prozent der Kliniken bezeichnen danach ihre wirtschaftliche Lage als gut, 61 Prozent aber als schlecht oder sehr schlecht. Die meisten Krankenhäuser erwarten, dass die Krankenhausreform ihre Ziele mehrheitlich nicht erreichen, ja dass sie die Versorgung verschlechtern wird. Gerade die geplante Vorhaltefinanzierung wird in ihrer vorgesehenen Form nicht nur von uns kaufmännischen Führungskräften sehr kritisch bewertet. Drei Viertel der Häuser erwarten dadurch keine Verbesserung. Nur ein Viertel würde der Umfrage zufolge

derzeit die Anforderungen bei fast allen – 90 bis 100 Prozent – der Leistungsgruppen, die sie selbst betreffen, erfüllen.

Und wie bereits erwähnt – Entökonomisierung funktioniert mit dieser Vorhaltefinanzierung nicht, weil die Häuser so gezwungen sind, immer mehr Patienten zu behandeln, um ihre Kosten zu decken. Diese Auswirkungen sind längst bekannt. Das, was der VKD unter einer Vorhaltefinanzierung verstand, war unabhängig von Fallzahlen und sollte vor allem die notwendigen Kliniken in ländlichen Regionen absichern, die dort zwingend erhalten und daher unterstützt werden müssen. Bekanntlich ist gerade dort die Decke der Haus- und Facharztversorgung sehr dünn oder gar nicht mehr vorhanden. Es braucht also diese Krankenhäuser – für eine Sektor übergreifende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Wie bewerten Sie die zunächst erste Lesung im Bundestag vor der parlamentarischen Sommerpause? Hier hätte der Minister ja in seiner Vorstellung des Gesetzes Korrekturen an den Hauptkritikpunkten deutlich machen müssen.

Dirk Köcher: Prof. Lauterbach hat in seinem Redebeitrag jedenfalls nicht erkennen lassen, dass er von seinem Weg abweichen will. Und leider kann uns auch die geringe Beteiligung der Abgeordneten im Bundestag bei diesem so wichtigen Gesetz Sorgen bereiten. Hier haben wir leider nicht das Gefühl, dass den Abgeordneten die Bedeutung dieses Gesetzes für Ihre regionale Versorgung in den Wahlbezirken so klar ist. Wir hoffen jetzt, dass in der parlamentarischen Sommerpause möglichst viele Abgeordnete die Gelegenheit vor Ort, in ihren Wahlkreisen, nutzen, um sich mit der Meinung der Praktiker auseinanderzusetzen und vielleicht auch ihrem Krankenhaus vor Ort einen Informationsbesuch zu machen. Wir hoffen, dass damit die konkreten praktischen Auswirkungen in der Fläche deutlicher werden. Und derzeit ist es auch für Abgeordnete, die keinen Schwerpunkt auf die Gesundheitspolitik

gelegt haben, noch einfacher zu erkennen, was passiert. In jeder Region wird in der Presse regelmäßig über die Probleme der Kliniken verschiedener Trägerschaften berichtet.

Ob vor der zweiten und dritten Lesung im Herbst nun Änderungen am Gesetzentwurf vorgenommen wurden, werden wir erst noch sehen. Bis zum Ende der parlamentarischen Sommerpause müssen wir das wohl abwarten. Ich hoffe, die Bundestagsabgeordneten verstehen, dass wir ansonsten die aktuelle Situation eines kalten Strukturwandels noch weiter beschleunigen, bevor eine Reform ab 2027 überhaupt in die Umsetzung gehen kann. Bis dahin werden wir noch viele Krankenhäuser sehen, welche die Unterfinanzierung nicht überstehen können. Und dies hat weiter konkrete Auswirkungen für die Krankenhäuser, das Personal und letztlich vor allem die Patienten. Einige „Leuchttürme“ v.a. in den Großstädten, so wichtig sie sind, helfen uns dann leider auch nicht weiter.

Dabei sollte es ja um die Stärkung der Versorgungsstrukturen und deren Zukunftsfähigkeit gehen. Die Warnung aller Verbände, dass die Leistungserbringer an ihre Grenzen stoßen und den Patienten die gewohnte Versorgung nicht mehr länger garantieren können, muss ernst genommen werden. Ein Blick in die oben beschriebene alltägliche Wirklichkeit genügt da.

Haben Sie denn trotzdem noch die Hoffnung, dass es am Ende eine gute Reform werden kann?

Dirk Köcher: Ich muss gestehen, dass ich nach der Kritik, den massiven Protesten im vorigen Jahr und unseren bisherigen Erfahrungen mit anderen Gesetzen, die ebenfalls als Entwürfe für viel Ärger in der Praxis sorgten und dennoch beschlossen wurden, durchaus skeptisch bin. Aber natürlich bleibt auch noch Hoffnung, dass z.B. die Vorarbeit, die v.a. mit

dem Krankenhausplan in NRW geschaffen wurde, in seinen Grundzügen umgesetzt werden kann. Wenn wir uns dagegen z.B. die ganz aktuelle überschnelle und damit zu erwartende fehlerhafte Umsetzung des Klinik-Atlas anschauen, dann bin ich eher negativ gestimmt.

Sie meinen hier vermutlich als jüngstes Beispiel das Transparenzgesetz?

Dirk Köcher: Ja, ganz aktuell. Es hat zu sehr viel Ärger in den Krankenhäusern geführt. Mit großer Geste wurde der Klinik-Atlas von Prof. Lauterbach in den Medien vorgestellt. In den vielen Krankenhäusern, die dann die Daten zu ihren Häusern darin gesucht haben, herrschte Fassungslosigkeit über die zahlreichen Fehler. Worauf sich das Ministerium bei der Erstellung tatsächlich gestützt hat, bleibt im Dunkeln. Man kann es zudem nicht genug betonen: Es gibt ein sehr gutes Krankenhaus-Verzeichnis der DKG, das monatlich rund 500 000 Zugriffe hat und das ständig weiter verbessert wird. Außerdem veröffentlichen alle Krankenhäuser ihre Qualitätsberichte. Man kann immer etwas besser machen, aber das tun die Kliniken seit vielen Jahren.

„HIER HABEN WIR LEIDER NICHT DAS GEFÜHL, DASS DEN ABGEORDNETEN DIE BEDEUTUNG DIESES GESETZES FÜR IHRE REGIONALE VERSORGUNG IN DEN WAHLBEZIRKEN SO KLAR IST.“

Warum dieses etablierte und viel genutzte Register von der BMG-Homepage entfernt wurde, kann man sich natürlich leicht beantworten, wenn man es als Konkurrenz zum eigenen betrachtet.

Inzwischen ist Prof. Lauterbach in gewisser Weise eingeknickt...

Dirk Köcher: Leider nicht wirklich. Es gibt nun eine Light-Version, die man – wenn das überhaupt noch möglich ist – eher eine Verschlimmbesserung nennen könnte. Es werden nur 22 Erkrankungen aufgenommen. Über viele relevante Erkrankungen und Behandlungsangebote erfährt der Laie nichts, wird gegebenenfalls fehlgeleitet.

Wenn der Bundesgesundheitsminister weiter auf einem eigenen Transparenzatlant besteht, muss er dieses verfehlte Werk komplett abschalten und sich erst einmal wissenschaftliche Expertise suchen, bevor es zu einem Neustart kommen kann.

„DIE WARNUNG ALLER VERBÄNDE, DASS DIE LEISTUNGSERBRINGER AN IHRE GRENZEN STOSSEN UND DEN PATIENTEN DIE GEWOHNTE VERSORGUNG NICHT MEHR LÄNGER GARANTIEREN KÖNNEN, MUSS ERNST GENOMMEN WERDEN.“

Zum Referentenentwurf des KHVVG hat der VKD eine Stellungnahme vor der Verbändeanhörung abgegeben. Auch andere Verbände haben das getan, ebenso die Vertreter der Bundesländer. Wie würden Sie die darauffolgende Nicht-Kommunikation nennen?

Dirk Köcher: Man kann ja, wie Paul Watzlawick einmal konstatiert hat, nicht "Nicht-Kommunizieren". Kommunikation ist immer auch ein bestimmtes Verhalten. Wir mussten also feststellen, dass der Bundesgesundheitsminister unsere Kritik und unsere Vorschläge aus der Praxis heraus wohl unwichtig fand. Seine Kritik im Spiegel-Fernsehinterview, wo er feststellte, dass diese Reform eine von Medizinern für Mediziner wäre, sagt viel aus. Die vielen Mitarbeitenden im Krankenhausmanagement auf den verschiedenen Ebenen kennen tagein und tagaus sehr gut die Anforderungen an die Gesetzlichkeiten – nämlich aus der Praxis heraus. Deshalb sollten wir als VKD auch Gehör finden, da wir diese Anforderungen sehr gut bewerten können, da wir mit der Umsetzung beauftragt werden. Und es ist für uns selbstverständlich, dass wir gemeinsam mit den medizinischen Bereichen die an die Krankenhäuser gestellten Anforderungen umsetzen. Offenbar gab es aber nach dem bisher letzten Treffen des Ministers mit den Vertretern der Länder zwar keine Korrekturen am Gesetz, aber einige Prüfaufträge. Doch wie diese ausgefallen sind, war für uns jedenfalls bis zum Redaktionsschluss dieser Praxisberichte nicht klar.

Dr. Andreas Philippi, Gesundheitsminister von Niedersachsen, hat uns in unserer 66. Jahrestagung Ende Juni den Kenntnisstand der Länder dargelegt und deren weitere Planungen, falls auf ihre Einwände nicht eingegangen würde. Ihnen geht es ja vor allem um den Eingriff

in die Landeskrankenhausplanung, die mit dem Gesetz erheblich beschnitten würde. Diese Einschätzung teilt der VKD. Wir sind

nach wie vor der Ansicht, dass die ursprünglich vorgesehene Orientierung am Krankenhausplan in Nordrhein-Westfalen richtig wäre. Hierzu haben wir auch vom Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Matthias Blum, einen sehr informativen Vortrag in unserer Jahrestagung gehört. Auch unsere Kolleginnen und Kollegen in NRW sind zudem mit der Art und Weise, wie unter Gesundheitsminister Laumann diese Planung vorbereitet und umgesetzt wurde – immer in Kontakt mit der Praxis – nicht unzufrieden.

Um bei den Gesetzen zu bleiben – inzwischen liegt der Entwurf für ein Notfallgesetz vor. Damit sollte es ja eigentlich auch an die Krankenhausreform andocken. Sehen Sie hier eine Lernkurve zu den beiden seinerzeit gescheiterten Entwürfen unter den vorherigen Bundesgesundheitsministern?

Dirk Köcher: Einerseits ja, denn die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen deutlich stärker in die Pflicht genommen werden. Das ist die Theorie. Fraglich ist aus unserer Erfahrung, ob die niedergelassenen Ärzte das personell überhaupt schaffen – Einrichtung von Notdienstpraxen an Krankenhausstandorten mit INZ, mobilen Diensten vor allem für Pflegeheime 24 Stunden/7 Tage die Woche, Einbindung von Vertragsärzten und MVZ für die Versorgung im Umkreis von Klinikstandorten von Akutfällen während der Sprechzeiten, Aufbau einer Akutleitstelle durch die KVen usw.



Meine Befürchtung ist, dass durch die ausgedünnte und teils auch schon fehlende niedergelassene Versorgung, die ja nicht besser wird, nach wie vor viele ungeplante ambulante Patienten in die Notaufnahmen der Krankenhäuser kommen. Lange Wartezeiten wären nach wie vor die Folge. Wenn wir Krankenhäuser für ambulante Behandlungen zumindest eine auskömmliche Vergütung in den Notfallzentren erhalten würden, könnten wir besser versuchen, uns darauf organisatorisch und auch personell im Sinne einer Gesamtversorgung der Region einzustellen. Aber diese Aussicht gibt es derzeit leider nicht...

Wird die Belastung nicht noch weiter steigen, wenn Krankenhäuser oder auch „nur“ Abteilungen, Leistungsangebote etc. aus der Versorgung herausfallen – sei es wegen der wirtschaftlichen Lage, sei es auch gewollt durch die Krankenhausreform?

Dirk Köcher: Hier liegt natürlich ein Knackpunkt im Zusammenhang mit den Notaufnahmen. Kurzfristige Schließungen können zu Überlastungen der restlichen Notfallzentren führen. Dies sehen wir bereits an einigen Standorten, wo Notfallambulanzen im Rahmen von Insolvenzen geschlossen worden sind oder es zu kurzfristigen Reduktionen der stationären Notfallversorgung gekommen ist. Gerade die nächstgelegenen Kliniken können sich so kurzfristig nur schwer auf die erhöhte Anzahl an Anfahrten des Rettungsdienstes

einstellen. Oder auch die Zunahme an Selbstvorstellern. Teilweise fehlt in den Kliniken auch schlicht das Personal zur nötigen Aufstockung. Und auch für den Rettungsdienst bedeutet ein ausgedünntes Netz an Notfallzentren längere Anfahrtswege und damit eine längere Bindungszeit der Rettungsmittel.

Wie kann eine Lösung der Finanzierungsfrage sowie der Verantwortung für die ambulante Notfallversorgung dann aussehen?

Dirk Köcher: Wir brauchen eine pragmatische Finanzierungslösung, denn die Notaufnahmen können von den Krankenhäusern nicht kostendeckend betrieben werden. Dies haben verschiedene Studien zu den Kosten gezeigt, die eine Lücke von bis zu 100 € pro ambulantem Patienten aufzeigen. Und damit tragen die unzureichenden Vergütungen zu den erheblichen Defiziten der Häuser bei. Eine Befragung der DKG von Anfang 2023 zeigte zudem, dass die Zusammenarbeit vieler Krankenhäuser mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oft nicht gut ist. Der niedergelassene Bereich schafft es vielfach nicht, seinen Versorgungsauftrag so zu erfüllen, wie es notwendig wäre. Und auch zukünftig werden bestimmte Nachtzeiten in

„WIR SIND NACH WIE VOR DER ANSICHT, DASS DIE URSPRÜNGLICH VORGESEHENE ORIENTIERUNG AM KRANKENHAUSPLAN IN NORDRHEIN-WESTFALEN RICHTIG WÄRE.“

der alleinigen Verantwortung der Notfallzentren der Krankenhäuser liegen, wenn die KV-Bereitschaftspraxen geschlossen haben.

Die Lösung wäre, zu prüfen, ob in das neue Notfallgesetz der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung den Ländern übertragen wird und die Krankenkassen verpflichtet werden, diese Übertragung der Leistungen, die dann von Krankenhäusern erbracht werden, auch vollständig zu finanzieren. Nur so würden die Zentralen Notaufnahmen auch ihre strukturellen und personellen Kapazitäten dem Bedarf anpassen können.

Was auf jeden Fall im Notfallgesetz mitgedacht werden sollte, ist der Rettungsdienst. Dazu sollte auch die Luftrettung gehören.

„DIE KRANKENHÄUSER, REHA- UND PFLEGEEINRICHTUNGEN SIND IN DEUTSCHLAND DEFINITIV DIE ANKER EINER STABILEN GESUNDHEITS- UND PFLEGEVERSORGUNG.“

Der Bundesgesundheitsminister erklärte in der Anhörung, man werde sehr viel ambulantisieren. Das Thema scheint aus Sicht der Praktiker aber eine Art zweischneidiges Schwert zu sein.

Dirk Köcher: Der VKD versteht unter Ambulantisierung ambulant-klinisch integrierte Leistungen. Das heißt, sie sind im Krankenhaus zu erbringen. Die Hoffnung der Politik, sie in den niedergelassenen Bereich verlagern zu können und damit Kosten zu sparen, trügt. Dort ist auch das mit Blick auf die Lücken im ambulanten Versorgungsnetz vermutlich gar nicht zu schaffen. Sie gehören im Verständnis des VKD zu den ambulanten Leistungen der Krankenhäuser insgesamt. Und diese Leistungen sind aufgrund der teureren Kostenstrukturen der überwiegend tarifgebundenen Krankenhäuser auch entsprechend zu vergüten.

Nicht zu vergessen sind die Investitionen, die notwendig wären, einen eigenständigen

ambulant-klinischen Bereich, der alle diese Leistungen umfasst, zu schaffen. Dieser Bereich sollte weder von der KV beeinflusst noch über den EBM der Kassenärzte finanziert werden. Sie sind als originäre Krankenhausleistungen abzurechnen.

Eine Gefahr für die Versorgung besteht natürlich aktuell in der kalten Strukturveränderung, die bereits im Gange ist. Scheiden Kliniken aus der Versorgung aus und sind auch niedergelassene Ärzte nicht mehr da, gibt es dort natürlich auch keine Ambulantisierung mehr.

Digitalisierung und Telemedizin gelten ja als Gamechanger für die Lösung vieler Probleme auch der Krankenhäuser. War das Krankenhauszukunftsgesetz, mit dem 4,3 Milliarden Euro für Investitionen u.a. in die digitale Infrastruktur und IT-Sicherheit für Digitalisierungskonzepte zur Verfügung gestellt wurden, eher nur ein, wenn auch wichtiger, Start?

Dirk Köcher: Es war ein gutes Signal der Politik, aber leider ist der Zeitplan für die Projekte äußerst ambitioniert. Sie müssen bis Ende 2024 abgeschlossen bzw. zumindest beauftragt sein. Bestimmte Projekte mussten europaweit ausgeschrieben werden und ein Engpass waren und sind auch die Umsetzungskapazitäten. Wir wissen, wie gefragt IT-Experten sind. Eine nachhaltige Finanzierung wäre daher wichtig, die auch über mehrere Jahre laufen würde, wie das in anderen Ländern der Fall war. Nicht zu vergessen ist, dass mit einem höheren Digitalisierungsgrad auch die laufenden Kosten für diesen Bereich erheblich steigen werden, nicht nur für Personal – das wir nur finden, wenn wir es besser bezahlen können, sondern auch für Sicherheit, Wartung, Hard- und Software und auch für Energie.

Schlussendlich hinken wir im internationalen Vergleich beim Digitalisierungsgrad nach wie vor weit zurück. Wir bewegen uns hier eher in kleinen Schritten, auch wenn sie in die richtige

Richtung zeigen. Ohne ein über mehrere Jahre finanziertes Digitalisierungspaket vom Bund fehlt mir derzeit die Phantasie, wie wir das insgesamt so zügig wie notwendig stemmen können. Die 4,3 Milliarden hören sich viel an, sind aber mit Blick darauf zu wenig. Eine Verstärkung des Bundeszuschusses, vielleicht auch gemeinsam mit den Ländern, wäre wichtig.

Kosten sparen lassen sich mit der Digitalisierung absehbar also nicht, wie mancher meint. Wie dann?

Dirk Köcher: Dass gespart werden muss, ist nichts Neues für uns in den Krankenhäusern. Die Kostensteigerungen in allen Bereichen – von Lebensmitteln über Medizinprodukte, auch bei Dienstleistungen und vor allem auch im Energiebereich, mit denen wir jetzt klarkommen müssen, sind absolut herausfordernd. Die stemmt wohl kaum ein Krankenhaus, wie generell die wirtschaftliche Lage der Häuser zeigt.

Dennoch müssen wir alles unternehmen, was möglich ist. Das erfordert natürlich, dass wir noch sehr viel stärker unsere Prozesse und unsere Ressource analysieren, Verträge prüfen und immer auch Kostenfallen ermitteln. Gewisse Einsparmöglichkeiten gibt es vermutlich vor allem noch im Bereich Energie und Wärme. Hierfür sind aber zusätzliche Investitionen nötig. Da aktuell bereits die Finanzierung von Baumaßnahmen auf Länderebene vollkommen unzureichend ist, wird es auch hier eine Konkurrenz um die verschiedenen Investitionsbereiche geben.

Doch eins ist auch klar: Kostentreiber neben der Inflation der letzten Jahre ist auch die Politik, die mit ihren immer neuen Regelungen, Regulierungen, kleinteiligen Personalaufgaben die Bürokratielast stetig steigert, unser Personal belastet und es von seiner eigentlichen Arbeit abhält. Das wiederum bewirkt unnötige Kosten auf allen Seiten – in den Krankenhäusern, bei den Krankenkassen,

dem Medizinischen Dienst. Neue gesetzliche Regelungen bedeuten nun einmal regelmäßig erhöhte Dokumentationslasten und mehr Kontrollen. Denn was geregelt wird, muss ja auch kontrolliert werden... Eigentlich sollte ja gelten, dass mit jeder neuen bürokratischen Auflage eine bestehende ausgesetzt wird.

Wenn Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach vor einiger Zeit erklärte, dass, bessere Qualität nicht notwendigerweise mehr Bürokratie bedeuten müsse und dass er dies als wichtigen Ansatz sehe, „den wir im Regierungshandeln verfolgen werden“ ist das ein wirklich guter Gedanke. Aber eben erst einmal ein Gedanke.

Also grundsätzlich gesagt: Die Effizienz unserer Krankenhäuser lässt sich natürlich steigern. Keine Frage. Unter anderem durch weniger Bürokratie und Regulierung, durch Verzicht auf unsinnige Personal- und Strukturvorgaben, die wir offenbar auch mit der Krankenhausreform wieder bekommen sollen, mehr Investitionen in Digitalisierung und schließlich durch Stabilisierung der Häuser mit einem Inflationsausgleich für die Jahre 2022 und 2023. Falls jemand denkt, dass die kalten Strukturveränderungen dazu führen werden, dass weniger Krankenhäuser auch weniger Kosten verursachen werden, so dürfte auch dies ein Irrtum sein. Schließungen kosten Geld. Und Kranke müssen auch weiterhin versorgt werden.

Und letztendlich werden wir in den nächsten Jahren auch Entwicklungen in verschiedensten Bereichen sehen, die wir bislang vielleicht nicht für möglich gehalten haben. Die weltweite Vernetzung und der zunehmende Einsatz von Künstlicher Intelligenz gepaart mit der

„SACHLICHE KRITIK, DIE UNBERÜCKSICHTIGT BLEIBT, WIRD GEGEBENENFALLS ZU EINEM UMSETZUNGSSCHAOS FÜHREN UND ZU TEUREN NACHBESSERUNGEN, WENN SICH HERAUSSTELLT, DASS UNAUSGEGORENES IN DER PRAXIS NICHT FUNKTIONIERT.“

steigenden Rechnerleistung führt zu Innovationen in der Medizin, der Digitalisierung, der Prozessoptimierung. Und dies in einem

exponentiell wachsenden Tempo. Hier besteht also viel Hoffnung auf Effizienzgewinne.

Und als Ausgleich gilt es natürlich mit unseren Mitarbeitenden die menschliche Nähe zu den Patienten sicherzustellen.

Kliniken als Anker der Versorgung – notwendiger denn je?

Dirk Köcher: Die Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen sind in Deutschland definitiv die Anker einer stabilen Gesundheits- und Pflegeversorgung. In der Krisensituation der vergangenen Jahre haben sie trotz aller Schwierigkeiten eine leistungsfähige und hochwertige sowie wohnortnahe Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung garantiert. Sie waren und sind auch die Andockpunkte für Kooperationen mit ambulanten Gesundheitsversorgern und wichtige Vernetzungspartner untereinander.

Es ist tatsächlich notwendiger denn je, diese Funktion zu stärken, kontinuierlich weiterzuentwickeln und nicht, sie zu schwächen. Nur so bleibt die flächendeckende Gesundheitsversorgung erhalten. Dafür sind die Häuser aller Versorgungsstufen notwendig. Die Krankenhäuser wandeln sich und bieten heute bereits viel mehr Leistungen an, als dies früher üblich und möglich war. Wir benötigen eine Öffnung und bessere Vernetzung der Sektoren, wie wir es in vielen anderen Ländern bereits sehen, die sich z.B. von der doppelten Facharztschiene schon länger verabschiedet haben.

Das KHVVG in seiner zumindest bis zur parlamentarischen Sommerpause geplanten Fassung wird diese notwendige Infrastruktur leider nicht umfassend verbessern. Die Ansätze einer Öffnung wirken mutlos und teilweise wurden sinnvolle Ideen bereits wieder einkassiert.

Sachliche Kritik, die unberücksichtigt bleibt, wird gegebenenfalls zu einem Umsetzungschaos führen und zu teuren Nachbesserungen,

wenn sich herausstellt, dass Unausgeglichenes in der Praxis nicht funktioniert.

Das führt dann auch bei allen Anstrengungen unserer Mitarbeiter nicht zu einer besseren Versorgungsqualität. Und es verschleißt unser Personal., das in Ruhe, planvoll und professionell für die Patienten da sein will. Es wäre gut, wenn das in der Bundespolitik und von den Abgeordneten verstanden würde. Am Ende siegt die Realität – aber das kann auch dauern und wird vermutlich nicht billig werden.

Was bleibt für uns als verantwortliche Führungskräfte?

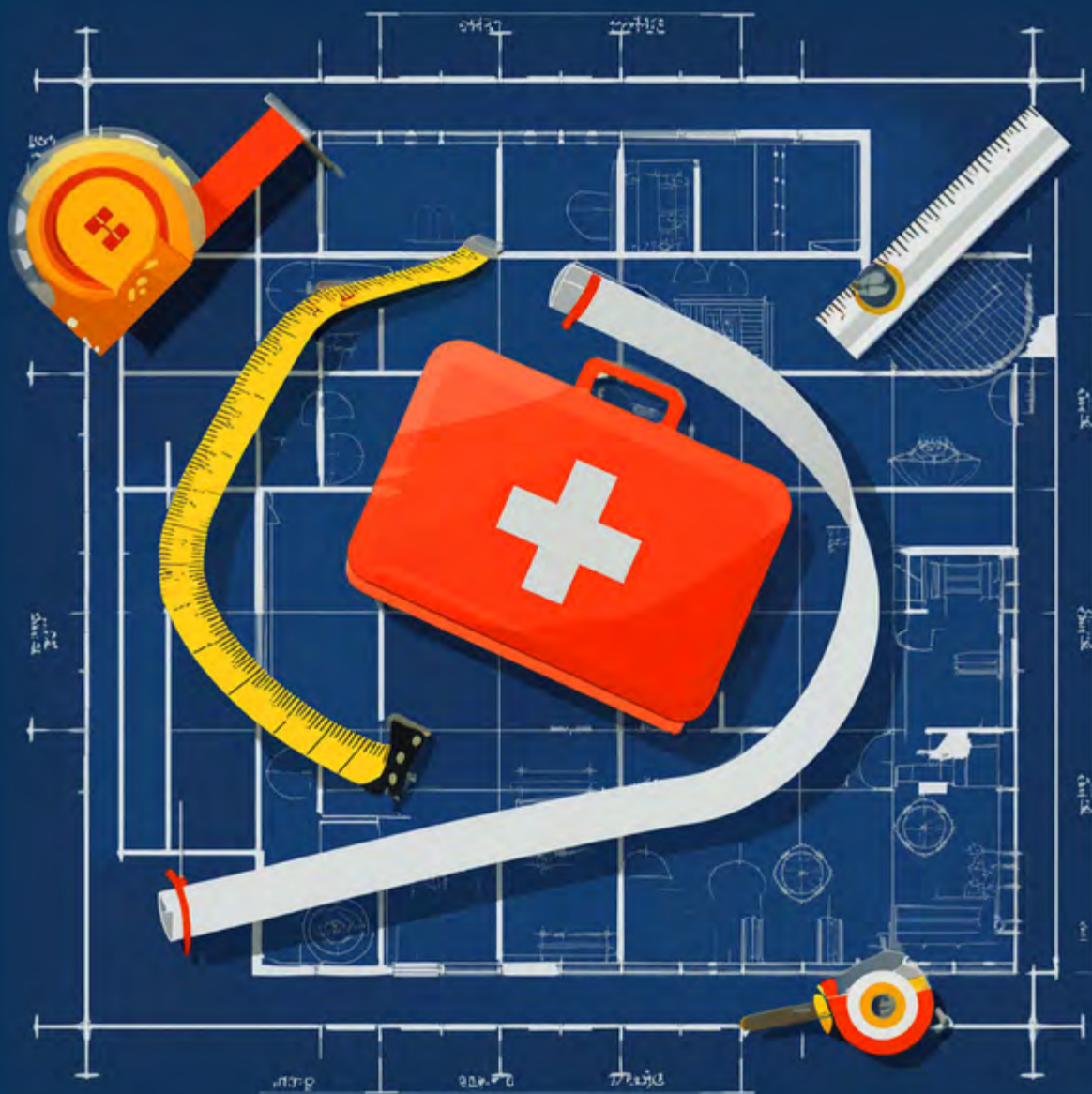
Wir sind alle weiterhin gefordert, nicht den Mut zu verlieren und mit dieser schwierigen Situation bestmöglich umzugehen. Dies erfordert einen guten Überblick über die zunehmende Komplexität des Systems und auch Entscheidungsfreudigkeit in einer sich schneller wandelnden Zeit.

Die Politik und die Verantwortlichen der Träger haben die Aufgabe zu unterscheiden, welche Themen wir als kaufmännische Leitungen der Kliniken derzeit beeinflussen können und welche Probleme derzeit systemimmanent sind.

Das bedeutet natürlich nicht, dass wir den Kopf in den Sand stecken. Vielmehr sind wir noch mehr gefordert, die Möglichkeiten im System zu erkennen und mit Mut und Augenmaß zu ergreifen.

“Die *Politik* und die Verantwortlichen der Träger haben die Aufgabe zu unterscheiden, welche Themen wir als kaufmännische *Leitungen der Kliniken* derzeit beeinflussen können und welche *Probleme* derzeit systemimmanent sind.“

KRANKENHAUS SAGEN DIE PRAK



REFORM – WAS TIKER?

BLAUPAUSE MIT HARTEN EINSCHNITTEN
MEHR SPIELRÄUME FÜR DIE UMSETZUNG NÖTIG
VORHALTEFINANZIERUNG NEU AUFSETZEN
AMBULANTISIERUNG BRAUCHT ANREIZE
RIESENTHEMA KOOPERATIONEN
NOTFALLVERSORGUNG MITDENKEN



Die Krankenhausreform – Meinung der Praktiker und ein möglicher Kompromiss

...UND DIE NOTFALLVERSORGUNG MUSS MITGEDACHT WERDEN

Wie geht es weiter mit der großen Reform der Krankenhausversorgung? Die Hoffnung der Praktiker, dass ihre Kritik und ihre Vorschläge doch noch aufgenommen werden, war nach den vergangenen Monaten nicht sehr groß. Das änderte sich auch nach der ersten Lesung im Bundestag kurz vor Beginn der parlamentarischen Sommerpause nicht. Diese erste Lesung des KHVVG im Bundestag Anfang Juli war enttäuschend für Praktiker, Verbände und sicher auch für die Bundesländer verlaufen. Auf Kritik am Gesetzentwurf und auf die vielen Verbesserungsvorschläge hatte es keine substanzielle Reaktion gegeben.

Geht man von der aktuellen Lage der Krankenhäuser aus, bestärkt die jüngste Umfrage der Unternehmensberatung Roland Berger alle Warnungen aus den Monaten zuvor. Warnungen, die kontinuierlich ignoriert worden waren. Dass nämlich die Krankenhausversorgung – und damit die Gesundheitsversorgung insgesamt – durch die große Zahl von Insolvenzen und die Mehrzahl der Kliniken in tiefroten Zahlen durch eine kalte Strukturveränderung auf der Kippe

steht. Die meisten der 650 befragten Klinik-Manager beschrieben ihre Lage als schwierig, 70 Prozent von ihnen schrieben bereits rote Zahlen. Und hört man sich unter Krankenhaus-Führungskräften um, so wurden im vorigen Jahr auch noch bestehende Reserven aufgebraucht – im laufenden Jahr gibt es hier keine Möglichkeiten mehr, die Auswirkungen der Inflation zu kompensieren. Es fehlen Einkünfte. Es fehlt Personal. Die Kosten sind zu hoch. Und es sind – wie der VKD schon mehrfach betonte – nicht nur die kleinen Häuser, sondern der Befragung nach auch sehr viele große, auch Maximalversorger und Universitätskliniken. Es werde zu weiteren Schließungen kommen.

Pessimistische Einschätzung bestätigt

Das sind keine neuen Erkenntnisse, denn sie bestätigen allenfalls eine Situation, vor der die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Verband der Krankenhausesdirektoren und andere Verbände im Klinikbereich schon lange warnen. Die Umfrage deckt sich im Wesentlichen

mit der pessimistischen Einschätzung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die im Frühjahr von einer nie erlebten wirtschaftlichen Schieflage gesprochen hatte. 2023 hatten laut Krankenhausgesellschaft bundesweit 40 Häuser Insolvenz angemeldet, in diesem Jahr könnte demnach ein neuer Negativrekord drohen.

Wenn der Bundesgesundheitsminister angesichts der Situation erklärt, nur mit seiner Krankenhausreform seien die Kliniken zu stabilisieren und zu retten, fragen sich viele Kritiker, wie viele der derzeit noch bestehenden Häuser das wohl erleben werden. Die Reform soll zwar Anfang 2025 in Kraft treten, aber umgesetzt ist sie dann noch längst nicht. Das kann optimistisch zwei Jahre, realistisch vermutlich eher vier Jahre dauern. Welche Auswirkungen die Reform dann tatsächlich haben wird, weiß niemand genau, denn eine Auswirkungsanalyse gibt es derzeit nicht. Auch die mit der Umsetzung verbundenen Kosten sind nicht klar. Der vorgesehene Transformationsfonds in Höhe von 50 Milliarden Euro über mehrere Jahre – ob das zu viel oder zu wenig ist – weiß man das genau? Erfahrungen im Ausland gehen von 100 Milliarden Euro über 10 Jahre aus.

Was sind die wichtigsten Kritikpunkte aus Praxis, Verbänden und Bundesländern? Sie zielen auf geplante Regelungen im Gesetz, die in der Praxis die Ziele der Reform konterkarieren und den Krankenhäusern, den Mitarbeitern und vor allem dadurch auch den Patienten schaden würden.

Aktuell wichtigste Regelung fehlt: Inflationsausgleich

Essenziell für die Krankenhäuser ist, dass die seit 2022 bestehende Finanzierungslücke durch die Inflation berücksichtigt wird. Die aktuell wichtigste Regelung ist daher definitiv der Inflationsausgleich, den die Ampelregierung nach wie vor verweigert. Damit trägt sie weiterhin zum ungebremssten Kliniksterben bei, denn so kann die Versorgung der Patienten

nicht kostendeckend bewältigt werden. Seit vier Jahren bereits hält dieser unhaltbare und von den Kliniken nicht verschuldete Zustand an. Das bedeutet immer mehr Insolvenzen, immer mehr Standort- und Abteilungsschließungen und damit auch das Gegenteil von mehr Versorgungsqualität.

Der VKD hat wiederholt darauf hingewiesen, dass die Refinanzierung der Betriebskosten Pflicht des Bundes ist. Im Referentenentwurf geht es lediglich um die künftig steigenden Kosten.

Leistungsgruppen als neues Planungsinstrument

Zur Reform gehört die Festlegung von Leistungsgruppen, mit denen bundeseinheitlich Qualitätskriterien für die Krankenhausbehandlung festgelegt werden sollen. Sie stellen Mindestanforderungen für die Erbringung von Leistungen dar. Diese Leistungsgruppen werden zentral vom Bundesgesundheitsministerium durch Rechtsverordnung festgelegt und auch weiterentwickelt. Ausnahmen sind in Einzelfällen möglich.

Einen Anspruch auf Zuweisung einer bestimmten Leistungsgruppe soll es nicht geben, auch wenn das Krankenhaus bisher die Qualitätskriterien erfüllt hat. Welche Auswirkungen das auf viele Kliniken haben wird, ist derzeit bereits in Nordrhein-Westfalen zu sehen. Wenn zum Beispiel mehr als die Hälfte aller Krankenhäuser eine bisher erbrachte bestimmte Leistungsgruppe nicht mehr zugewiesen bekommt, also nicht mehr erbringen darf, hat das gegebenenfalls erhebliche wirtschaftliche Auswirkungen.

Grundsätzlich wird die Einführung bundeseinheitlicher Leistungsgruppen in der Praxis begrüßt. Dass zunächst die Leistungsgruppensystematik aus Nordrhein-Westfalen genutzt werden soll, ist schlüssig. Kritisch zu sehen ist allerdings, dass zusätzlich fünf weitere Leistungsgruppen hinzugefügt werden sollen und außerdem die Qualitätskriterien

”Welche Auswirkungen die *Reform* dann tatsächlich haben wird, weiß niemand genau, denn eine *Auswirkungsanalyse* gibt es derzeit nicht.“

der NRW-Systematik durch neue Mindestvorhaltezahlen und höhere Vorgaben für die Vorhaltung von Fachärzten gemacht werden sollen. Die erhebliche Einschränkung von Kooperationsmöglichkeiten widerspricht zudem einem Ziel der Reform. Gegen diese Erweiterungen durch das Bundesgesundheitsministerium, das damit im Übrigen auch die bereits eingeführte Systematik in NRW konterkarieren würde, wehren sich Länder und Verbände und fordern „NRW Pur“. Denn die Auswirkungen dieser Ergänzungen sind ebenfalls völlig unklar.

Vorhaltevergütung – neu konzipieren

Im Gesetzentwurf ist die Vorhaltefinanzierung ein überkomplexes, bürokratisches Gebilde, das mit der eigentlichen Idee nichts mehr zu tun hat. Wenn sie funktionieren soll, wäre sie nach dem Verständnis der Praktiker

unabhängig von den Fallzahlen zu regeln. Ansonsten würde diese gut gemeinte Idee ihren Sinn verlieren – nämlich die Strukturkosten unabhängig von den Fällen finanziell abzusichern, vor allem auch für die bedarfsnotwendigen Häuser in der Fläche. Mit Entökonomisierung hätte das nichts zu tun. Und auch den kleinen Kliniken in der Fläche, um deren Existenz es ja gehen soll, würde es nicht helfen.

In den Auswirkungen völlig unklar ist hier vor allem die Verknüpfung der Leistungsgruppen, also der Krankenhausplanung, mit der Vorhaltefinanzierung. Während die Auswirkungen nicht wirklich überschaubar sind, bedeutet dieser Ansatz einen erheblichen zusätzlichen bürokratischen Aufwand in den Krankenhäusern und bei den übrigen Beteiligten.

Hinzu kommt, dass die Vorhaltefinanzierung am bisher schon unzureichenden

Finanzierungsvolumen aufsetzt, das lediglich umverteilt wird.

Der Vorschlag aus der Praxis und den Verbänden ist daher, die Vorhaltefinanzierung neu zu konzipieren. Der Vorschlag des VKD war, um dem ursprünglichen Sinn der Vorhaltefinanzierung wenigstens für eine Übergangszeit gerecht zu werden, sollte für die Finanzierung wesentlicher Strukturkosten bis 2026 auf die bereits etablierten Möglichkeiten zurückgegriffen werden – etwa den Sicherstellungszuschlag oder den Notfallstufenzuschlag. Bis dahin könne dann eine zielgerichtete und weniger bürokratische Methode der Strukturkostenfinanzierung gemeinsam erarbeitet werden.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sollen vor allem in ländlichen Gegenden für die Patienten eine durchlässige Versorgungskette ermöglichen. Grundsätzlich ist das natürlich eine gute Idee. Die vorgesehenen Regelungen konterkarieren das aber ebenfalls. Bisher ist ein Mehrwert gegenüber üblichen Konzentrationen von örtlich vorhandenen Einzelanbietern nicht ersichtlich. Das liegt u.a. an den Finanzierungsregelungen, die im Grunde die Abrechnungsregelungen der einzelnen Beteiligten nicht ändern und damit den Aufwand vergrößern und unübersichtlich machen. Hier ist eine Vereinfachung, u.a. durch Verzicht auf regulatorische Einschränkungen, notwendig, damit die Beteiligten vor Ort entsprechend den vorhandenen Möglichkeiten gute Lösungen entwickeln können.

Krankenhausplanung muss Aufgabe der Länder bleiben

Der VKD hat sich immer wieder dafür ausgesprochen, die Krankenhausplanung durch die Länder nicht anzutasten, da hier die

notwendigen Kompetenzen – auch durch die Beteiligung der Landeskrankenhausgesellschaften und Landesverbände der Krankenkassen – vorhanden sind. Die Bundesländer können nicht von Berlin aus über einen Kamm geschoren werden. Selbst innerhalb der Länder sind die Regionen unterschiedlich, deren Bedingungen in einer zentral gesteuerten Gesundheitsversorgung aus dem Blick geraten würden.

Wie schwierig die Umsetzung der Krankenhausreform für Krankenhäuser und Träger werden wird, welche Kraftanstrengungen sie den Führungskräften und Mitarbeitern abverlangen wird, welche Folgen sie am Ende für die Gesundheitsversorgung haben wird, ist derzeit nur in Umrissen erkennbar.

Unsere Interviews im Folgenden zeigen die Meinung und die Bedenken der Praktiker

„IM GESETZENTWURF IST DIE VORHALTEFINANZIERUNG EIN ÜBERKOMPLEXES, BÜROKRATISCHES GEBILDE, DAS MIT DER EIGENTLICHEN IDEE NICHTS MEHR ZU TUN HAT.“

im kaufmännischen Management – VKD-Präsident Dirk Köcher, Dr. Matthias Geiser, Landesvorsitzender in Baden-Württemberg, die auch auf unterschiedliche Bedingungen in den Ländern hinweisen sowie – ausführlicher – Wolfgang Mueller, 1. Vizepräsident des VKD und Landesvorsitzender in Nordrhein-Westfalen. Wolfgang Mueller bewertet die Vorbereitung der Landeskrankenhausplanung in NRW als Geschäftsführer der Vestischen Caritas-Kliniken in Datteln sowie die ersten Umsetzungsschritte. Zu erkennen ist bereits hier, dass es für viele Häuser in vielfacher Hinsicht ein schwieriger Weg werden wird.

Dass eine Auswirkungsanalyse vor dem Start der Reform vom Bundesgesundheitsminister nicht vorliegt bzw. abgelehnt wird, ist geradezu sträflich. Die Länder beharren allerdings darauf – hoffentlich setzen sie sich durch.

Am Ende des Tages tragen sie ja die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung ihrer Bürger.

„DIE BUNDESLÄNDER KÖNNEN NICHT VON BERLIN AUS ÜBER EINEN KAMM GESCHOREN WERDEN.“

Krankenhausreform und Notfallreform

Ein wesentlicher Aspekt, der in den Diskussionen im Sommer noch keine wirklich große Rolle gespielt hat, ist die Verbindung von Krankenhausreform und Notfallreform, für die ja ebenfalls ein Gesetzentwurf vorgestellt wurde. Das Bundeskabinett hat am 17. Juli 2024 bereits das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (NotfallGesetz) beschlossen. Eigentlich sollen beide Gesetze im Rahmen der Transformation der Gesundheitsversorgung zusammengehören – also müssen sie auch zusammenpassen. Welche Rolle spielen die den Krankenhäusern mit Notfallstufen zugewiesenen Leistungsgruppen? Wie sieht das gerade mit den Kliniken in den ländlichen Regionen aus? Welche Rolle spielt der Rettungsdienst – spielt er überhaupt eine Rolle? Wie hier strategisch vorgedacht wurde, zeigt das Beispiel der Südstadtklinik in Rostock, das wir hier ebenfalls vorstellen.

Transformationsfonds – wer soll das bezahlen?

Da es sich, wie der VKD mehrfach betont hat, bei dem geplanten Strukturwandel durch die Krankenhausreform um ein gesamtgesellschaftliches Vorhaben handelt, muss es auch entsprechend finanziert werden. Die Bundesregierung rechnet mit 50 Milliarden Euro über mehrere Jahre, finanziert zur Hälfte durch die Länder und zur Hälfte durch die gesetzlichen Krankenkassen. Ob das ausreicht, ist die eine Frage. Die derzeit wohl wichtigere ist, auch angesichts der Budgetverhandlungen der Ampelkoalition, warum sich der Bund an

diesem für die Bürger enorm wichtigen Strukturvorhaben nicht beteiligen will. Stattdessen sollen die gesetzlich Versicherten die Hälfte der Last tragen. Hierzu ist vermutlich das letzte Wort auch noch nicht gesprochen.

Kompromiss noch möglich?

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat vor der 1. Lesung des KHVVG im Bundestag einen 3-Punkte-Plan vorgelegt, um die große Krankenhausreform noch zu einem Erfolg führen zu können. Wesentliche Punkte des Entwurfs der Bundesregierung könnten die Krankenhäuser nicht mittragen, da sie in der Praxis nicht umsetzbar seien. Doch eine Reform sei notwendig. Die Kliniken benötigten aber in dem schwierigen Transformationsprozess verlässliche Perspektiven. Die Versorgung in allen Regionen müsse dauerhaft gesichert bleiben. Die Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung sei ein Konsens von Bund, Ländern und den betroffenen Akteuren.

Der 3-Punkte-Plan soll die zentralen Dissenspunkte auflösen.

In der ersten Transformationsphase soll danach bis Ende 2026 die Landeskrankenhausplanung Nordrhein-Westfalens Grundlage für alle Bundesländer sein. Die vom Bund zusätzlich geplanten Eingriffe, wie die Mindestfallzahlen, verschärfte Personalvorgaben oder Einschränkungen bei Kooperationen von Klinikstandorten sollen dann in einer weiteren Phase ab dem Jahr 2027 besprochen und entschieden werden.

Für das im Gesetzentwurf stehende System der Vorhaltefinanzierung seien andere Lösungen zur Existenzsicherung von Grundversorgungshäusern und zur Konzentration komplexer Leistungen notwendig. Es gebe bereits heute im Finanzierungssystem dafür Instrumente, die fallzahlunabhängig, weniger komplex und weniger bürokratisch genutzt werden könnten.

Notwendig sei drittens eine echte Entbürokratisierungsoffensive mit konkreten und sofort umsetzbaren Schritten als maßgeblicher Beitrag zur Kostensenkung und zur wirtschaftlichen Stabilisierung. Dafür legte die DKG ebenfalls Vorschläge vor.

Jetzt liegt der Ball im Feld der Abgeordneten

Mit der ersten Lesung des Reformgesetzes im Bundestag liegt es nun bei den Abgeordneten und den Bundestagsausschüssen, ob die Kritik und die Änderungsvorschläge aus den Ländern und den Verbänden aufgenommen

werden. In der parlamentarischen Sommerpause waren die Abgeordneten in ihren Wahlkreisen unterwegs und machten natürlich ihren sicher auch verdienten Urlaub. Was die 2. und 3. Lesung ergeben, werden wir sehen. Die Länder ihrerseits haben bereits sehr deutlich gemacht, dass ihre Positionen berücksichtigt werden müssen. Sonst, so sagte es Dr. Andreas Philippi, Niedersachsens Gesundheitsminister, in der Jahrestagung des VKD Ende Juni, und auch Karl-Josef Laumann, Gesundheitsminister in NRW in einer Pressekonferenz am 18. Juli, würden sie nicht zustimmen.

PB-Redaktion





Es wäre deutlich sinnvoller, der Praxis mehr Spielräume zu lassen.

INTERVIEW MIT DR. MATTHIAS GEISER, VORSITZENDER DER VKD-LANDESGRUPPE BADEN-WÜRTTEMBERG, GESCHÄFTSFÜHRER DES SCHWARZWALD-BAAR-KLINIKUMS VILLINGEN-SCHWENNINGEN



Dr. Matthias Geiser

PB: Sehr geehrter Herr Dr. Geiser, Sie sagten im Interview zur Strategie Ihres Klinikums in den VKD-Praxisberichten 2023, Ihr Klinikum sei strategisch sehr gut aufgestellt. Allerdings verlange die aktuelle Situation auch Anpassungen. Wie sieht es heute aus?

Dr. Matthias Geiser: In 2023 hatten wir noch ein ausgeglichenes Ergebnis, auch durch etliche Einmaleffekte. Diese sind in diesem Jahr weggefallen. Das Problem der enormen Kostensteigerungen, die wir nicht weitergeben können, ist geblieben. Jetzt erwarten wir daher schwierige Verhandlungen mit unserem Träger.

PB: Hat Sie die Argumentation des Bundesgesundheitsministers in der 1. Lesung zur Krankenhausreform überzeugt?

Dr. Matthias Geiser: Ich habe mir die 1. Lesung im Bundestag angesehen. Die Argumentation des Ministers hatte nichts Überzeugendes. Es ging nicht darum, die Abgeordneten der Ampelparteien von der Reform zu überzeugen. Die von Prof. Lauterbach immer wieder betonte Abschaffung der Fallpauschalen zum Beispiel ist ja einfach ein Märchen. Daran kann man glauben, oder auch nicht. Ebenso ist es mit der behaupteten Entbürokratisierung. Schon das Transparenzgesetz hat uns erneut einen erheblichen Aufwuchs von Dokumentation beschert, von dem nicht klar ist, was dann mit den Daten geschehen wird. Das Krankenhaus hat nichts davon.

Es gibt auch ein paar positive Ansätze. Dass es zur Krankenhausplanung bundesweit einen Konsens dazu gibt, wie sie grob umgesetzt werden sollte, sehe ich positiv. Nun müssen sich nur noch Bund und Länder über die notwendigen Details einigen.

PB: Das Schwarzwald-Baar-Klinikum hat in den vergangenen Jahren bereits eine Zentralisierung erfolgreich hinter sich gebracht. Sie bezeichnen es als Zentralklinikum mit zwei Standorten – eine Struktur, die aber im Gesetz so nicht berücksichtigt ist. Sieht das mit der Zuordnung der Leistungsgruppen, wie sie diese vermutlich erwarten können, jetzt für Sie besser aus?

Dr. Matthias Geiser: Es stimmt, wir sind einigermmaßen gut aufgestellt, die Simulationen sind für uns nicht besorgniserregend. Einige Probleme sehen wir dennoch vor allem bei der Zuordnung der Leistungsgruppen zu unseren beiden Standorten.

Gut wäre es, wenn die Regelung zu den Notfallstufen, den Leistungsgruppen und dem geplanten Gesetz zur Notfallversorgung besser aufeinander abgestimmt würden. Alle drei spielen ja in der Notfallversorgung eine große Rolle, passen aber nicht gut zusammen.

PB: Bundesgesundheitsminister Lauterbach hat vor dem Bundestag zur Begründung der Reform auch erklärt, die DRGs würden mit dem Gesetz abgeschafft und dabei auf die Vorhaltepauschale verwiesen. Anscheinend überzeugend für die Abgeordneten der Ampelparteien – für Sie nach wie vor vermutlich weiterhin nicht?

Dr. Matthias Geiser: Grundsätzlich bin ich aufgeschlossen, was eine Reform betrifft. Wir haben ja kein Erkenntnisproblem. Eine Wunderheilung gibt es nicht. Wir können auch nicht jeden Monat die Welt neu erfinden.

Doch alles, was zu den Vorhaltepauschalen im Gesetz steht, halte ich für eine Farce. Weder wird, wie immer vom Bundesgesundheitsminister betont, entökonomisiert, noch wird mit dem Gesetz die flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum gesichert. Vorgesehen ist ein Riesenaufwand für eine nur minimale Umverteilung – wenn überhaupt.

Für kleinere Häuser sind die vorgesehenen Regelungen durchaus existenziell. Wenn sie zum Beispiel im ländlichen Raum für die Notfallversorgung als wichtig eingestuft werden, dann brauchen sie auch ein Portfolio, womit sie das umsetzen können. Hier spielen die Leistungsgruppen eine wichtige Rolle. Und es geht auch hier nach wie vor um Fallzahlen.

Es wäre zudem deutlich sinnvoller, nicht ganz so perfekt sein zu wollen und der Praxis mehr Spielräume zu lassen.

Was seit langem passiert, ist aber das Gegenteil. Mit jeder Verordnung, mit jedem Gesetz wird das System immer komplexer. Jede kleine Widersprüchlichkeit muss geregelt werden.

PB: Sie haben die Ambulantisierung als Long-Covid-Syndrom der Krankenhausfinanzierung bezeichnet. Wie schätzen Sie das Thema heute ein?

„DIE VON PROF. LAUTERBACH IMMER WIEDER BETONTE ABSCHAFFUNG DER FALLPAUSCHALEN ZUM BEISPIEL IST JA EINFACH EIN MÄRCHEN. DARAN KANN MAN GLAUBEN, ODER AUCH NICHT.“

Dr. Matthias Geiser: Beim Thema Ambulantisierung stört mich, dass zurzeit nur Druck aufgebaut wird. Es gibt aber keine Lösungsvorschläge oder Anreize für uns. Wir werden mit spezialisierten Facharztpraxen verglichen und mit ihnen in einen Topf geworfen. So geht das aber nicht. Wenn wir keine wirtschaftlichen Anreize für diese ambulanten Leistungen bekommen, können wir sie angesichts der niedrigen Vergütung nicht erbringen. Es hat sich also nichts geändert.

PB: Sie erwarteten eine stärkere Wettbewerbsausrichtung der Kliniken. Das werde aber nicht zu der angestrebten Versorgungsstruktur führen. Gibt es inzwischen die von Ihnen erwarteten Kooperationsgespräche in größerer Zahl?

Dr. Matthias Geiser: Wir stehen einerseits in einem gewissen Wettbewerb, müssen aber auf der anderen Seite im Konsens Strukturen schaffen. Das wird nicht einfach. Vermutlich wird das ohne Moderation eines Dritten – des Gesundheitsministeriums – nicht wirklich zielführend sein.

PB: Es ist ja zu vermuten, dass die Landeskrankenhauspläne mit dem Bundesgesetz kollidieren. Sehen wir einem planerischen Chaos entgegen?

Dr. Matthias Geiser: Wir stehen in Baden-Württemberg mit der Krankenhausplanung noch ganz am Anfang. Wir können das nach den neuen Regelungen, die eventuell von der Bundesebene kommen, umsetzen. Wenn vom Bund hierzu nichts kommt, werden wir dennoch eine an den Leistungsgruppen orientierte Krankenhausplanung einführen. Wir erwarten, dass wir in die Planungen eng einbezogen werden und haben in diesem Sinne bereits positive Signale von unserem Gesundheitsministerium erhalten.

Wir beschäftigen uns natürlich vor allem auch mit der Definition der Leistungsgruppen als zentralem Planungs-

element. Man muss dabei ja beachten, dass es Kausalketten gibt, die hier eine Rolle spielen können, etwa, wenn die Zuordnung einer Leistungsgruppe an der Beschäftigung eines Spezialisten hängt, der aber im Krankenhaus nicht verfügbar ist. In diesem Fall kann das Haus die Leistungsgruppe nicht erbringen. Das wird gar nicht so selten der Fall sein. Hier brauchen wir pragmatische Lösungen, denn nicht wenige Krankenhäuser werden vor ähnlichen Konstellationen stehen.

PB: NRW hat für die Umsetzung der Landeskrankenhausplanung Geld bereitgestellt. Rechnen Sie auch mit Hilfe Ihres Bundeslandes? Sehr viele Kommunen und Landkreise werden hier vermutlich nicht mehr einspringen können.

Dr. Matthias Geiser: Die kommunalen Träger können die finanzielle Unterstützung der Häuser natürlich nicht über Jahre leisten. Bei den Bundesländern ist die Einsicht, hier mehr tun zu müssen, bereits da. Baden-Württemberg hat ja als eines der wenigen Länder schon in den Jahren 2021 und 2022 nicht zweckgebundene Leistungen zusätzlich gefördert.

PB: Einen Inflationsausgleich verweigert Gesundheitsminister Lauterbach den Krankenhäusern nach wie vor.

Dr. Matthias Geiser: Die Auswirkungen brennen uns vor allem anderen auf den Nägeln. Wir können uns dadurch auch nicht in Ruhe mit den ganzen anstehenden Veränderungen beschäftigen, wenn diese aktuelle Lage uns ständig völlig in Anspruch nimmt. Hier kommt beides zusammen – die Krankenhausreform, die ja langfristig wirkt, und die kurzfristig wirkende wirtschaftliche Verschlechterung, die unsere ganze Aufmerksamkeit erfordert.

Auf die Vorhaltefinanzierung in der jetzt geplanten Form muss verzichtet werden

INTERVIEW MIT DIRK KÖCHER, PRÄSIDENT DES VKD,
LANDESVORSITZENDER DER VKD-LANDESGRUPPE
MITTELDEUTSCHLAND 2021 BIS 2024, KAUFMÄNNISCHER DIREKTOR DES
STÄDTISCHEN KLINIKUMS DRESDEN



Dirk Köcher

PB: Sehr geehrter Herr Köcher, Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach meinte vor nicht allzu langer Zeit, die Lage sei besser als die Stimmung. Wie ist denn aktuell die Stimmung Ihrer Mitglieder in Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt?

Dirk Köcher: Die Lage hier in unseren drei Bundesländern ist ähnlich der bundesweiten. Die Stimmung dementsprechend auch – nicht gut. Nach wie vor fehlt der Inflationsausgleich. Das Thema Finanzierung ist extrem schwierig. Hier in Mitteldeutschland kommt noch hinzu, dass im kommunalen Bereich Landkreise und Kommunen noch weniger unterstützen können als in anderen Bundesländern.

Ferner wurde die Krankenhausstruktur nach der Wende bereits deutlich ausgedünnt und konzentriert.

PB: Gibt es Unterschiede zwischen großen und kleinen Kliniken, was die wirtschaftliche Lage angeht?

Dirk Köcher: Unterschiede in dieser Hinsicht sehe ich hier nicht – es trifft kleine wie große Häuser gleichermaßen.

Wobei wir im Bundesvergleich in Mitteldeutschland durch die erheblichen Strukturveränderungen nach der Wende bereits eine andere Situation haben als in vielen westlichen Bundesländern. Es fanden damals bereits Konzentrationen statt und Kliniken wurden auch geschlossen. Man kann das an der Anzahl von Krankenhäusern in Sachsen sehen, die schon als integrierte Gesundheitszentren, vergleichbar mit den angedachten Level II-Einrichtungen, arbeiten, wie sie mit der Krankenhausreform vorgesehen sind. Das ist in Sachsen bereits seit einem Jahr möglich.

Hinzu kommt ein weiterer Aspekt. Die demografische Entwicklung hat zu einer Altersstruktur der Bevölkerung geführt, die sich auf die Krankenhäuser natürlich auswirkt – was die Patienten betrifft, aber ebenso die Mitarbeiter. Darauf müssen wir uns einstellen. Hier sind wir schon einen Schritt weiter als andere Bundesländer.

Und dies sehen wir leider auch bei der Anzahl an zur Verfügung stehenden Fachkräften. Hier haben wir gerade in der Fläche bereits große Probleme, entsprechendes Personal für Tätigkeiten oder Ausbildungen in den Kliniken zu finden und auch zu halten. Und die nötige Akquise ausländischer Fachkräfte ist v.a. im ländlichen Bereich leider auch nicht die einfachste. Eine ausbaufähige Willkommenskultur sowie auch die fehlende Community als Anbindung für neue ausländische Mitarbeiter erweisen sich als Nachteil gegenüber den alten Bundesländern oder den Großstädten.

PB: Wie gehen typischer Weise die Häuser vor, um die vermutlich fast überall zu verzeichnenden Defizite zu kompensieren?

Dirk Köcher: Derzeit versuchen die Kliniken durch Kosteneinsparungen und zunehmend auch durch Umstrukturierungen des Leistungsspektrums gerade bei mehreren Standorten gegenzusteuern. Wir sehen auch bereits erste Insolvenzen, Schließungen von Notfallzentren und auch Verkäufe von Kliniken.

„ES GIBT IN DEN LÄNDLICHEN REGIONEN BEREITS GRÖßERE EINSCHRÄNKUNGEN, WEIL DIE VERSORGUNG MIT FACHÄRZTEN DORT NICHT MEHR GEGEBEN IST. HIER MÜSSEN DIE KRANKENHÄUSER DIESE VERSORGUNG SICHERSTELLEN. SIE SIND DER ALLERLETZTE ANKERPUNKT“

Es ist ja eine insgesamt sehr komplexe Situation, die eine Rolle spielt. Es gibt in den ländlichen Regionen zusätzlich bereits größere Einschränkungen, weil die Versorgung mit Fachärzten dort nicht mehr gegeben ist. Hier müssen die Krankenhäuser diese Versorgung sicherstellen. Unser Verband betont ja immer, dass die Krankenhäuser der Anker der Gesundheitsversorgung sind. Hier sieht man es besonders deutlich: Das Krankenhaus ist dann der wirklich allerletzte Ankerpunkt. Wenn es das Haus nicht mehr gibt, ist die Bevölkerung an dieser Stelle ohne medizinische und pflegerische Hilfe.

PB: Kommen von den drei Bundesländern, auch von den Landkreisen oder Kommunen, Finanzhilfen?

Dirk Köcher: Betriebswirtschaftliche Hilfe ist natürlich ausgeschlossen – dafür ist der Bund zuständig. Die Länder können ja nur Investitionen unterstützen. Sachsen hat konkret 20 Millionen Euro zusätzliche pauschale Fördermittel beschlossen. Das ist ein Drittel der ursprünglich vorgesehenen Mittel. Das ist positiv, es hilft auch, aber es schließt die Lücke bei Weitem nicht.

Die kommunalen Haushalte stehen v.a. wegen der historisch gestiegenen Tarife im öffentlichen Dienst, aber auch durch die erhebliche Ausweitung von Leistungsgesetzen, finanziell schlecht da. Und bis auf wenige Ausnahmen fehlt den Kommunen und Landkreisen die finanzielle Kraft wie in den alten Bundesländern, um die Kliniken nennenswert unterstützen zu können.

PB: Als besonders heikel wird im KHVVG offenbar die geplante Vorhaltefinanzierung gesehen. Wo liegen aus Ihrer Sicht und der Ihrer Kollegen hier die Knackpunkte?

Dirk Köcher: So, wie es jetzt geplant ist, haben wir auch in diesem Bereich weiterhin Fallpauschalen, nur eben in verkürzter Form. Über die Vorhaltepauschalen hinaus sollen zudem weiterhin Fälle gemessen werden, nur eben im Verhältnis 60 zu 40 aufgeteilt. Die Kliniken werden sich im Korridor der Fallzahlen bewegen und es wird dann eben weiterhin entsprechende Effekte geben, etwa längere Wartezeiten bei vertretbaren Eingriffen. Und die derzeit nicht auskömmlichen reinen DRG-Budgets werden in neue nicht auskömmliche rDRG- und Vorhalte-Budgets übertragen. Eine schwierige Situation...

Hinzu kommen die Regelungen zu den Mindestfallzahlen, die dann für alle Leistungsgruppen gelten sollen. Angesichts der aktuellen Personalsituation wird es dann noch

schwieriger, manche Leistungsgruppen zu halten. Das betrifft gegebenenfalls auch die dafür aufgebauten Strukturen und die Vorhalteleistungen, die nicht mehr gegenfinanziert werden.

Unsere Forderung ist daher, die Vorhaltefinanzierung unabhängig von Fallzahlen auszugestalten – wie es ursprünglich auch vorgesehen war.

PB: Ohne konkret auf Einzelheiten eingehen zu wollen – noch wissen wir ja nicht, was am Ende als Gesetz aus dem Bundestag kommen wird – wie stellen Sie sich einen Kompromiss vor, mit dem alle leben könnten?

Dirk Köcher: Wir sind, denke ich, alle nicht grundsätzlich gegen eine Reform und gegen Leistungsgruppen als Planungsinstrument. Wenn sie so eingeführt würden, wie in Nordrhein-Westfalen, könnten wir damit leben und das würde zu den nötigen Konzentrationsprozessen führen. Auf die Vorhaltefinanzierung in der jetzt geplanten Form müsste verzichtet werden. Und wir brauchen natürlich nach wie vor eine auskömmliche Finanzierung. Das wäre ein Kompromiss.

PB: Sachsens Ministerpräsident Michael Kretschmer hat in der VKD-Jahrestagung im vorigen Jahr den Vorschlag gemacht, sich an die Hilfen für die ostdeutschen Kliniken nach der Wende zu erinnern und ähnlich für die deutschen Krankenhäuser insgesamt vorzugehen. Wäre das eine Lösung?

Dirk Köcher: Das war kein schlechter Vorschlag. Er ging in die richtige Richtung. Aber die Länder dürfen ja, wie schon gesagt, nur Investitionen fördern. Beim Gesundheitsfonds haben wir das gleiche Problem. Hier kritisieren die gesetzlichen Krankenkassen, dass er gesetzwidrig zur Finanzierung der Transformation genutzt werden soll – in Höhe von immerhin

25 Milliarden Euro. Die Krankenkassen werden vermutlich dagegen klagen. Wichtig ist bei neuen Struktur- oder Transformationsfonds, dass die Kliniken die Möglichkeit haben, Veränderungen auch damit zu finanzieren. Der letzte Strukturfonds war hier sehr stark auf Standortschließungen ausgerichtet, wenn größere Summen beantragt worden sind. Es wird zukünftig vermehrt um Umwandlung und Teilkonzentrationen gehen.

PB: Nachdem Kritik und Argumente der Praktiker beim Bundesgesundheitsminister bisher auf keinerlei Reaktion gestoßen sind – haben Sie noch Hoffnung, dass sich das ändert?

Dirk Köcher: Ehrlich gesagt, relativ wenig Hoffnung. Der Bundesgesundheitsminister ist mit einem Maximalentwurf nach seinen Vorstellungen in die Öffentlichkeit gegangen und hat dann diesen Gesetzentwurf trotz sachlicher Kritik und Änderungsvorschlägen von Verbänden, Praktikern, Ländern nicht mehr wirklich verändert.

PB: Haben Sie und die Mitglieder Ihrer Landesgruppe in der parlamentarischen Sommerpause Bundestagsabgeordnete kontaktiert, um noch einmal die Situation der Krankenhäuser und die Auswirkungen des Reformgesetzes auf die Versorgung der Bevölkerung zu erläutern?

Dirk Köcher: Ja, das haben wir natürlich. Wir haben sowohl die Abgeordneten der Ampelparteien kontaktiert als auch der CDU/CSU-Fraktion hier in ihren Wahlkreisen. Wir hoffen aber auch, dass sich die Länder weiterhin gemeinsam energisch für die notwendigen Änderungen einsetzen werden. Auf unserer Jahrestagung der Landesgruppe Mitteldeutschland wird am 22. August z.B. Staatsministerin Werner aus Thüringen ein Grußwort halten.



Die Zeiten, in denen es hieß „Wer kann, der darf“ sind vorbei

INTERVIEW MIT WOLFGANG MUELLER, 1. VIZEPRÄSIDENT DES VKD,
LANDESVORSITZENDER DER VKD-LANDESGRUPPE
NORDRHEIN-WESTPHALEN 2021 BIS 2024, VORSITZENDER DER
GESCHÄFTSFÜHRUNG, VESTISCHE CARITAS-KLINIKEN GMBH, DATTELN



Wolfgang Mueller

PB: Wenn Sie das Planungsverfahren in Nordrhein-Westfalen mit dem für die Krankenhausreform im Bund vergleichen – wo sehen Sie die grundsätzlichen Unterschiede?

Wolfgang Mueller: Wir hatten schon eine sehr intensive Phase, wenn ich an die lange Vorbereitung des Landes für die Krankenhausplanung denke. Hier waren alle Beteiligten – Landeskrankenhausgesellschaft, Ärztekammern, Krankenkassen beteiligt. Das macht sicher auch den wesentlichen Unterschied zur Reform auf Bundesebene aus. Zwar gab es zum Gesetzentwurf des KHVVG am Ende auch Anhörungen, die allerdings sehr kurzfristig angesetzt waren. Die Eingeladenen bekamen zudem nur wenige Minuten Zeit, sich zu äußern. Das waren sicher nicht nur aus meiner Sicht Alibiveranstaltungen, nur um zu erklären, man habe ja alle eingebunden.

Foto: VKD | axentis | georg.j. lopata

Der Bundesgesundheitsminister wirkte auch nach den Anhörungen unbeirrbar und letztlich nicht zu beeinflussen.

PB: Nach einem ersten Anhörungsverfahren im Mai zu den Leistungsgruppen der medizinischen Grundversorgung – Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Intensivmedizin und Geriatrie – in NRW begann Mitte Juni das zweite Anhörungsverfahren im Rahmen der neuen Krankenhausplanung. Wie lief das konkret ab?

Wolfgang Mueller: Zunächst konnten wir im Herbst 2022 unsere Antragsunterlagen für das gewünschte Leistungsportfolio einreichen. Bis Mitte Mai 2023 haben wir dann mit den Krankenkassen darüber verhandelt. Danach übernahmen dann die Bezirksregierungen als zuständige Planungsbehörden. Sie prüften die eingereichten Unterlagen der Kliniken sowie die Verhandlungsergebnisse mit den Kassen. Dann prüfte das MAGS die Berichte und Voten der Bezirksregierungen, die Unterlagen und Verhandlungsergebnisse.

Im Zeitraum Mitte April bis Anfang Juli 2024 hatte das Land zu 10 Planungskonferenzen eingeladen. In diesen Konferenzen ging es aber noch nicht um einzelne Häuser. Das Ministerium teilte mit, wie viele Antragsteller es für die jeweiligen Leistungsgruppen gab und wie viele Leistungserbringer nach Einschätzung des Ministeriums benötigt würden. Das war noch abstrakt, hat aber bereits für Unruhe gesorgt. Es war deutlich zu erkennen, dass stärker konzentriert werden sollte, als mit den Kassen verhandelt.

In der ersten Anhörung Mitte Mai – also parallel zu den laufenden regionalen Planungskonferenzen – ging es dann zunächst um die Basisleistungsgruppen. Das war eher unspektakulär, weil es die Grundversorgung betraf, auch wenn es regional dann schon Veränderungen gegeben hat, etwa in der Geriatrie. In der zweiten Anhörung – es war ein schriftliches Verfahren

– erhielten wir am 14. Juni Schreiben, in denen für die einzelnen Häuser für die weiteren Leistungsgruppen schriftliche Vorschläge des Ministeriums mitgeteilt wurden. Dabei ging es um alle anderen Leistungsgruppen in allen Planungsebenen, von Kreis bis Landesteil.

PB: Worauf beruhten die Planungsüberlegungen des Gesundheitsministeriums?

Wolfgang Mueller: Das Ministerium plante auf der Basis von Fallzahlen in den Leistungsbereichen und Leistungsgruppen. In die Bewertung sind die Fallzahlen der Krankenhäuser von 2019 bis 2023 eingeflossen. Für jede Leistungsgruppe wurde ein landesweiter Bedarf ausgewiesen und es wurde ermittelt, wie dieser gedeckt werden kann und welche Krankenhäuser wo hierfür mehr oder auch weniger Leistungen erbringen sollten, als sie beantragt hatten.

In den beiden Anhörungen haben wir bereits gesehen, dass das Land deutlich über dem Zwischenergebnis der zwei Voten von Kosten-

„DER BUNDESGESUNDHEITSMINISTER WIRKTE AUCH NACH DEN ANHÖRUNGEN UNBEIRRT UND LETZTLICH NICHT BEEINFLUSSBAR.“

trägern und Bezirksregierungen lag. Das war durchaus überraschend für uns und offenbar dem allgemeinen Druck aus Berlin geschuldet. Es sollte anscheinend deutlich werden, dass das NRW-Modell eine Wirkung haben muss. Der Arm Lauterbachs reicht schon weit – das Gefühl hatte ich stark.

PB: Es ging gerade beim 2. Anhörungsverfahren ja schon ganz konkret darum, was jedes Krankenhaus in Zukunft an Leistungen erbringen soll – gab und gibt es aber noch Einspruchsmöglichkeiten?

Wolfgang Mueller: Wir hatten Zeit, bis zum 11. August dazu Stellung zu nehmen.

Nach dem Verfahren mit den Kostenträgern musste jedes Haus seinen Zwischenstand zu einer Leistungsgruppe melden: Gab es hier einen Konsens oder Dissens? Das war besonders problematisch. Hat man die Zuweisung für eine Leistungsgruppe bekommen, aber die Leistungsmenge war kritisch, sind die Häuser damit

„WENN DAS MINISTERIUM ETWAS ÄNDERT, HAT ES AUF JEDEN FALL AUSWIRKUNGEN AUF ALLE LEISTUNGSERBRINGER DIESER LEISTUNGSGRUPPE.“

unterschiedlich umgegangen. Sollte die NRW-Planung erfolgreich sein, sagte man ja zu vielem, wenn auch teilweise zähneknirschend. Andere Häuser sagten nein, wenn sie mit der zugewiesenen Menge nicht einverstanden waren.

Krankenhausplanung und Budgetverhandlungen sind nun einmal zwei verschiedene Schuhe.

Gehadert haben wir bezüglich der Anhörungsverfahren, dass das Ministerium – nicht abgestimmt – diese Anhörungen im Internet für jedermann einsehbar veröffentlicht hat. Das hat uns schon vor allem bei der zweiten Anhörung Sorgen gemacht, weil vieles in der Öffentlichkeit falsch verstanden wurde. Die Medien haben das aufgegriffen. Es wurde so dargestellt, dass es bereits um Entscheidungen des Ministeriums geht, dabei war es ja lediglich ein Zwischenstand. Es wurde öffentlich dargestellt, welche Krankenhäuser welche Leistungsgruppen nicht mehr erbringen dürften. Das wurde dann auch von Patienten aufgegriffen. Dabei gibt es ja noch keinen Bescheid. Es wurde nur die Haltung des Ministeriums schriftlich mitgeteilt.

Nach den Ferien in NRW werden die Stellungnahmen der Krankenhäuser nun ausgewertet. Erst im Dezember gibt es die Feststellungsbescheide. Dann können auch Rechtsmittel dagegen eingelegt werden.

PB: Haben Sie den Eindruck, dass bei der Zuordnung von Leistungsgruppen bzw. mit ihrem Entzug das Umfeld der Krankenhäuser einbezogen wurde?

Wolfgang Mueller: Wenn das Ministerium etwas ändert, hat es auf jeden Fall Auswirkungen auf alle Leistungserbringer dieser Leistungsgruppe.

Aber es ging für jedes Krankenhaus auch um die Prognose für 2024. Wir sollten ja nach vorne

schauen. Jedes Haus musste das für sich überlegen. Erbringt man eine bestimmte Leistung

weiterhin, kommt es zu einem Leistungszuwachs. Mit welcher Leistungsmenge kann man also vernünftigerweise an den Start gehen – etwa, wenn man selbst eine Leistungsgruppe zugeordnet erhält, das Nachbarhaus aber nicht. Die Zeiten, in denen es hieß: Wer kann, der darf, sind vorbei.

PB: Das Land entscheidet mit den Zuweisungen auch über die Wirtschaftlichkeit der Häuser. Das kann ja nicht ohne Konflikte abgehen...

Wolfgang Mueller: Es gab durchaus schon Einschläge. Wenn zu viele Kliniken eine bestimmte Leistung erbringen – und auch in der notwendigen Qualität und Menge – trifft das Land Auswahlentscheidungen. Ein Ergebnis der Planung war, dass viele Häuser die Anforderungen erfüllten. Aus Sicht des Ministeriums zu viele. Also wurde gehandelt. Das fiel aber natürlich je nach Region und Leistungsdichte sehr unterschiedlich aus.

Daher sagten einige Kollegen, wenn sie feststellten, dass es durchaus ein Gespür für die Versorgungssituation in ihrer Region gab, es seien gute Entscheidungen. Andere fragen sich, warum sie in einer komplexen Leistungsgruppe, die sie seit Jahren erbracht und natürlich entsprechende Strukturen aufgebaut haben, in der auch die Leistungszahlen stimmen, warum sie hier auf Null gesetzt wurden. Das betrifft zum Teil ganze Abteilungen. Das ist dann wirtschaftlich natürlich eine sehr schwierige Lage.

PB: Welche Rolle spielen in diesem Planungsprozess die Träger?

Wolfgang Mueller: Wenn durch die planerische Entscheidung des Landes die wirtschaftliche Lage des gesamten Standortes gefährdet ist, kann es sein, dass das Land auch eine Entscheidung korrigiert. Das könnte schon ein Argument sein.

PB: Wo finden besonders starke Konzentrationen statt?

Wolfgang Mueller: Man erkennt schon sehr starke Konzentrationen in der Kardiologie – hier hat das Land eine Dreiteilung vorgenommen zwischen rein konservativ ausgerichteter Kardiologie, einer Kardiologie mit Katheterlabor und einem Komplettanbieter. Es gibt aber zum Beispiel in Ballungszentren, etwa Köln, auf einer Rheinseite drei Komplettanbieter, von denen einer ebenfalls auf Null gesetzt wurde. Das ist natürlich hart. Damit nehmen sie ein Herzkatheterlabor aus der Versorgung heraus. Das betrifft dann das Mitarbeiterteam, die Investitionen und hat auch Auswirkungen auf alle anderen Mitarbeitenden.

Eine erhebliche Konzentration gibt es neben der Kardiologie in der Endoprothetik. Hier mussten viele Kliniken, die bei den Knie- und Hüftendoprothesen unter hundert Fällen lagen, in der Anhörung feststellen, dass sie diese Leistungen nach den Vorstellungen des Landes nicht mehr erbringen dürfen.

Es sollen vor allem Doppel- und Mehrfachvorhaltungen in räumlicher Nähe abgebaut werden. Dies betrifft insbesondere Bereiche mit starken elektiven Eingriffen, wie die Orthopädie.

Bei Leistungsgruppen in der onkologischen Chirurgie, bei Pankreasoperationen, Leber, tiefes Rektum, sehen die Planungsebenen der Regierungsbezirke ebenfalls starke Konzentrationen vor. In der 2. Anhörung wurde zum Beispiel deutlich, dass Pankreasoperationen nur noch in großen Zentren erfolgen sollen.

Sieht man sich das genauer an, beginnen die Zuweisungen im Land allerdings bei Leistungsmengen von 25. Danach kommen sechs Häuser mit 30. Eine Konzentration auf große Zentren, wie im Textteil der Anhörung beschrieben, ist in der Praxis zunächst nicht zu erkennen. Eine nachvollziehbare regionale Verteilung ist ebenfalls nicht immer ersichtlich.

PB: Sind mit diesem neuen Planungssystem strategische Entscheidungen mittelfristig noch möglich – das heißt, wie flexibel ist ein Krankenhaus dann künftig noch bezüglich seiner Entwicklung?

Wolfgang Mueller: Nach der Krankenhausplanung ist vor der Krankenhausplanung. Wenn das Verfahren der großen Runden abgeschlossen ist, kann man für das einzelne Haus Anträge zur Veränderung der Struktur stellen.

Was uns hier in NRW aber in diesem Zusammenhang gerade sehr bewegt, ist die Frage, welche Wirkung der Feststellungsbescheid hat, der den Versorgungsauftrag festlegt. In der Vergangenheit hatte man 12 Monate Zeit, die Entscheidung aus den Vorgaben umzusetzen. Jetzt wird diskutiert, dass nur dort, wo es eine Zuweisung gibt, diese Zeit gewährt wird.

„ES GAB DURCHAUS SCHON EINSCHLÄGE. WENN ZU VIELE KLINIKEN EINE BESTIMMTE LEISTUNG ERBRINGEN – UND AUCH IN DER NOTWENDIGEN QUALITÄT UND MENGE – TRIFFT DAS LAND AUSWAHLENTSCHEIDUNGEN.“

Eine negative Entscheidung jedoch würde ab Kenntnisnahme des Bescheids Wirkung haben. Das hätte natürlich gravierende negative Auswirkungen. Hier wird noch geprüft, ob das durchsetzbar ist.

Dabei geht es auch darum, wie der Gesetzgeber in der Vergangenheit entschieden hat. Bisher galt, dass auch oder gerade bei negativen Entscheidungen ein Krankenhaus noch Rechtsmittel einlegen konnte. In diesen Fällen

müssten die fraglichen Leistungen weiterhin bezahlt werden. Wir werden sehen, wie sich das bis zum Jahresende noch entscheidet. Das Problem ist jedenfalls erkannt.

PB: Die Krankenhausplanung in NRW gilt als Beispiel und Blaupause für die geplante Krankenhausreform von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach. Wenn Sie beides vergleichen – die Planungen in NRW und den Gesetzentwurf aus Berlin – wie kompatibel sind beide?

Wolfgang Mueller: Erst einmal werden wir sehen ob die Reform in der jetzigen Fassung kommt. Wenn ja, gibt es sicher Regelungen darin, die mit dem Krankenhausplan in NRW in Einklang zu bringen sind. Als Prof. Lauterbach im Dezember 2022 mit den Reformplänen startete, hat man im Bund noch doppelt so viele Leistungsgruppen vorgesehen wie in NRW. Jetzt wurden die 64 Leistungsgruppen in NRW noch um fünf weitere ergänzt, die es bei uns nicht gibt. Wenn das also so käme, müsste

„EINE ERHEBLICHE KONZENTRATION GIBT ES NEBEN DER KARDIOLOGIE IN DER ENDOPROTHETIK. HIER MUSSTEN VIELE KLINIKEN, DIE BEI DEN KNIE- UND HÜFTENDOPROTHESEN UNTER HUNDERT FÄLLEN LAGEN, IN DER ANHÖRUNG FESTSTELLEN, DASS SIE DIESE LEISTUNGEN NACH DEN VORSTELLUNGEN DES LANDES NICHT MEHR ERBRINGEN DÜRFEN.“

jedes Krankenhaus in NRW wieder einen neuen Feststellungsbescheid bekommen. Wenn nur eine von diesen Leistungsgruppen dazukäme, müsste das NRW-System ebenfalls überarbeitet werden. Wie das vor allem mit der angedacht zusätzlichen Leistungsgruppe Notfallmedizin umsetzbar sein sollte, weiß niemand.

Einfacher wäre es, NRW-Pur, also Eins zu Eins, umzusetzen. Bei den anderen geplanten Regelungen – zu den Mindestfallzahlen etwa – weiß auch niemand genau, was da passieren

könnte. Schon vor den damit verbundenen Facharztvorgaben können wir das aufgrund unserer Erfahrungen mit der Systematik gut beurteilen und davor nur warnen. Wir haben ja bereits Facharztvorgaben, die nicht ohne sind. Das würde aber mit dem KHVVG noch getoppt.

Hinzu kämen eher versteckte Katastrophen.

PB: An welche dachten Sie dabei?

Wolfgang Mueller: Ich denke, dass die Kooperationen zwischen Krankenhäusern ein Riesenthema werden können.

In NRW gibt es dafür dagegen sehr vernünftige Lösungen. Wenn ich zum Beispiel eine Geriatrie betreibe, benötige ich auch eine Urologie. Wenn diese bei mir fehlt, kann ich das durch eine Kooperation regeln. Das ist patientenorientiert und wirtschaftlich.

Im KHVVG liest es sich so, dass Kooperationen zwar möglich sind, aber nur unter sehr harten Vorgaben. Ich kann eine solche Lücke nur schließen, wenn der nächste leistungsgruppengleiche Anbieter mehr als 40 Minuten entfernt ist. Ansonsten darf ich das nicht. Damit sind in Ballungszentren Kooperationsmöglichkeiten im Grunde nicht möglich. Diese Leistungsgruppe würde also wegfallen – das ginge dann allenfalls in der Eifel oder im Sauerland... Es gibt viele solcher Fälle. Viele Geburtshilfen müssten schließen, weil sie keine Pädiatrie haben. Das ist ausgemachter Blödsinn und darf so nicht beschlossen werden.

PB: Bis Ende des Jahres soll das Gesetz aber beschlossen sein. Wie wird es sich ohne substanzielle Änderungen auf die Umsetzung der Krankenhausplanung in NRW auswirken?

Wolfgang Mueller: Trotz der schlechten Erfahrungen mit dem Agieren des Bundesgesundheitsministeriums in den vergangenen Monaten hoffen wir natürlich, dass noch wichtige Änderungen erfolgen. Deutsche

„**Vor einer solchen komplexen *Reform* muss es eine *Auswirkungsanalyse* geben.**“

Krankenhausgesellschaft und Landeskrankenhausgesellschaften haben immer wieder ihre Mitwirkung angeboten, die aber bisher nicht angenommen wurde. Auch alle Bundesländer fordern ja u. a. eine Auswirkungsanalyse. Sie haben natürlich die konkreten regionalen Entwicklungen im Blick. Es ist bemerkenswert und spricht für sich, dass die 16 Länder zu einer gemeinsamen Stellungnahme gekommen sind. Dass die Bundespolitik nicht reagiert, ist fatal. Vor einer solchen komplexen Reform muss es vorher eine Auswirkungsanalyse geben.

PB: Eine wesentliche Forderung ist angesichts der erheblichen wirtschaftlichen Schwierigkeiten der Kliniken die finanzielle Stabilisierung

der Häuser. Die kalte Strukturreform läuft ja bereits. Während Insolvenzen angemeldet und Abteilungen bereits aus der Not heraus schließen müssen, werden andererseits Leistungsgruppen zugeordnet. Das klingt nach einem Durcheinander. Oder ist das zu schwarzgesehen?

Wolfgang Mueller: Dann müsste das Land wiederum Veränderungen vornehmen und die Leistungsgruppen anders verteilen, wenn Häuser das Jahresende nicht mehr erleben. Doch die wirtschaftlichen Probleme der Krankenhäuser können die Bundesländer nicht lösen. Das muss die Bundesebene tun.

Blaupause für die Krankenhausreform

EINERSEITS KONSENS ABER AUCH SEHR HARTE EINSCHNITTE FÜR
EINE REIHE DER KLINIKEN

In einer gemeinsamen Pressekonferenz mit Partnern hat Nordrhein-Westfalens Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann über die Umsetzung des neuen Landeskrankenhausplans für NRW berichtet. Man sei nach einem intensiven sechsjährigen gemeinsamen Prozess mit allen Beteiligten auf der Zielgeraden, erklärte er am 18. Juli dieses Jahres in Berlin. In zwei Anhörungsverfahren hätten alle Krankenhäuser die Informationen darüber erhalten, welche Leistungen sie künftig erbringen sollen. Sie könnten nun dazu Stellung nehmen. Zum Ende des Jahres würden sie nach Auswertung der Stellungnahmen die Feststellungsbescheide erhalten, die dann ab dem 1. Januar 2025 gelten würden.

Laumann betonte, dieser Prozess sei eine Blaupause für die Krankenhausreform auf Bundesebene und die anstehenden Krankenhausplanungen in den Bundesländern. Man habe in NRW auf Konsens gesetzt statt auf Konfrontation. Eine solche Planung könne nicht im Alleingang gelingen, sondern nur mit der Expertise vor Ort und der gemeinsamen Erarbeitung mit den Partnern im Gesundheitswesen. Laumann betonte auch die verfassungsrechtliche Planungshoheit der Länder. Zentralismus sei aus seiner Sicht keine gute Lösung.

Wesentlich an dem neuen Planungsansatz sei, dass künftig nicht mehr nach Bettenzahlen sondern nach Fällen und vorhandenen Stärken geplant und finanziert werde.

Als weitere wesentlichen Ziele der Planungen in NRW nannte der Minister, dass 90 Prozent der Menschen in höchstens 20 Autominuten

ein Haus der Grund- und Regelversorgung erreichen können. Jedes Krankenhaus solle die Grund- und Regelversorgung vorhalten und außerdem nach Möglichkeit Fachgebiete. Die Verteilung dieser Fachgebiete soll sich einerseits danach richten, wo es bereits spezialisierte Abteilungen gebe, andererseits aber auch nach regionalen Bedingungen. Wichtig sei eine gleichmäßige Versorgung der fünf Regierungsbezirke.

Der neuen Planungssystematik entsprechend wurde den Krankenhäusern mitgeteilt, welche Leistungen sie künftig erbringen sollen und welche nicht mehr. Das bedeute „schmerzhafteste Veränderungen“, so der Minister. Viele wirtschaftlich lukrative Operationsmöglichkeiten wurden abgelehnt, u.a. 60 Prozent der Anträge von Krankenhäusern, Leistungen im Bereich der Knie- und Hüftoperationen zu erbringen. Auch 63 Prozent der Anträge zur Erbringung von Krebsbehandlungen wurden abgelehnt. Beispiele sind hier u. a. Bauchspeicheldrüsenkrebs – hier hatten sich 111 Kliniken beworben, künftig sollen nur 43 Kliniken NRW-weit behandeln. Ovarialkarzinom – auch hier waren es 111 Anträge NRW-weit, aber nur 34 geplante Zuweisungen, beim Speiseröhrenkrebs gab es 71 Anträge und 26 geplante Zuweisungen der Leistungsgruppe.

Laumann betonte, wenn Lauterbach die kritisierten Details seiner Reform nicht noch ändere, werde er damit scheitern. Sein Bundesgesetz müsse mit den Plänen in NRW-kompatibel sei, sonst werde es das Bundesgesetz nicht geben.

Zukunftsfähige Strukturen für die Notfallversorgung

DAS KLINIKUM SÜDSTADT ROSTOCK HAT IM JANUAR 2024 DEN ERSTEN GEMEINSAMEN TRESSEN MIT DER KV IN MECKLENBURG-VORPOMMERN IN BETRIEB GENOMMEN – EINE ERSTE BILANZ



Dr. Jan-Arne Lauffs

Seit dem 1. Januar 2024 ist Dr. Jan-Arne Lauffs der neue Chefarzt des INZ am Klinikum Südstadt Rostock. Der gebürtige Kieler hat langjährige Erfahrung in der Leitung von großen Notaufnahmen in maximalversorgenden Kliniken. Er ist Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, Intensiv- sowie Akut- und Notfallmediziner.

Eine umfassende Reform der Notfallversorgung ist entscheidend für den Erfolg der geplanten Krankenhausreform in Deutschland. Eine funktionierende Notfallversorgung sowohl für ambulante als auch stationäre Patienten soll das Vertrauen der Bevölkerung in das Gesundheitssystem stärken und somit auch die Strukturreformen unterstützen. Während die Krankenhausreform bereits im parlamentarischen Prozedere angekommen ist und am Notfallgesetz noch gearbeitet wird, hat das Klinikum Südstadt Rostock (KSR) schon Nägel mit Köpfen gemacht.

Am 18. Januar dieses Jahres eröffneten Mecklenburg-Vorpommerns Gesundheitsministerin Stefanie Drese und die Rostocker Oberbürgermeisterin, Eva-Maria Kröger, das neue Integrierte Notfallzentrum (INZ) am städtischen Klinikum. Nach zwei Jahren Umbau und Neubau der Zentralen Notaufnahme und des INZ ging auch der erste „gemeinsame Tresen“ in MV mit der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) in Betrieb.

Die Erweiterung der Zentralen Notaufnahme war aufgrund der steigenden Patientenzahlen in der Region Rostock eines der wichtigsten Neubauprojekte am Klinikum Südstadt. Zugleich entstand mit dem Neubau im nordöstlichen Bereich des Haupthauses im Untergeschoss eine neue Zentralküche. Diese beiden Neubauvorhaben mit Gesamtkosten in Höhe von ca. 20,5 Mio. Euro wurden mit 11,5 Mio. Euro vom Gesundheitsministerium

Klinikum Südstadt Rostock

Das Klinikum Südstadt Rostock gehört zu den größten kommunalen Krankenhäusern in Norddeutschland. Im vergangenen Jahr wurden am Klinikum Südstadt mit 464 Betten und 49 Tagesklinikplätzen insgesamt 21.835 Patienten stationär und 962 teilstationär behandelt sowie 2.246 Kinder geboren. Dazu kamen 46.102 ambulante Patienten sowie 10.761 ambulante und 11.758 stationäre Notfallpatienten. Rund 1.500 Mitarbeitende gehören gegenwärtig zum städtischen Klinikum, das 1965 eröffnet worden ist. (Zahlen 2023)



Steffen Vollrath

Verwaltungsdirektor
am Klinikum
Südstadt Rostock

MV gefördert und mit neun Mio. Euro aus Eigenmitteln des Klinikums finanziert.

„Das Klinikum Südstadt Rostock ist der Zeit voraus und setzt die vom Bund geplante Reform der Notfallversorgung in einem maßgeblichen Bereich bereits um“, sagte Gesundheitsministerin Stefanie Drese bei der Eröffnung. „Mit dem modernen integrierten Notfallzentrum können leichtere und schwerere Notfälle besser und ressourcenoptimiert der geeigneten Versorgung zugeführt werden. Davon profitieren sowohl die Patientinnen und Patienten als auch das Klinikum. Dieses Vorzeigeprojekt haben wir voller Überzeugung mit Landesmitteln massiv unterstützt.“

Notwendigkeit: Verbesserung der Notfallversorgung

Vor der Eröffnung des INZ war die Notaufnahme im Klinikum Südstadt Rostock stark ausgelastet. Die damaligen Strukturen konnten den steigenden Patientenzahlen nicht mehr gerecht werden. Zwei zentrale Notaufnahmen, die Universitätsmedizin Rostock (UMR) und das Klinikum Südstadt Rostock, behandelten jährlich rund 35.000 bzw. 23.000 Notfallpatienten in der Hanse- und Universitätsstadt mit mehr als 200.000 Einwohnern.

„BEREITS SEIT 2010 BESTAND DIE ABSICHT, DEN KASSENÄRZTLICHEN NOTDIENST DER STADT ROSTOCK IN DIE KLINIKSTRUKTUR DES KSR ZU INTEGRIEREN, UNABHÄNGIG VON BUNDESGESUNDHEITSPOLITISCHEN BESTREBUNGEN.“

Bis 2022 wechselten sich die beiden Notaufnahmen täglich mit den „Aufnahmediensten“ in den Fächern, die an beiden Standorten angeboten werden, ab, was häufig zu schweren Überlastungssituationen führte. Im Oktober 2022 wurde dann auf eine jederzeitige Aufnahmebereitschaft beider Notaufnahmen umgestellt. Dies führte jedoch nicht zu einem Rückgang der Patientenzahlen, sondern zu einer konstant hohen Anzahl an täglichen Hilfeleistungen.

Die alte Notaufnahme des Klinikums Südstadt Rostock war sowohl räumlich als auch kapazitativ und prozessual erschöpft. Es bestand ein hoher Bedarf an modernen Notaufnahmeprozessen, mehr Platz und höherer Versorgungseffizienz. Im Kontext steigender Kosten im Gesundheitswesen, Fachkräftemangel und einem stetigen Zuwachs an Notfallpatienten war eine Anpassung der klinischen Notfallstrukturen unausweichlich.

Zugleich wurde am Klinikum Südstadt Rostock über ein Synergiemodell diskutiert, das die kassenärztliche Versorgung und die innerklinische Notfallmedizin zusammenführen sollte. Bereits seit 2010 bestand die Absicht, den Kassenärztlichen Notdienst der Stadt Rostock in die Klinikstruktur des KSR zu integrieren, unabhängig von bundesgesundheitspolitischen Bestrebungen.

Ab 2013 konnte dieses Vorhaben teilweise umgesetzt werden. Der Kassenärztliche Notdienst befand sich fußläufig etwa 100 Meter von der Zentralen Notaufnahme entfernt. Trotz der räumlichen Nähe zeigte sich im Alltag die Notwendigkeit einer optimierten Patientenstromlenkung, um den unterschiedlichen Versorgungsanforderungen gerecht zu werden.

Entscheidung für den Neubau der Zentralen Notaufnahme

Im Jahr 2018 wurde unter der Maßgabe einer zeitgemäßen Notaufnahmeplanung die Integration des Kassenärztlichen Notdienstes und die Entscheidung zum Neubau der Zentralen Notaufnahme getroffen.

Das Klinikum hatte sich vorab entschieden, mit der Eröffnung des INZ auch eine Strukturänderung innerhalb des Klinikums vorzunehmen. Das ärztliche Team der früheren Notfallambulanz war einer der vier internistischen Kliniken zugeordnet, das fachärztliche Kernteam umfasste nur wenige Ärztinnen und Ärzte; Assistenzärzte wurden in Rotation aus den internistischen Kliniken eingesetzt. Hinzu kamen

Dienstärzte operativer Fachdisziplinen. Das Pfl egeteam gehörte in den Verantwortungsbereich der Pflegedirektion.

Mit der Inbetriebnahme der räumlichen Strukturen des neu gestalteten INZ wurden Ärztinnen und Ärzte und die Pflegekräfte als ein gemeinsames Team einem neu begründeten und chefärztlich geführten Bereich zugeordnet und das ärztliche Kernteam mit fachärztlicher Kompetenz deutlich verstärkt.

„IM KONTEXT STEIGENDER KOSTEN IM GESUNDHEITSWESEN, FACHKRÄFTEMANGEL UND EINEM STETIGEN ZUWACHS AN NOTFALLPATIENTEN WAR EINE ANPASSUNG DER KLINISCHEN NOTFALLSTRUKTUREN UNAUSWEICHLICH.“

Mit der Eröffnung des neuen Integrierten Notfallzentrums im Januar 2024 wurde dieser Prozess erfolgreich abgeschlossen. Das INZ am Klinikum Südstadt Rostock stellt nun eine moderne und zukunftsweisende Einrichtung dar, die sowohl den aktuellen als auch den zukünftigen Anforderungen an die Notfallversorgung gerecht wird.

Seit Inbetriebnahme des INZ arbeiten der Kassenärztliche Bereitschaftsdienst – gestellt und gewährleistet durch die KVMV, Kreisstelle Rostock – und das klinische Team des Notfallzentrums bereits ab der Aufnahme von Notfallpatienten eng zusammen. Räumlich befindet sich die KV nun unmittelbar in der Nähe des gemeinsamen Tresens, wodurch nicht nur der Versorgungsprozess, sondern auch die kollegiale Zusammenarbeit substanziell gewonnen hat.

Erste Erfahrungen nach der Eröffnung

Nach einem halben Jahr Betrieb zeigt sich, dass die Symbiose aus dem Kassenärztlichen Notdienst (KÄND) und Notaufnahme praxistauglich ist und für beide Seiten einen Gewinn darstellt. Einzelne Besetzungsprobleme beim

Integriertes Notfallzentrum am Klinikum Südstadt Rostock

Neben dem gemeinsamen Tresen und der unmittelbaren Einbindung des KÄND wurden im neuen INZ weitere moderne Notaufnahmestrukturen und -prozesse für eine effizientere Notfallversorgung für die Hanse- und Universitätsstadt und die Region Rostock umgesetzt. Nach der Zusammenführung der bisherigen 775 Quadratmeter großen Notaufnahme mit dem Erweiterungsbau mit 565 Quadratmetern stehen insgesamt 1.340 Quadratmeter Nutzfläche zur Verfügung.

IM KONTEXT DER ANGEPASSTEN STRUKTUREN UND PROZESSE IM NEUEN INZ KONNTEN WARTEZEITEN ALLGEMEIN UND DIE DURCHSCHNITTlichen DURCHLAUFZEITEN KLINISCHER NOTFALLBEHANDLUNGEN IM VERGLEICH ZUR FRÜHEREN SITUATION DEUTLICH REDUZIERT WERDEN.

KÄND basieren hauptsächlich auf der unzureichenden Personaldecke. Dennoch konnten durch die räumliche Nähe und den gemeinsamen Tresen viele Versorgungsprobleme gelöst und Wartezeiten verkürzt werden.

Die bereits vorher gute interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit hat sich mit den neuen Strukturen nochmal verbessert, nicht zuletzt durch das neue Teamkonzept, in dem das ärztliche INZ-Stamppersonal und die gesamte INZ-Pflege zusammengeführt und der chefarztlichen Leitung des INZ unterstellt sind.

Ersteinschätzungsverfahren und ärztliche Versorgung: Realismus und Praxis in Rostock

Laut einem Referentenentwurf soll es zukünftig ein bundesweit einheitliches Ersteinschätzungsverfahren geben. Dies umfasst auch die Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in der notwendigen Versorgungsebene, inklusive telefonischer oder videounterstützter Konsultationen und fristgemäßer Vermittlung von Arztterminen.

Bislang ist jedoch kein diese Anforderungen abbildendes, ubiquitär nutzbares, validiertes Ersteinschätzungsverfahren als stand-alone-Lösung verfügbar, das speziell zur Unterscheidung und sicheren Zuordnung von Patienten zum Kassenärztlichen Notdienst oder zur Notaufnahme geeignet ist. Im Integrierten Notfallzentrum des Klinikums Südstadt Rostock wird das Manchester Triage System (MTS) verwendet. Um Notfallpatienten entweder dem KÄND oder der Notaufnahme zuzuordnen, wird eine mit den Fachbereichen des Klinikums und dem KÄND abgestimmte Standard Operating Procedure (SOP) genutzt.

Ein wesentlicher Vorteil des neuen INZ ist die räumliche Nähe und Integration der KÄND-Patienten in den gemeinsamen Wartebereich. Diese Konstellation ermöglicht kurze Dienstwege zwischen dem KÄND und den Ärzten der Notaufnahme und gewährleistet zusätzliche Patientensicherheit. Bei einer Verschlechterung des Zustands können Patienten unmittelbar in die Notaufnahme übernommen werden.

In unseren Analysen zu Wirksamkeit und Nutzen des gemeinsamen Tresens konnten wir feststellen, dass der KÄND – in Abhängigkeit von der jeweiligen fachlichen Expertise – Rücküberweisungen von Patienten an die Notaufnahme zur weiteren Versorgung in 0 bis max. 10 Prozent der Fälle initiierte und damit insbesondere zu auslastungsintensiven Zeiten zu einer Entlastung der klinischen Notfallstrukturen führte.

- Gemeinsamer Notfalltreshen in Kooperation mit dem kassenärztlichen Notdienst
- 2 interdisziplinäre Schockräume mit direkter CT-Anbindung
- 26 Überwachungs-, Untersuchungs- und Behandlungsplätze
- 2 Isolationseinheiten mit Außenzugang
- Holding Area und Zentrale Aufnahmestation
- Spezialisierte Herzschmerz- (Chest-Pain-Unit) und Schlaganfalleinheit (Stroke-Unit)
- 24/7-Aufnahmebereitschaft inkl. Schwerverletztenversorgung (Regionales Traumazentrum)
- Hubschrauberlandeplatz neben dem INZ mit Luftrettungsstützpunkt des RTH/ITH Christoph 92 Rostock

Dies schätzen wir als einen erheblichen Erfolg der geschaffenen Strukturen und der Zusammenarbeit in den Versorgungsprozessen der beiden Partner KVMV und Klinikum Südstadt Rostock ein. Hiermit können die klinischen Ressourcen einerseits geschont und effektiver für die Patientinnen und Patienten eingesetzt werden, die einer stationären Notfallbehandlung bedürfen.

Im Kontext der angepassten Strukturen und Prozesse im neuen INZ konnten Wartezeiten allgemein und die durchschnittlichen Durchlaufzeiten klinischer Notfallbehandlungen im Vergleich zur früheren Situation deutlich reduziert werden.

Verkürzte Durchlaufzeiten und damit verringerte Personalbindungszeiten im INZ wie auch eine räumliche Konzentration der Behandlungsplätze schaffen die Möglichkeit, zumindest in den späteren Nachtzeiten wie auch an den Wochenenden die Versorgung auch mit einem

geringeren Personalschlüssel in hoher Qualität sicherzustellen, wodurch die überall limitierten Kapazitäten zielgenauer eingesetzt werden können.

Hinsichtlich der avisierten telefonischen oder videounterstützten Konsultationen sowie der Terminvermittlung gibt es in Rostock bisher noch keine entsprechenden Angebote.

„DIE FEHLENDE MITNAHME DER RETTUNGSDIENSTLICHEN STRUKTUREN IN DEN KRANKENHAUSREFORMPAKETEN IST AUS UNSERER SICHT EIN GROSSES VERSÄUMNIS, DAS DEN ERFOLG NEUER PROZESSE GEFÄHRDEN KANN UND WIRD.“

Umsetzung und Besetzung des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes

Die Zusammenarbeit zwischen dem Klinikum Südstadt Rostock und dem Kassenärztlichen





Notdienst (KÄND) verläuft insgesamt sehr gut. Der KÄND ist weiterhin zu festen Zeiten vor Ort: montags, dienstags und donnerstags von 19 bis 23 Uhr, mittwochs und freitags von

„**VERÄNDERUNGEN IN DEN KRANKENHAUSSTRUKTUREN WERDEN ZWANGSWEISE AUCH DIE RETTUNGSDIENSTVERSORGUNG RELEVANT BEEINTRÄCHTIGEN, IM LÄNDLICHEN BEREICH MEHR ALS IM STÄDTISCHEN.**“

14 bis 23 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen von 7 bis 22 Uhr.

Die unmittelbare Nähe des KÄND zum INZ und der gemeinsame Tresen verbessern die interdisziplinäre und interprofessionelle Kommunikation erheblich, was die Versorgung spür- und messbar effizienter macht. Ein erklärtes und sinnvolles Ziel des Klinikums Südstadt Rostock ist die Etablierung von 24/7-INZ-Strukturen mit einer kassenärztlichen Abdeckung rund um die Uhr oder zumindest täglich von 7 bis 23 Uhr.

Obwohl die aktuelle Zusammenarbeit bereits viele Vorteile bringt, bleibt die Herausforderung bestehen, die angestrebten umfassenden Öffnungszeiten und zusätzlichen Dienste,

wie einen mobilen Dienst für Pflegeheime und eine 24/7-telemedizinische Versorgung, in die Praxis umzusetzen. Das können die Krankenhäuser nicht allein schaffen.

Die fehlende Mitnahme der rettungsdienstlichen Strukturen in den Krankenhausreformpaketen ist aus unserer Sicht ein großes Versäumnis, das den Erfolg neuer Prozesse gefährden kann und wird. Veränderungen in den Krankenhausstrukturen werden zwangsweise auch die Rettungsdienstversorgung relevant beeinträchtigen, im ländlichen Bereich mehr als im städtischen.

Die Zusammenarbeit mit den Rettungsdiensten von Stadt, Landkreis Rostock sowie den umliegenden Kreisen ist ausgezeichnet, nicht zuletzt durch offene Kommunikation und enge zeitnahe Abstimmungen vor und nach den Baumaßnahmen sowie regelmäßige Treffen zur Klärung möglicherweise aufkommender Schnittstellenthemen.

Fazit nach einem halben Jahr

Im Kontext überfüllter Notaufnahmen, substanziellem Fachkräftemangel, Aufnahmestops in Arztpraxen und medizinischer Unterversorgung im ländlichen Bereich erweist sich das Integrierte Notfallzentrum des Klinikums Südstadt Rostock als zukunftsweisend und erfolgreich. Die Einführung und Umsetzung intelligenter medizinisch und ökonomisch sinnvoller Notfallversorgungsstrukturen und -prozesse haben dazu beigetragen, eine effiziente, präzise und hochwertige notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Das INZ ist aus unserer Sicht elementarer Baustein in der Bewältigung der notfallmedizinischen Herausforderungen der kommenden Jahre. Die kontinuierliche Verbesserung und Anpassung der Strukturen und Prozesse tragen maßgeblich zur Qualität der Notfallversorgung in Rostock und der umliegenden Region bei.



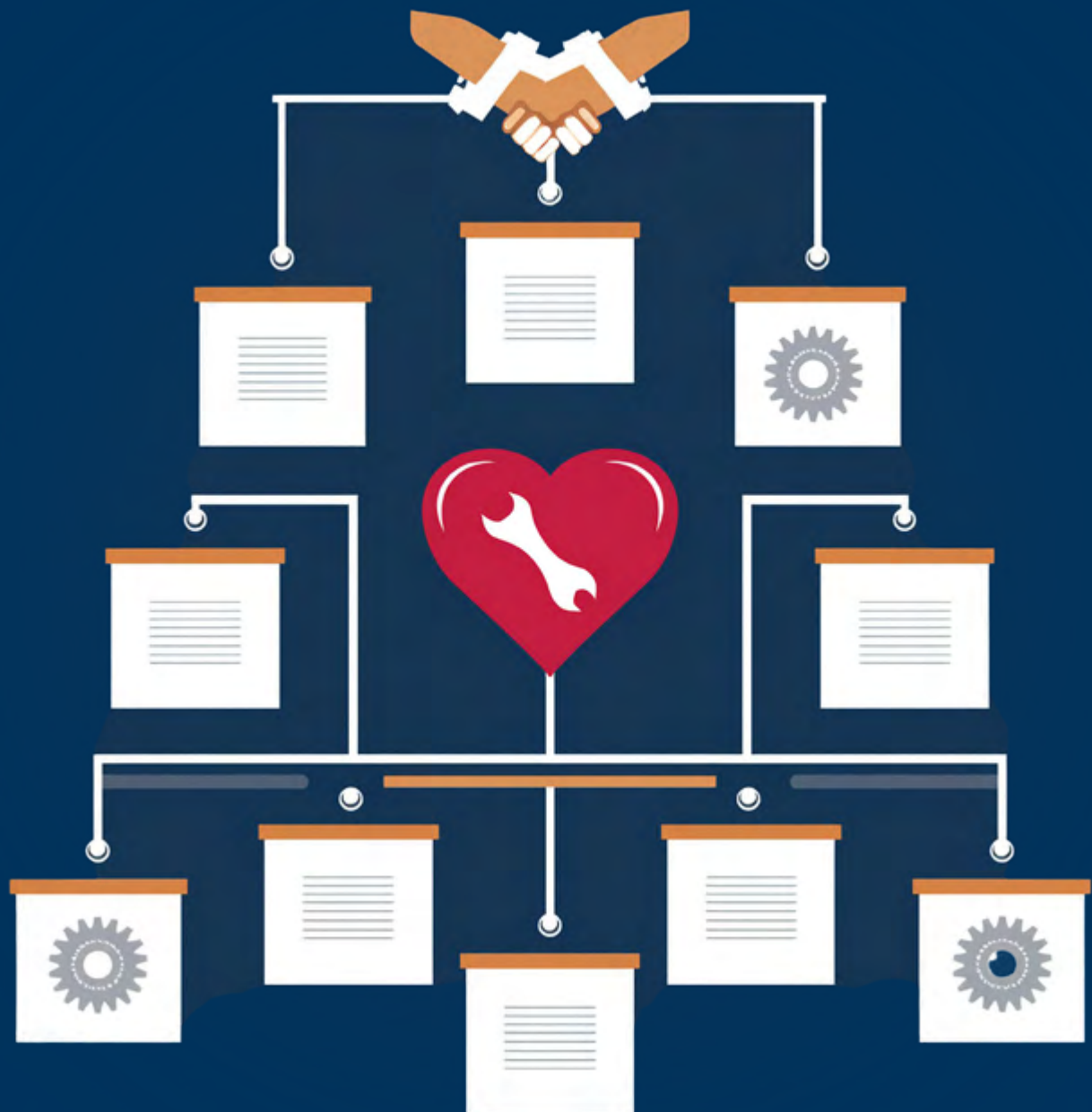
Die Leitstelle des INZ

Schnelle Hilfe im Schockraum



Eröffnung des INZ mit Gesundheitsministerin Stefanie Drese (vorn Mitte)

MANAGEMENT IM



WANDEL

ORGANISATIONSSTRUKTUREN
ANPASSUNGEN UNVERZICHTBAR
SOZIALE ASPEKTE DER FÜHRUNG
ATTRAKTIVITÄT DER FÜHRUNGSPPOSITIONEN
PROAKTIVES MANAGEMENT



Die Herausforderungen wachsen – Management im Wandel

STÄRKERER FOKUS AUF DIE SOZIALEN ASPEKTE
DER FÜHRUNGSTÄTIGKEIT NOTWENDIG

Brauchen wir in Zeiten schneller Veränderungen eine neue Art von Führung? Die Herausforderungen für das Krankenhausmanagement werden in den kommenden Jahren immer größer, Krankenhäuser erfolgsorientiert zu führen, in einem sich stetig weiter vernetzenden Gesundheitswesen Stabilität zu sichern. Die Heterogenität der Belegschaften mit unterschiedlichsten Vorstellungen vom Beruf, der Arbeitswelt insgesamt, ihren Entwicklungsmöglichkeiten erfordern einen stärkeren Fokus als bisher auf die sozialen Aspekte der Führungstätigkeit. Management muss in dieser hochkomplexen Welt der Gesundheitsversorgung viel Flexibilität aufbringen. Durchhaltefähigkeit, strategisches Geschick, die Aneignung neuer Führungsansätze und -qualitäten und eine große Selbstreflexion gehören dazu.

Von allen Seiten kommen neue Herausforderungen auf das Krankenhausmanagement zu – während viele der alten Probleme noch nicht oder allenfalls im Ansatz bewältigt sind. Dabei geht es nicht nur um Gesetze, die in Hülle und Fülle aus dem Bundesgesundheitsministerium kommen oder – fast atemlos schnell – angekündigt wurden. Frustrierend ist auch, dass die Expertise der Praktiker im Management und in den Belegschaften der Häuser von der Bundespolitik als Lobbyismus betrachtet und daher vielfach ignoriert wird. Der Blick in die regionalen Medien vermittelt den Eindruck, dass Krankenhausmanager auf wackligen Stühlen sitzen. Dabei ist die wirtschaftliche Lage ihrer Häuser vielfach politisch verursacht – eine Einschätzung, die nicht nur vom Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands getroffen wurde. Man sollte vielleicht daran erinnern, dass Krankenhausführungskräfte keine Fußballtrainer sind, die nach einer schlechten Saison gern ausgewechselt werden.

Komplexität nimmt zu – welche Kompetenzen sind wichtig?

Mit der neuen großen Krankenhausreform werden sich – das wissen alle Manager – auch die Versorgungsstrukturen ändern. Bis zur Umsetzung der großen Krankenhausreform wird eine nicht unerhebliche Anzahl der Kliniken kalten Strukturveränderungen zum Opfer fallen. Es wird, so ist es ja geplant, viele Zusammenschlüsse und Kooperationen geben. Dieser Prozess läuft bekanntlich bereits. Das wirft für jeden auch die Frage auf, was aus den Führungspositionen wird – und wie sich diese wandeln oder auch wegfallen. Das führt sicher vielfach zu Unsicherheit, schwächt die Führungskraft und auch die notwendige Risikofreude, die es braucht, wenn unsichere Zeiten Entscheidungen erfordern.

Die Komplexität der Gesundheitsversorgung nimmt zu. Sich damit als Führungskraft intensiv auseinanderzusetzen ist essenziell. Vielfach ist ein Perspektivwechsel notwendig, denn es wird zu Kompetenzverschiebungen kommen, die Verhaltensveränderungen erfordern und die auch Positionen betreffen werden.

Welche neuen Managementkompetenzen sind wichtig für die Zukunftsfähigkeit unserer Krankenhäuser, Rehakliniken und Pflegeheime? Welche Kompetenzen sind notwendig in einer Branche, die sich dynamisch wandelt? Strukturveränderungen in großem Ausmaß, Personalmangel und eine damit verbundene Arbeitsbelastung für alle beteiligten Berufsgruppen. Digitalisierung, Vernetzungen in bisher nicht gekanntem Ausmaß in alle Richtungen und Bereiche der Gesundheitsversorgung sind zu steuern. Auch die Mitarbeiter benötigen neue Kompetenzen und alle müssen bereit sein für eine neue Art der Zusammenarbeit. Vielfach wird die Unternehmenskultur in den Fokus des Managements rücken. Sie muss Offenheit für Veränderungen nicht nur ermöglichen, sondern dazu motivieren. Nicht zu vergessen ist dabei, dass bei Vernetzungen, Kooperationen und Käufen unterschiedliche Unternehmenskulturen aufeinandertreffen.

Organisationskultur im Fokus

Aufgabe des Führens ist es, auf ein Ziel hin etwas in Gang zu setzen und zu bewirken. Das galt gestern, das gilt heute und wird morgen noch immer gelten. Wie immer ist dabei aber die Frage, wie das geschieht. Wo Veränderungen bevorstehen und auch schon im Gange sind, muss sich das Management, stärker als vielleicht bisher gewohnt, um eine entsprechende Organisationskultur bemühen, die Veränderungen möglich macht. Das bedeutet aber auch, den eigenen Führungsstil zu reflektieren.

Über die Erreichung des Ziels entscheiden die eingesetzten Mittel und Maßnahmen. Und diese sollten in einer Zeit der Umbrüche auf den Prüfstand gestellt werden. Wie richten wir unser Klinikunternehmen strategisch sinnvoll und damit zukunftsfest aus? Welche Organisationsstruktur ist dafür notwendig? Sollte sie eher hierarchisch, entscheidungsfreudig und durchsetzungsstark sein oder eher teamorientiert? Boss oder Coach sein? Vielleicht beides? Die Frage ist ja immer, wie man etwas organisiert, um dann möglichst gute, ja beste Leistungen zu erzielen. Dafür notwendig ist ein respektvoller und wertschätzender Umgang mit den Mitarbeitern, aber auch im Führungsteam untereinander.

Der Blick auf die Krankenhauslandschaft zeigt neben Insolvenzen inzwischen auch zahlreiche Bestrebungen, sich auf die Zusammenballung der vielen Krisen, die ja nicht nur die Kliniken betreffen, einzustellen, auf die Volatilität, Unsicherheit, die Komplexität des Geschehens und Ambiguität (VUCA) in der Gesellschaft. Zu sehen sind neue strategische Ansätze, angepasste Organisationsstrukturen. Ziel ist nicht nur mehr Resilienz, sondern auch strategische Anpassung an die Anforderungen, die nicht nur mit der angekündigten Krankenhausreform auf die Branche zukommen. Das Umfeld ist stets mit zu berücksichtigen. Wie verändern sich die Partner, die Firmen, die für das Krankenhaus arbeiten, das gesamte Marktumfeld, das sich ja ebenfalls auf die allgemeine krisenhafte Lage einstellen muss.

Volatilität erzwingt Veränderungen

Es bleibt eine volatile Situation. Das muss nicht nur negativ sein. Volatilität zwingt zu Veränderungen, die vielleicht schon länger notwendig waren. Dabei geht es um eine Balance zwischen der notwendigen Resilienz für das Krankenhaus, dessen Fortbestehen ja gesichert werden muss (und die dafür notwendigen zügigen Anpassungsmaßnahmen), und der Volatilität. Stabilität des Unternehmens ist die Grundlage dafür, dass Veränderungen – nennen wir sie ruhig Transformation – gelingen. Starke strategische Entscheidungen sind zudem notwendig, um dann auch wichtige Transformationsentscheidungen treffen zu können.

Alle diese Herausforderungen erzwingen eine systemische Optimierung, eine strukturierte Kommunikation, Veränderungen der Unternehmenskultur, Offenheit für Veränderungen, die Weiterentwicklung interner Fähigkeiten und eine Führung, die Mitarbeiter ermutigt, befähigt und alle Generationen ihren Möglichkeiten entsprechend einbindet. Mit ihnen steht und fällt der Erfolg des Krankenhausunternehmens und die erfolgreiche Transformation.

Sinnhaftigkeit und Sicherheit

Jedem Manager ist heute klar, dass diese Situation nicht morgen, sicher auch nicht übermorgen, beendet sein wird. Sich darauf auch mental einzustellen ist essenziell für Führungskräfte. Dabei ist nach den vergangenen fünf Jahren mit Pandemie und Teuerung nicht nur bei vielen Mitarbeitern, auch bei Führungskräften selbst, vielleicht der Blick für das Große und Ganze, für die Sinnhaftigkeit der eigenen Arbeit verloren gegangen. Es ist einfach sehr viel, was an Problemen, an täglichen Nachrichten, auch an von der Bundespolitik verursachten Unsicherheiten, verloren gegangen ist. Ist so bei Mitarbeitern die Verbundenheit zu ihrem Krankenhaus ebenfalls verloren gegangen? Die Zunahme der Teilzeitarbeit scheint dafür zu sprechen. Hinzu kommt immer wieder die

Unsicherheit, was geschieht, wenn die Klinik „auf der Kippe steht“. Welche Sicherheit kann ihnen das Management vermitteln? Auch der verständliche Wunsch nach einer Trennung von Arbeit und Freizeit ist ein Symptom für diese innere Entfernung. Work und Life sind getrennt und sollten doch eigentlich in einer Balance sein. Und ist Arbeit nicht auch Leben? Es scheint, dass Arbeit vielfach als die Zeit betrachtet wird, die uns vom Leben abhält. Gut, dass hier Kliniken inzwischen mehr Flexibilität ermöglichen wollen und dies auch bereits tun.

Verliert die Arbeit ihren Sinn, verliert der Mensch seine Gestaltungskraft – als Pfleger, als Arzt und Ärztin, aber auch in anderen wichtigen Berufen in jedem Krankenhaus. Von Mark Twain stammt die Feststellung „Die beiden wichtigsten Tage deines Lebens sind der Tag, an dem du geboren wirst und der Tag, an dem du entdeckst, wofür.“

Diese Sinnhaftigkeit, dieser Sinn für das eigene Tun, wurde gerade in den vergangenen Monaten ausgerechnet durch die Politik der Ampelregierung, speziell durch den Bundesgesundheitsminister, auf eine harte Probe gestellt. Gesetzentwürfe, die geradezu eine systematische Wirklichkeitsverleugnung dokumentieren, die mit der Realität, mit den Erfahrungen und Kenntnissen der Praktiker und Mitarbeiter in den Krankenhäusern nicht in Einklang zu bringen waren/sind, die außerdem für immer mehr Bürokratie sorgen, sorgen nicht unbedingt für Akzeptanz und damit für Sinn. Gleichzeitig ist die Kommunikation durch den Minister gegenüber der Praxis nicht wirklich respektvoll und wertschätzend. Das bedeutet für die Umsetzung eines so gravierend in die Krankenhausversorgung eingreifenden Gesetzes, wie es vor allem die große Reform sein wird, nichts Gutes. Es beschädigt das notwendige Kohärenzgefühl, das wichtig ist für die stabilisierende Selbstwirksamkeitserwartung und damit das Vertrauen sowohl im Management als auch bei den Mitarbeitern, die Herausforderungen bewältigen und die damit verbundenen Probleme lösen zu können.



Wichtig für resiliente und agile Führung

Für den Manager bedeutet das, neue Denk- und Verhaltensmuster zu entwickeln, die für die resiliente und agile Führung und die Zukunftsfähigkeit des Krankenhauses künftig notwendig sind. Gerade jetzt und gerade deswegen sehen wir etwa, dass sich Sozialkompetenz zu einer zentralen Führungseigenschaft entwickelt. Defizite in diesem Bereich führen bei den Mitarbeitern zu Leistungszurückhaltung. Denken künftig nicht alle mit und miteinander, kann die Leistungskraft des Krankenhauses angesichts der vielfältigen neuen Anforderungen permanent auf die Probe gestellt werden. Diese Aufgabe verlangt dem Management viel ab – vor allem auch Selbstreflektion, Reflektion der eigenen Führungsarbeit.

Es ist nicht einfach, in dieser herausfordernden Zeit die notwendige innere Distanz zu wahren, ungeachtet der herrschenden Unsicherheit, die ein hohes Belastungsempfinden bewirkt. Dieses wiederum führt zu einer unterschweligen Konfrontationsbereitschaft und vergrößert damit wiederum das Belastungsempfinden weiter. Ein Teufelskreis, der am Ende die eigene körperliche und psycho-mentale Gesundheit untergräbt und gleichzeitig umsichtiges

Agieren und Reagieren blockiert. Führung findet ja immer in einer Art Echokammer statt. Die Reaktion der Mitarbeiter ist ein Echo auf die Art und Weise des Führungsverhaltens.

Das Fazit

In den kommenden Jahren werden die Herausforderungen an das Krankenhausmanagement deutlich größer, ihre Häuser erfolgsorientiert zu führen und in einem sich stetig weiter vernetzenden Gesundheitswesen Stabilität zu erhalten bzw. zu erlangen. Dabei liegt der Fokus neben der Wirtschaftlichkeit noch stärker als zuvor auf den sozialen Aspekten der Führungstätigkeit, die sich sowohl auf die Belegschaft als auch auf die Patienten beziehen. Die neuen Gesetze, vor allem die große Krankenhausreform, aber auch die allgemeine wirtschaftliche und soziale Lage erfordern nicht nur neue Kenntnisse, Durchhaltefähigkeiten, viel Flexibilität, strategisches Geschick, neue Führungsansätze und -qualitäten, sondern auch eine erhebliche Selbstreflektion des Managements.

PB-Redaktion

Vorbild des Managements schafft Vertrauen in herausfordernder Zeit

KOMMENTAR



ANDREAS TYZAK

Pressesprecher des Verbandes
der Krankenhausdirektoren Deutschlands

Der Krankenhausbereich steht vor komplexen Strukturveränderungen, auf die sich das Management auch mental einstellen muss. Neue Denk- und Verhaltensmuster sind für diese herausfordernde Zeit zu entwickeln. Das betrifft aber nicht nur die Führungskräfte im Top-Management.

Denn in der derzeitigen Definition von „Führungskraft“ gelten diese Anforderungen nicht nur für Geschäftsführung oder Betriebsleitung, sondern für alle, gleich ob Pflegedienstleitung, Chef-, Oberarzt oder Abteilungsleitung in den patientenfernen Bereichen, durchaus auch zum Beispiel die Teamleitung.

Führungsorganisation und die gelebte Führung werden zukünftig einen erheblichen Teil ihrer Tätigkeit der Gewinnung von Personal und einen noch viel größeren der Bindung von Personal widmen. Daher müssen wir nicht

nur aktive Führungskräfte zu diesen Themen schulen, sondern auch alle anderen Mitarbeiter mitnehmen in den Prozess der Veränderung. In diesem Zusammenhang müssen wir zudem gemeinsam darüber nachdenken, nach welchen Kriterien zukünftige Führungskräfte entwickelt werden – oder noch früher angesetzt – wie wir in den Krankenhäusern geeignete Mitarbeiter auswählen und fördern.

Wenn Strukturen sich verändern, steht die Organisations- und Unternehmenskultur bei der Gewinnung und Bindung von Personal besonders im Fokus. Dabei geht es nicht um den schönen Schein. Schon längst werden Unternehmen, auch die Krankenhäuser, durch Social Media oder Arbeitgeberbewertungsplattformen immer transparenter. Es reicht nicht mehr, eine tolle Unternehmenskultur zu bewerben, sie muss gelebt werden. Dies erfordert ein gemeinsames Führungsverständnis aller Führungskräfte und nicht nur des Top-Managements.

Dabei zeichnet sich gerade der Gesundheitssektor durch eine hohe intrinsische Motivation vieler Mitarbeitenden aus, die zumindest beim Einstieg ins Berufsleben eine sehr klare und eindeutige Vorstellung von ihrem eigenen Warum und damit der Sinnhaftigkeit ihres beruflichen Handelns haben. Die Herausforderung liegt also nicht nur im Finden von Personal für die Einrichtung, sondern darin, die bereits vorhandene Basis, die Motivation, an dieser Stelle nicht zu zerstören. Hier haben Führungskräfte auf jeder Ebene des Krankenhauses eine wichtige Vorbildfunktion, die dann auch das Vertrauen und die Sicherheit schafft, gemeinsam Herausforderungen und Probleme zu meistern.



Johannes Wesling Klinikum

Die zentralen Aspekte haben an Bedeutung gewonnen

„UNSERE STANDORTE WERDEN AUCH WEITERHIN IHRE IDENTITÄT UND EINE GEWISSE EIGENSTÄNDIGKEIT BEHALTEN“

Anfang März dieses Jahres teilten die Mühlenkreiskliniken unter der Überschrift „Mühlenkreiskliniken planen Reduzierung des Führungspersonals“ eine Änderung ihrer Organisationsstruktur mit. Danach sollten die Krankenhäuser Lübbecke, Rahden, Bad Oeynhausen und Minden künftig durch eine gemeinsame Betriebsleitung geführt werden. Der Verwaltungsrat hat dem Kreistag diese Verschlinkung der Führungsstruktur empfohlen. Dieser stimmte dem wenige Tage später in öffentlicher Sitzung zu.

In der Mitteilung hieß es u. a.:

„Derzeit gibt es für jeden Standort eine eigenständige Betriebsleitung. In der Betriebsleitung ist die Pflegedirektion, die Ärztliche Direktion und der Geschäftsführende Direktor vertreten.

Das Medizinische Zentrum für Seelische Gesundheit als psychiatrisches Fachkrankenhaus sowie die Auguste-Viktoria-Klinik als eigene

rechtliche Gesellschaft bleiben von dem Vorschlag unberührt.

Der Vorstandsvorsitzende Dr. Olaf Borne-meier hat die Änderung in der Führungs- und Aufbaustruktur dem Verwaltungsrat vorgeschlagen. „In der Vergangenheit haben die Mühlenkreiskliniken sehr erfolgreich in einer Matrix-Organisation gearbeitet. Damit hatten wir in Zeiten einer expansiven Gesundheitsökonomie eine große Flexibilität und damit eine hohe Anpassungsfähigkeit. Das Gesundheitswesen hat sich in den vergangenen Jahren massiv verändert, was auch zu einer Überprüfung unserer Führungs- und Aufbaustruktur geführt hat“, erläutert der Sozialökonom. Als Beispiele für Veränderungen nennt der Vorstandsvorsitzende zunehmend rigidere Regularien, wie die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung, GBA-Vorschriften und die Prüfung von OPS-Strukturmerkmalen durch den Medizinischen Dienst. „In Kombination mit den Erfordernissen der neuen Landeskrankenhausplanung sowie der

bundesweiten Krankenhausreform erwächst sich hieraus der Bedarf, die zentrale Koordination deutlich zu verbessern. Insbesondere da zukünftig – trotz aller Bemühungen – weniger Arbeitskräfte zur Verfügung stehen werden“, sagt der Vorstandsvorsitzende.

Die vorgeschlagene Führungsstruktur beinhaltet eine Reduzierung des Führungspersonals von jetzt 14 auf 9 Personen. Da die Ärztlichen Direktorinnen und Direktoren nebenamtlich in der Betriebsleitung tätig sind, bleiben diese erhalten. Die übrigen Pflegedirektionen und Geschäftsführenden Direktoren werden gebündelt. „Wir erhoffen uns eine verbesserte Koordination und eine erhöhte Transparenz von der vorgeschlagenen neuen Führungsstruktur. In Zeiten von knappen Ressourcen können wir durch eine schlankere Stab-Linien-Organisation klarer und schneller priorisieren“, erläutert Dr. Olaf Bornemeier. Die Zentralen Dienste, die bislang direkt dem Vorstand zugeordnet waren, werden im neuen Modell unterhalb der Krankenhausbetriebsleitungen eingeordnet.

Landrat und Verwaltungsratsvorsitzender Ali Doğan unterstützt die Vorschläge des Vorstandsvorsitzenden mit Nachdruck: „Wir reden viel von den Entwicklungsperspektiven der Mühlenkreiskliniken. Dies ist ein Teil davon. Der

Blick nach vorne zeigt, dass das alte System für die heutigen Anforderungen zu groß und zu behäbig ist. Wir müssen Leistungen konzentrieren, um im Kern die Qualität zu erhalten. Wir bekommen schon heute zu spüren, dass sich im Gesundheitssystem die Zeiten gravierend verändert haben. Das können wir nicht wegdiskutieren. Jetzt gilt es, neue Antworten auf neue Herausforderungen zu finden. Dieser Vorschlag für eine neue Führungsstruktur ist einer von vier Bausteinen, mit denen die Mühlenkreiskliniken auf diese herausfordernden Rahmenbedingungen reagieren. Wie in so vielen Bereichen ist auch hier eine kluge Konsolidierung notwendig. Die Rezepte von früher passen nicht mehr. Jetzt stellen wir das Team dafür neu auf.“

Wichtig ist dem Vorstandsvorsitzenden, dass die geplante Änderung zu keiner Schwächung der einzelnen Standorte führen wird. „Jeder Standort ist und bleibt wichtig. Lediglich die Leitung wird zentralisiert. Wir werden zudem sicherstellen, dass es weiterhin Ansprechpartner der Betriebsleitung vor Ort gibt“, sagt Dr. Bornemeier.

Die Umsetzung werde eine längere Zeit in Anspruch nehmen und Schritt für Schritt erfolgen.

„LANGE ZEIT WAR DIESE MATRIX-ORGANISATION EIN ERFOLGSFAKTOR FÜR DIE MÜHLENKREISKLINIKEN, WEIL DAMIT EIN HOHES MASS AN ANPASSUNGSFÄHIGKEIT, MOTIVATION UND KREATIVITÄT EINHERGING. IN DEN VERGANGENEN JAHREN HAT SICH DAS GESUNDHEITSSYSTEM ABER MASSIV VERÄNDERT.“

DR. OLAF BORNEMEIER

Die Mühlenkreiskliniken

»Mühlenkreiskliniken«, so heißt der Zusammenschluss des Johannes Wesling Klinikums Minden, des Krankenhauses Rahden, des Krankenhauses Lübbecke und des Krankenhauses Bad Oeynhausen. Als 100-prozentige Tochtergesellschaften gehören die Auguste-Viktoria-Klinik Bad Oeynhausen GmbH zum Verbund. Innerhalb ihrer Strukturen betreiben die Mühlenkreiskliniken das Medizinische Zentrum für Seelische Gesundheit, das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) und die Akademie für Gesundheitsberufe. Rechtsform der Mühlenkreiskliniken ist die Anstalt öffentlichen Rechts (AöR), Träger ist der Kreis Minden-Lübbecke. Über 5.200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter versorgen jährlich etwa 250.000 Patient*innen, ambulant und stationär.

Mit einer schlankeren Stab-Linien-Organisation können wir schneller priorisieren



Dr. Olaf Bornemeier

Für die Praxisberichte gab Dr. Olaf Bornemeier, Vorstandsvorsitzender der Mühlenkreiskliniken AöR, dazu ein Interview, in dem er die Gründe sowie Auswirkungen detaillierter erläuterte.

PB: Hat die geplante Reduzierung des Führungspersonals, richtig verstanden, nicht nur eine bloße Reduzierung des Führungspersonals, sondern eine veränderte Führungsorganisation, eigentlich eine Zentralisierung, zur Folge?

Dr. Olaf Bornemeier: Als Verbund von ehemals eigenständigen kommunalen Krankenhäusern bewegen sich die Mühlenkreiskliniken permanent im Spannungsfeld zwischen zentraler und dezentraler Steuerung. In der Vergangenheit konnten die Standorte der Mühlenkreiskliniken mit eigenen Betriebsleitungen in definierten Grenzen relativ eigenständig agieren. Die darüber hinaus leitenden, aber auch die Betriebsleitungen unterstützenden Zentralen Dienste waren dem Vorstand zugeordnet. Lange Zeit war diese Matrix-Organisation ein Erfolgsfaktor für die Mühlenkreiskliniken, weil damit ein hohes Maß

Foto: MKK

an Anpassungsfähigkeit, Motivation und Kreativität einherging. In den vergangenen Jahren hat sich das Gesundheitssystem aber massiv verändert. Immer rigidere Vorgaben und Regularien, wie zum Beispiel die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung, GBA-Vorschriften oder die Prüfung von OPS-Strukturmerkmalen durch den Medizinischen Dienst, führen dazu, dass die zentraleren Aspekte an Bedeutung gewonnen haben.

Ich persönlich bedauere die Entwicklung, weil sie unseren Mitarbeitenden vor Ort Handlungsspielräume nimmt.

PB: Wenn es vor allem auch um die anstehenden Reformen geht – was sind die konkreten Erwartungen, damit als zentral gesteuertes Krankenhausunternehmen besser agieren zu können?

Dr. Olaf Bornemeier: Wir beobachten eine noch nie dagewesene Zunahme an Vorschriften und Regularien. Und das auf breiter Front. Dabei geht es nicht nur um die anstehende Krankenhausreform des Bundes und die sich in Umsetzung befindliche Krankenhausreform des Landes NRW. Es sind auch der Gemeinsame Bundesausschuss, die Kostenträger und die Änderungen beim Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument PPR 2.0, die Krankenhäuser vor ungeahnte Herausforderungen stellen. Dazu kommen stetig steigende hygienische Anforderungen, unzählige Melde- und Berichtsverpflichtungen und höhere Anforderungen aus medizinischen Leitlinien. Zusätzlich sind wir von den bürokratischen Auswirkungen der sonstigen politischen Entwicklungen betroffen. Als Beispiele möchte ich hier nur das Lieferkettensorgfaltspflichtengesetz und die Nachhaltigkeitsberichterstattung nennen.

„WIR BEOBACHTEN EINE NOCH NIE DAGEWESENE ZUNAHME AN VORSCHRIFTEN UND REGULARIEN. UND DAS AUF BREITER FRONT.“
DR. OLAF BORNEMEIER

Eine zentralere Steuerung ermöglicht es uns, effizienter auf diese zusätzlichen Vorschriften zu reagieren.

PB: Welche Synergieeffekte werden aus der Zentralisierung erwartet? Entscheidungen aus einer Hand und zügigere Umsetzung? Einheitliche Standards? Vielleicht auch flexiblerer Personaleinsatz – bzw. angesichts der Zuteilung von Leistungsgruppen – mehr Möglichkeiten im Verbund? Vielleicht ein praktisches Beispiel?

Dr. Olaf Bornemeier: Ein einfaches Beispiel: Angenommen wir haben am Standort X eine Krankheitswelle im Pflegebereich. Um die PpUGV zu halten, müssten wir eine Station schließen. Am Krankenhaus Y ist hingegen ein neuer Ausbildungskurs übernommen worden und die Personalausstattung ist endlich mal im grünen Bereich. Die zentrale Lösung von oben wäre klar: Personal aus dem Standort Y wird temporär an den Standort X versetzt, um eine Sperrung der Betten zu verhindern.

Mit zwei eigenständigen und gleichrangigen Pflegedirektionen ist das aus Konzernsicht beste Ergebnis aber gar nicht so einfach zu erreichen. Selbstverständlich wird Pflegedirektion Y alles tun, um diese Versetzung zu verhindern. Das ist aus ihrer Sicht auch richtig, weil sie als Pflegedirektion dem Erfolg von Standort Y und dessen Belegschaft verpflichtet ist.

Je knapper die Ressourcen werden, desto wichtiger wird aus meiner Sicht eine zentrale Steuerung.

PB: Landrat und Verwaltungsratsvorsitzender Ali Doğan sagte u. a., Leistungen müssten konzentriert werden, um im Kern die Qualität zu



Krankenhaus Bad
Oeynhausen

erhalten. Um welche Leistungen geht es konkret, oder ist das noch nicht klar? Geht es dabei um die vergebenen Leistungsgruppen an die einzelnen Krankenhäuser? Es soll ja zu keiner Schwächung der einzelnen Häuser kommen.

Dr. Olaf Bornemeier: Die Konzentration von medizinischen Leistungen ist das Ziel aller mir bekannten politischen Reformideen auf Bundes- und Landesebene. Das Land NRW ist mit dem neuen Krankenhausplan dem Ziel schon einen großen Schritt voraus. Das hat natürlich auch Auswirkungen auf uns als Verbund. Wir sind angehalten, auch jenseits der krankenhausplanerischen Vorgaben unsere Leistungen zu konzentrieren. Das ist die klare Aufforderung des Landes. Selbstverständlich findet das in einem Verbund auch nicht jeder gut. Mit einer schlankeren Stab-Linien-Organisation können wir schneller priorisieren.

Ich möchte hier nicht von Stärkung oder Schwächung von Standorten sprechen. Wichtig ist, dass alle Standorte eine Funktion und Aufgabe behalten. Welche das ist, kann sich in der Tat ändern.

PB: Geht es auch um mehr Schlagkraft nach außen – Politik, Wettbewerber?

Dr. Olaf Bornemeier: Nein, das hat keine Rolle bei unseren Überlegungen gespielt.

PB: Welche Rolle spielt der als Argument für die zentrale Koordination/Zentralisierung angeführte Personalmangel? Konkret: Sind die Mitarbeiter bisher in den einzelnen Krankenhäusern angestellt oder schon im Verbund? Ändern sich Anstellungsverhältnisse und damit die Möglichkeit, Personal flexibler in und zwischen den Häusern einzusetzen? (Das ist ja jedenfalls die Hoffnung der Bundespolitik z. B. angesichts schließender Kliniken). Wie kann die zentrale Koordination sonst auf den Personalmangel reagieren?

Dr. Olaf Bornemeier: Das Argument der besseren Personalsteuerung hatte ich ja schon beschrieben. Das ist natürlich ein Ziel. Die konkreten arbeitsvertraglichen Regelungen sind dabei selten das Problem. Es sind eher die Beharrungskräfte im System, die im alten System eine wirksame konzernweite Personalsteuerung erschwert haben.

„WIE IN SO VIELEN BEREICHEN IST AUCH HIER EINE KLUGE KONSOLIDIERUNG NOTWENDIG. DIE REZEPTE VON FRÜHER PASSEN NICHT MEHR. JETZT STELLEN WIR DAS TEAM DAFÜR NEU AUF.“

LANDRAT UND
VERWALTUNGSRATSVORSITZENDER
ALI DOĞAN



Auguste Victoria
Klinik

Im Übrigen sind die Mitarbeitenden da oftmals schon weiter als das System. Viele Mitarbeitenden wissen, dass Flexibilität, die sie selbst von ihrem Arbeitgeber zu Recht einfordern, keine Einbahnstraße ist. Viele wären bereit, temporär in einem anderen Standort auszuweichen. Aber sie machen es nicht, weil sie wissen, dass das ihre Vorgesetzten nicht goutieren. Unsere Angebote, wie zum Beispiel unser konzernweiter FlexPool, sind noch nicht so erfolgreich, wie wir es gerne hätten.

„WIR SIND ANGEHALTEN, AUCH JENSEITS DER KRANKENHAUSPLANERISCHEN VORGABEN UNSERE LEISTUNGEN ZU KONZENTRIEREN. DAS IST DIE KLARE AUFFORDERUNG DES LANDES.“

DR. OLAF BORNEMEIER

In anderen Bereichen, wie zum Beispiel bei den Hebammen, haben wir sehr gute Erfahrungen gemacht. Unsere drei Kreißsäle sind seit zwei Jahren unter der Leitung einer konzernweiten Hebammendirektion. Die zentrale Leitung hat aus drei Teams eins gemacht. Jetzt hilft man sich, notfalls auch mal standortübergreifend. Die Zeiten, in denen wir unseren Kreißsaal temporär aufgrund von Personalengpässen abmelden mussten, sind seitdem vorbei.

PB: Wie reagieren die Mitarbeiter auf die neue Organisation – und wie die Führungskräfte selbst?

Dr. Olaf Bornemeier: Zu Begeisterungstürmen hat die beschlossene Organisationsveränderung erwartungsgemäß nicht geführt. Das gilt für die Führungskräfte als auch für die Mitarbeitenden. Aber ich habe auch wenig Grundsatzkritik aus Reihen der ja besonders betroffenen Führungskräfteriege gehört. Ich verstehe das als Zeichen, dass die grundsätzliche Analyse geteilt wird.

PB: Wenn alle Standorte an einem Strang ziehen sollen, bedeutet das, Entscheidungsfindung zu zentralisieren. Das geht sicher schneller als in partizipativen Prozessen. Wie viel Entscheidungsfreiheit haben die Standorte bisher – und wird sich das nun ändern? Was kann noch vor Ort entschieden werden?

Dr. Olaf Bornemeier: Ja, die Mühlenkreiskliniken wollen in Zukunft zentralisierter agieren. Wir halten das für notwendig, um auf die neuen Herausforderungen reagieren zu können. Dass dieser Schritt notwendig geworden ist, bedaure ich persönlich sehr. Ich bin ein großer Fan des dezentralen Ansatzes und der Matrixstruktur, weil sie auch in großen Unternehmen und Verbünden den einzelnen Standorten große Freiheiten ermöglicht. Standorte können sich messen, um den besten Weg ringen, neue Wege ausprobieren. Alles natürlich in einem definierten Konzernrahmen, aber die Entscheidungsspielräume vor Ort sind da. Diese werden nun durch unsere Entscheidung kleiner.

„MANCHMAL – UND SO EINEN MOMENT SEHE ICH AKTUELL – IST ABER DER ÜBERGEORDNETE BLICK ENTSCHEIDEND FÜR DAS GESAMTE SYSTEM.“
DR. OLAF BORNEMEIER

Dennoch kann ich als Vorstandsvorsitzender nicht die Augen vor der geänderten Ausgangslage verschließen. Der ehemals wachsende Markt schrumpft. Das hat vielerlei Ursachen, unter anderem der Fachkräftemangel aber auch die politischen Entscheidungen. Und das führt zu stärkeren Abstimmungsprozessen innerhalb des Verbunds.

Nebenbei gesagt, ist ein Verbund – wie wir es sind – in einer solchen Situation im Vorteil. Einzelhäuser haben diese Möglichkeit der internen Kooperation nicht. Sie müssen diese Absprachen dann mit eigenständigen Wettbewerbern führen, was ungleich schwieriger ist.

Für mich steht aber außer Frage, dass unsere Standorte auch weiterhin ihre Identität und eine gewisse Eigenständigkeit behalten. Es wird also auch weiterhin Entscheidungsspielräume vor Ort geben. Jedoch werden sie kleiner werden.

PB: Welche Synergieeffekte sind mit der neuen Organisation verbunden/erhofft? Es gibt ja bereits sehr viele zentralisierte Bereiche in den Mühlenkreiskliniken. Was bedeutet in diesem Zusammenhang die Aussage „Die Zentralen Dienste, die bislang direkt dem Vorstand zugeordnet waren, werden im neuen Modell unterhalb der Krankenhausbetriebsleitungen eingeordnet.“?

Dr. Olaf Bornemeier: Unsere Zentralen Dienste – also das, was man in vielen Unternehmen oder Behörden Verwaltung nennen würde – sind aktuell dem Vorstand zugeordnet; nicht den Betriebsleitungen der Standorte. Damit sind die Zentralen Dienste nicht an Weisungen der Betriebsleitungen gebunden, sondern ausschließlich an die des Vorstands, beziehungsweise der Strategiekonferenz – also einem Gremium aus Vorstand und allen

Geschäftsführungen. In der Matrix-Organisation wurde so sichergestellt, dass der „Konzerngedanke“ nicht durch Standortinteressen aus dem Blick gerät.

In der neuen Organisationsform gibt es nur noch eine Betriebsleitung, die per Definition für alle Standorte zuständig ist. Damit sollte diese Betriebsleitung auch direkten Zugriff auf die Zentralen Dienste haben.

PB: Welche Rolle spielt die Digitalisierung bei der Entscheidung zur Zentralisierung? Oder ist das ein bereits gelöstes Problem? Experten meinen, dass Digitalisierungsprozesse immer auch Zentralisierungsprozesse sind.

Dr. Olaf Bornemeier: Das ist ein willkommener Nebeneffekt, aber auch nicht mehr. Die Digitalisierung ist auch in dezentralen Strukturen möglich. Da unsere IT zu den Zentralen Diensten gehört, war hier schon immer ein hohes Maß an Zentralisierung bei den Mühlenkreiskliniken gegeben. Dennoch gibt es hier positive Effekte, beispielsweise ein möglicher Verzicht auf verschiedene Mandanten innerhalb eines Programmsystems.

PB: Deutsche Krankenhäuser sollen schneller auf Krisen – Kriege, Pandemien, große Unglücke – reagieren können. Es geht also um schnelle Lösungen, schnelles Reagieren auf akute Probleme. Auch ein Grund, zu zentralisieren?

Dr. Olaf Bornemeier: Das würde ich so nicht sehen. Ich glaube, dass das deutsche Gesundheitssystem im Vergleich zu anderen Systemen in der Pandemie gezeigt hat, dass es gut ist. Wenn ich nach England, Italien oder Spanien schaue, dann haben wir das wirklich gut gemeistert – auch wenn es natürlich in einer akuten Krise immer auch mal Grenzsituationen gibt.

Der Hauptgrund für die politisch gewollte Zentralisierung und Spezialisierung sehe ich in der angenommenen besseren Behandlungsqualität. Jedenfalls sehen die meisten Studien einen direkten Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Behandlungsqualität.

PB: Als ein Nachteil von Zentralisierungen wird gesehen, dass die Zentrale dann oft nicht die jeweils konkrete Situation vor Ort kennt und zentrale Lösungen nicht so gut angepasst werden können (was vermutlich auch zu Frust bei den Mitarbeitern vor Ort führt). Sehen Sie das als Problem oder spielt das bei vier Kliniken nicht die große Rolle?

Dr. Olaf Bornemeier: Das ist der große Nachteil der Zentralisierung, den auch ich sehe. Dennoch halte ich die Entscheidung angesichts der Fülle von Herausforderungen, die im Verbund nur koordiniert bearbeitet werden können, für richtig. Ich möchte aber betonen, dass diese jetzige Entscheidung keine Entscheidung für die Ewigkeit sein muss. Sollten sich die äußeren Rahmenbedingungen wieder ändern, kann man auch wieder zu einem anderen Ergebnis kommen. Wie gesagt bin ich persönlich ein Verfechter des dezentralen

Ansatzes, weil ich glaube, dass vor Ort immer die treffsicheren Entscheidungen für den jeweiligen Standort getroffen werden können. Manchmal – und so einen Moment sehe ich aktuell – ist aber der übergeordnete Blick entscheidend für das gesamte System. Ich vergleiche das gerne mit unserem menschlichen Körper. Wenn ich meine eine Hand in lauwarmes Wasser halte, die andere in kochendes Wasser, dann müsste sich das im Durchschnitt ausgleichen. In der Praxis ziehe ich schreiend meine Hand aus dem kochenden Wasser und vergesse, dass es der anderen Hand ganz gut geht.

PB: Die Pflegedirektionen und Geschäftsführenden Direktoren der einzelnen Häuser werden „gebündelt“. Ist damit Bildung von Stabsstellen gemeint (Stab-Linien-Organisation). Welche Stabsstellen werden in diesem Fall gebildet?

Dr. Olaf Bornemeier: Nein, es wird für die somatischen Häuser eine Betriebsleitung mit einem Geschäftsführenden Direktor*in, einer Pflegedirektion und drei Ärztlichen Direktor*innen gebildet. Stabsstellen, die direkt dem Vorstand zugeordnet sind, gibt es aktuell und wird es auch in Zukunft geben.

Krankenhaus
Lübbecke



Foto: MKK

Anpassungen sind unverzichtbar

LEISTUNGSBEREITSCHAFT, HOHE QUALITÄT UND ÜBERNAHME VON VERANTWORTUNG SIND VORAUSSETZUNGEN IM VERÄNDERUNGSPROZESS

Die insgesamt elf GLG-Gesellschaften stehen jeweils unter eigenverantwortlicher Leitung als rechtlich selbstständige Gesundheitsunternehmen. Die komplexe Struktur der GLG ist eine Chance für die anstehenden Veränderungsprozesse durch die Krankenhausreform. Ein stringenter Stufenplan für das Vorgehen bei Defiziten sowie die Installation eines Anreiz-, Kontroll- und Sanktionssystems, verbunden mit aktiver Beteiligung der Führungskräfte und Beschäftigten in allen Bereichen dienen der Stabilisierung der aktuellen Lage sowie dem weiteren Vorgehen im Transformationsprozess.

Die GLG ermöglicht mit ihrer Struktur nahtlos durchgehende Behandlungswege von der einweisenden Arztpraxis und der Aufnahme im Notfallzentrum über den stationären Klinikaufenthalt bis zur Rehabilitation und häuslichen Pflege. Eine gute Basis zur Vernetzung der Standorte ist die etablierte Telemedizin. Sie trägt zur Sicherung einer flächendeckenden qualitativ hochwertigen Patientenversorgung bei und ermöglicht die Einbindung kleinerer Krankenhausstandorte, deren Charakter sich vom klassischen Krankenhaus zum Gesundheitszentrum mit stationären und ambulanten Angeboten wandelt – sichtbar insbesondere am GLG Kreiskrankenhaus Prenzlau, wo im vergangenen Jahr eines der beiden neuen GLG-Ärztelhäuser mit fünf Praxen eröffnet werden konnte.

Auch wenn im Nachgang der zurückliegenden Krisenerfahrungen 2023 vielerorts wieder der Regelbetrieb eingeleitet war, wirkten die damit verbundenen Entwicklungen weiter fort und vermengten sich mit den ohnehin bestehenden aktuellen Herausforderungen. Neben

der Sicherung der großen Klinikstandorte stand für die GLG insbesondere das aktive Werben um hochqualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Gesundheitsberufe sowie die fortlaufende Stärkung des ambulanten medizinischen Sektors im Fokus.

6,5 Millionen Euro beträgt der Jahresumsatz der GLG 2023 nach der Prognose der Wirtschaftspläne. 114.545 stationäre und ambulante Fälle wurden in den Krankenhäusern verzeichnet. Nach wirtschaftlicher Betrachtung war bereits 2022 für die GLG ein Jahr der „schwarzen Null“ gewesen. Das Jahreser-

„WIR WOLLEN AN DEN HERAUSFORDERUNGEN NICHT SCHEITERN, SONDERN WACHSEN!“
DR. JÖRG MOCEK

gebnis deckte Personal- und Sachkosten, ließ aber darüber hinaus nur geringe Spielräume zu. In erheblichem Umfang kamen diesem Resultat seinerzeit neben GLG-eigenen Rücklagen noch Zuzahlungen der Bundesregierung aus dem Corona-Rettungsschirm zugute. Für 2023 war damit nicht mehr zu rechnen.

Stufenplan für das Vorgehen bei Defiziten

In GLG-Klausurtagungen für Führungskräfte hat die GLG-Geschäftsführung bereits einen allen Leitungskräften und dem Betriebsrat bekannten dreigeteilten Stufenplan für das Vorgehen bei Defiziten in der Wirtschaftlichkeit vorgestellt.



GLG-Zukunftswerkstatt für Führungskräfte am 31. Mai und am 1. Juni in Rheinsberg. Neben den Verwaltungsdirektionen der GLG-Gesellschaften nahmen auch die Pflegedienstleitungen, Ärztliche Direktorinnen und Direktoren, Chefärzte und Leitungskräfte spezieller Ressorts sowie der GLG-Konzernbetriebsratsvorsitzende an der Zukunftswerkstatt teil.



In **Stufe 1** handelt die Leitung der jeweiligen GLG-Gesellschaft bei Gefährdungen der wirtschaftlichen Stabilität weitestgehend selbstständig mit eigenen Maßnahmen, aus eigener Kraft bei gleichzeitiger Abstimmung mit der GLG-Konzerngeschäftsführung und je nach Bedarf mit deren externer begleitender Hilfe.

Stufe 2 erfordert ein strukturelles und personelles Konsolidierungskonzept, bei dem die persönlichen Verantwortlichkeiten deutlich erhöht sind.

In **Stufe 3** geht es um die Sanierung der betreffenden Gesellschaft.

Besonders betroffen sind das GLG Werner Forßmann Klinikum, das sich in Stufe 2 befindet, und die GLG Medizinisch-Soziales Zentrum Uckermark gGmbH in Stufe 3. GLG-Geschäftsführer Dr. Jörg Mocek betonte mit Nachdruck, dass alle GLG-Standorte erhalten bleiben sollen und den Beschäftigten eine dauerhaft sichere Perspektive bieten werden. Dazu seien jedoch Anpassungen unverzichtbar.

Leistungsbereitschaft, hohe Qualität und Übernahme von Verantwortung nannte GLG-Geschäftsführerin Dr. Steffi Miroslau als Grundvoraussetzungen im Veränderungsprozess. Sie kündigte an, für die Umsetzung der jeweils notwendigen Maßnahmen werde ein Anreiz-, Kontroll- und Sanktionierungssystem installiert, um eine stringente Durchsetzung zu gewährleisten.

GLG-Zukunftswerkstatt

Wie bewältigt die GLG-Unternehmensgruppe die vor ihr liegenden wirtschaftlichen Herausforderungen? Diese Frage stand im Mittelpunkt der GLG-Klausurtagung und GLG-Zukunftswerkstatt für Führungskräfte am 31. Mai und am 1. Juni in Rheinsberg. Deutlich erkennbar wurden dabei neben dem dringenden Handlungsbedarf in einzelnen GLG-Betrieben und vielen GLG-Bereichen wesentliche Ziele und Inhalte der geplanten Krankenhausreform. In mehreren Arbeitsgruppen diskutierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Lösungswege und legten im Ergebnis konkrete Maßnahmen fest.

„Die Lage ist ernst“ – lautete der Einstieg von Daniel Kurth, Barnimer Landrat und GLG-Aufsichtsratsvorsitzender. Er beschrieb und bekräftigte zugleich die Erwartungshaltung der GLG-Gesellschafter an den Konzern. Es gehe nicht um Gewinnabführung an die Landkreise Barnim und Uckermark und die Stadt Eberswalde – so wie die GLG ihrerseits auch keine kommunalen Zuschüsse erwarten könne, sondern wirtschaftlich agieren müsse. „Unser Gewinn“, so der Landrat, „ist die stabile Gesundheitsversorgung in unserer Region. Die kommunale GLG ist dabei der regionale Globalplayer. Dass Menschen hier in Würde leben können, wie es dem Grundgesetzgedanken entspricht, dafür ist die Gesundheit ein entscheidender Faktor! Und dafür muss die GLG im laufenden Krankenhausreformprozess zu denen gehören, die am Ende bestehen bleiben.“

Zur GLG, dem größten Dienstleister in der Gesundheitsversorgung in Nordost-Brandenburg, gehören fünf Krankenhäuser, eine Fachklinik für stationäre und ambulante Rehabilitation, 28 Praxen von Ärzten und Therapeuten ein Ambulanter Pflegedienst, der neben häuslicher Versorgung auch Intensiv-Wohngemeinschaften anbietet, außerdem Wohnstätten für chronisch psychisch Kranke und mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke und Beratungsstellen verschiedener Fachdisziplinen, eine Medizin-Servicegesellschaft. Der GLG-Verbund beschäftigt insgesamt 3.665 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.



GLG-Geschäftsführerin Dr. Steffi Miroslau



GLG-Geschäftsführer Dr. Jörg Mocek

„DASS MENSCHEN HIER IN WÜRDE
LEBEN KÖNNEN, WIE ES DEM
GRUNDGESETZGEDANKEN
ENTSPRICHT, DAFÜR
IST DIE GESUNDHEIT
EIN ENTSCHEIDENDER
FAKTOR! UND DAFÜR MUSS
DIE GLG IM LAUFENDEN
KRANKENHAUSREFORMPROZESS
ZU DENEN GEHÖREN, DIE AM ENDE
BESTEHEN BLEIBEN“
**DANIEL KURTH, BARNIMER LANDRAT UND
GLG-AUFSICHTSRATSVORSITZENDER**

GLG-Geschäftsführer Dr. Jörg Mocek knüpfte nahtlos daran an und sagte: „Wir wollen an den Herausforderungen nicht scheitern, sondern wachsen! Das positive Konzernergebnis 2023 war nur durch die Mobilisierung bilanzieller Reserven möglich. Die im Leistungsgeschehen erwirtschafteten Erlöse reichten dafür nicht aus. 2023 haben nur die Fachklinik Wolletzsee, die ambulanten Gesellschaften und die Servicegesellschaft der GLG die geplanten wirtschaftlichen Vorgaben aus eigener Kraft erreicht. Auch im laufenden Jahr heißt das Ziel für alle Beteiligten, im Ergebnis mindestens eine schwarze Null zu sichern. Der Schwerpunkt liegt bei den Krankenhäusern.“

Ziel der Zukunftskonferenz war es, Schlüsselthemen und Schwerpunkte für die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit zu identifizieren und konkrete Pläne und Maßnahmen abzuleiten.

„Wunschdenken bringt uns nicht weiter“

Im Ergebnis der intensiven Arbeit konnten am Ende viele konkrete Maßnahmen definiert und festgelegt und ein Zeitrahmen für deren Umsetzung zugeordnet werden. Das Führungsteam des GLG Medizinisch-Soziales Zentrum Uckermark gGmbH hatte bereits eine Mitarbeiterinformation vorbereitet, die von der GLG-Geschäftsführung und MSZ-Verwaltungsdirektorin Marita Schönemann am folgenden Montagmorgen, dem 3. Juni, nach der Zukunftswerkstatt an die MSZ-Beschäftigten versendet wurde. Auch die Leitungsebenen der anderen GLG-Gesellschaften informieren kontinuierlich die Beschäftigten über den laufenden Prozess zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit.



In mehreren Arbeitsgruppen diskutierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Zukunftswerkstatt Lösungswege und legten im Ergebnis konkrete Maßnahmen fest.

Dr. Steffi Miroslau betonte abschließend: „Wir wollen kein Katastrophendenken, aber auch Wunschdenken bringt uns in der Krise nicht weiter.“ So gingen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der GLG-Zukunftswerkstatt nach einem konstruktiven, oft auch kritischen und kontroversen Austausch der Betrachtungsebenen und insgesamt anstrengenden Arbeitsrunden letztlich mit vielen positiven



„WIR WOLLEN KEIN KATASTROPHENDENKEN, ABER AUCH WUNSCHDENKEN BRINGT UNS IN DER KRISE NICHT WEITER.“

DR. STEFFI MIROSLAU

Workshop-Ergebnissen sowie Maßnahmenplänen zur Umsetzung auseinander, verbunden mit dem festen Vorsatz für den Start am Montagmorgen und die kommende Zeit: „Ärmel hoch und anfangen!“

„Der wirtschaftliche Druck ist groß, die wirtschaftliche Stabilität akut gefährdet“, fasst der kaufmännische GLG-Geschäftsführer Dr. Jörg Mocek zusammen. „Die Zeit bis zu einer eventuellen Krankenhausstrukturreform ist zu lang, wir haben nun die Reißleine gezogen und sanieren unsere Krankenhausstandorte in der Uckermark.“

Für die GLG ist klar, dass alle GLG-Krankenhausstandorte auch in der Uckermark erhalten

werden sollen. Aus diesem Grund wurde von der GLG-Geschäftsführung eine Arbeitsgruppe „Wirtschaftliche Stabilität“ als Instrument der Konzerngeschäftsführung etabliert. Diese Arbeitsgruppe, die vom GLG-Konzernpflegedirektor und Bevollmächtigten der Geschäftsführung für tarifliche Optimierung, Robert Schindler, geleitet wird, soll bis Ende September ein Sanierungskonzept für die GLG Medizinisch-Soziales Zentrum Uckermark gGmbH, kurz MSZ, vorlegen. Zu dieser Tochtergesellschaft des GLG-Verbunds gehören die beiden Krankenhäuser in Angermünde und Prenzlau.

„Wir sind überzeugt, dass die GLG ihren Weg auch unter veränderten Rahmenbedingungen erfolgreich fortsetzen wird und dass wir gemeinsam die Reform im positiven Sinn für die Ausgestaltung der Konzernstrukturen nutzen können“, sagt Dr. Jörg Mocek. „Wir haben das feste Ziel, zu den Gewinnern der Reform zu gehören.“

Wer will noch im Gesundheitswesen führen?

ES GIBT VIELVERSPRECHENDE ANSÄTZE ZUR STEIGERUNG DER ATTRAKTIVITÄT VON FÜHRUNGSPPOSITIONEN



Paul Bomke

Vorsitzender der VKD-Fachgruppe
psychiatrische Krankenhäuser,
Geschäftsführer des Pfalzlinikums
für Psychiatrie und Neurologie
Klingenmünster

Die Führung im Gesundheitswesen steht vor enormen Herausforderungen. Bürokratische Hemmnisse und die Komplexität moderner Krisen machen es zunehmend schwierig, qualifizierte und motivierte Führungskräfte zu finden. Viele Experten sind bereit, in der „zweiten Reihe“ gute Leistung zu bringen, scheuen aber die sogenannte „Letztverantwortung“. Das hat zahlreiche Gründe. Es gibt aber auch Lösungsansätze.

Diese Problematik wird durch verschiedene Faktoren verstärkt, von der altbekannten aber noch immer gültigen Theorie des "goldenen Käfigs" nach Max Weber bis hin zum Phänomen der Polykrisen und gesellschaftlicher

Transformationsprozesse, deren Wirkungen derzeit noch nicht zu überblicken sind. Ein sehr plastisches Beispiel ist sicherlich die Digitalisierung und der sich immer weiter ausbreitende Einsatz der künstlichen Intelligenz. Doch trotz dieser Widrigkeiten gibt es Lösungsansätze, die das Potenzial haben, Führung im Gesundheitswesen wieder attraktiv zu machen.

Bürokratische Hemmnisse: Der goldene Käfig der Bürokratie

Max Weber beschrieb die Bürokratie als einen "goldenen Käfig", der Effizienz und Rationalität fördern soll, gleichzeitig jedoch Flexibilität und Innovationskraft stark einschränkt. Im Gesundheitswesen zeigt sich dies besonders deutlich. Die Vielzahl an Regularien und Vorschriften kann die Entscheidungsfindung lähmen und die Führungskräfte in ihrer Handlungsfreiheit stark einschränken. Dies führt zu Frustration und einer hohen Fluktuationsrate bei Führungskräften. Diese Entwicklungen hat sogar den Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege veranlasst, den „Jobkiller“ Bürokratie im aktuellen Gutachten gesondert zu erwähnen.

Diese bürokratischen Strukturen, die eigentlich zur Sicherheit und Standardisierung beitragen sollen, werden somit zu einem Hemmschuh. Sie verhindern schnelle Reaktionen auf sich ändernde Bedingungen und erfordern einen enormen administrativen Aufwand. Dies kann besonders in Krisensituationen hinderlich sein, wenn schnelles und entschlossenes Handeln gefragt ist und wirkt wie Gift in Zeiten des Fachkräftemangels.



„DIE VIELZAHL AN REGULARIEN UND VORSCHRIFTEN KANN DIE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG LÄHMEN UND DIE FÜHRUNGSKRÄFTE IN IHRER HANDLUNGSFREIHEIT STARK EINSCHRÄNKEN. DIES FÜHRT ZU FRUSTRATION UND EINER HOHEN FLUKTUATIONSRATE BEI FÜHRUNGSKRÄFTEN“

Polykrisen: Eine unüberschaubare Herausforderung und „we are overmanaged and underruled“

Ein weiterer wesentlicher Faktor, der die Rekrutierung neuer Führungskräfte erschwert, ist das Phänomen der Polykrisen. In einer Welt, die von gleichzeitig auftretenden und sich gegenseitig verstärkenden Krisen geprägt ist, erscheint es oft unmöglich, gute Entscheidungen zu treffen. Die Überlagerung von Gesundheitskrisen, wirtschaftlichen Problemen und gesellschaftlichen Herausforderungen schafft ein Umfeld, in dem selbst erfahrene Führungskräfte schnell an ihre Grenzen stoßen.

Diese komplexen, multifaktoriellen Krisen erfordern eine hohe Anpassungsfähigkeit und eine interdisziplinäre Herangehensweise. Die Angst vor Fehlentscheidungen und die unklare Verantwortungsverteilung verstärken den Druck auf Führungskräfte und machen eine solche Position für viele potenzielle Kandidaten wenig attraktiv.

Unter dem Schlagwort "we are overmanaged and underruled" lässt sich ergänzend eine Situation beschreiben, in der zwar alle Akteure regelkonform arbeiten, jedoch keiner mehr den Sinn der Regeln hinterfragt. Diese destruktive Situation wird zusätzlich dadurch verstärkt, dass immer mehr Regeln mit schmerzhaften Sanktionen verbunden sind. Ein prominentes Beispiel hierfür ist das

Lieferkettensorgfaltspflichtengesetz, das zwar strenge Anforderungen und Sanktionen an Unternehmen und an Krankenhäuser stellt, jedoch nicht für die öffentliche Hand gilt. Dabei hat der Staat als großer Konsument und Investor einen relevanten Einfluss auf das Marktgeschehen. Um ein paar Zahlen zu nennen: Die Konsumausgaben des Staates machten in 2023 29 % aller Konsumausgaben aus! Bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP) verbrauchte die öffentliche Hand 21 % des BIP und die Ausgaben des Staates wuchsen schneller als das BIP. Warum dann dieser Bereich nicht einer nachhaltigen Überwachung der Lieferketten unterliegt, ist aus Sicht des Autors nicht nachzuvollziehen, schürt Unverständnis und erzeugt Gegenwehr (mehr zur Ausgabenquote findet sich hier:

<https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Volkswirtschaftliche-Gesamtrechnungen-Inlandsprodukt/Tabellen/inlandsprodukt-verwendung-bip.html> (download am 07.07.2024).

Diese unübersehbare Diskrepanz führt dazu, dass die Sanktionen gegenüber Unternehmen wie eine Farce wirken, da der Staat selbst nicht als Vorbild fungiert. Demzufolge zeigen viele Entscheidungsträger keine Bereitschaft mehr, sich über den eigenen Tellerrand hinaus zu bewegen und nach dem Prinzip vorzugehen: „melden macht frei“. Hilfreich ist das bei den Herausforderungen nicht. Aus UnterNEHMERN werden „UnterLASSER“. Auch wenn das sehr

holzschnittartig wirkt, es zeigen sich zumindest im Alltag des Autors solche Parallelen, gerade wenn eng und intensiv mit staatlichen Akteuren interagiert werden muss.

Führung kann Spaß machen: Investition in regionale Governance

Trotz dieser Herausforderungen lässt sich die These aufstellen, dass Führung Spaß machen kann, wenn man in regionale Governance und die Partizipation aller Stakeholder investiert. Durch die Einbeziehung aller Beteiligten in Entscheidungsprozesse kann eine Form der Schwarmintelligenz entstehen, die den Herausforderungen der Polykrisen besser gewachsen ist. Ein gutes Beispiel dafür ist die psychosoziale Versorgung. Hier haben sich regionale Netzwerke und die Einbindung von Betroffenen und Angehörigen als besonders effektiv erwiesen. Durch das Engagement und die Leidenschaft der Beteiligten entstehen innovative Ansätze und praxisnahe Lösungen, die auch auf andere Bereiche des Gesundheitswesens übertragbar sind. Große Komplexträger in der psychosozialen Versorgung können mit ihren strukturierten Management- und Entscheidungsprozessen eine solide Basis für ein "new Leadership" schaffen, das auf Kooperation und gemeinsame Zielsetzung baut, sofern das Wirkprinzip "regionale Verantwortung" ernst genommen wird.

Erfolgreiche europäische Modelle: Das HOPE-Programm

Ein weiteres ermutigendes Beispiel ist das Führungskräfteprogramm "Hope" der europäischen Krankenhausgesellschaften. Dieses Programm verdeutlicht, dass Führung Spaß machen kann, wenn man sich mit Gleichgesinnten in Europa vernetzt und austauscht, professionelle

Solidarität erfährt und diese Netzwerke auch als Experimentierfeld für neue Ideen nutzt. Durch den internationalen Austausch und die gemeinsame Arbeit an Lösungen für das Ge-

„EIN WEITERER WESENTLICHER FAKTOR, DER DIE REKRUTIERUNG NEUER FÜHRUNGSKRÄFTE ERSCHWERT, IST DAS PHÄNOMEN DER POLYKRISEN“

sundheitswesens entsteht ein inspirierendes und unterstützendes Umfeld, das neue Führungskräfte motiviert und stärkt.

Das "Hope"-Programm bietet nicht nur fachliche Weiterbildung, sondern fördert auch den interkulturellen Austausch und die Vernetzung von Führungskräften. Diese Zusammenarbeit über nationale Grenzen hinweg erweitert den Horizont und zeigt, dass gemeinsame Herausforderungen auch gemeinsam gelöst werden können.

Fazit

Die Herausforderungen im Gesundheitswesen sind groß, doch es gibt vielversprechende Ansätze, um die Attraktivität von Führungspositionen zu erhöhen. Durch die Reduktion bürokratischer Hemmnisse, die Förderung regionaler Governance und die Nutzung von Programmen wie "Hope" kann Führung nicht nur machbar, sondern auch erfüllend und inspirierend sein. Gerade in der psychosozialen Versorgung zeigt sich, dass Elemente wie Engagement, Kooperation und regionale Verantwortung der Schlüssel zu einer erfolgreichen und zufriedenstellenden Führungsarbeit sein können. Es liegt an uns, diese Chancen zu nutzen und das Gesundheitswesen zu einem attraktiven und innovativen Arbeitsumfeld für junge Führungskräfte zu machen.



Nicht nur ein Problem kleiner Unternehmen

WENIGER BESCHÄFTIGTE WOLLEN IN EINE FÜHRUNGSPOSITION

Der Fachkräftemangel ist allgegenwärtig. Sei es im Gesundheitswesen, in der Gastronomie, im Handwerk oder in der Industrie, überall fehlen qualifizierte Arbeitskräfte. Das Problem erstreckt sich über die gesamte Personalstruktur der Unternehmen von unten bis nach ganz oben, wie eine repräsentative Befragung des Instituts der Deutschen Wirtschaft zeigt, über die das IW am 7. Mai 2024 berichtete.

Danach hat rund die Hälfte der Unternehmen in Deutschland Schwierigkeiten, Führungspositionen zu besetzen, weil Beschäftigte daran seltener Interesse haben. Der Befund gilt unabhängig von der Zusammensetzung der Belegschaft, etwa hinsichtlich des Geschlechts, der Qualifikation oder der Arbeitszeitmodelle.

Was dagegen eine Rolle spielt, ist die Unternehmensgröße: Während rund 46 Prozent der Unternehmen mit mehr als 50 Beschäftigten von zunehmenden Schwierigkeiten bei der Suche nach Führungskräften berichten, sind es bei kleineren Unternehmen ungefähr 4 Prozentpunkte mehr.

Das hat zwei Gründe: Zum einen ist in kleinen Unternehmen schlicht der Kreis an

Beschäftigten kleiner, die für eine Führungsposition infrage kommen. Zum anderen gibt es in solchen Betrieben häufig nur eine Führungsebene – die des Eigentümers.

Die Zurückhaltung der eigenen Belegschaft, wenn es um eine Führungsrolle geht, ist allerdings nicht nur das Problem kleiner Unternehmen. Sie erstreckt sich über alle Betriebsgrößen und Führungsebenen hinweg, wie die IW-Beschäftigtenbefragung aus dem März 2023 zeigt: Nur vier von zehn Beschäftigten ohne Führungsverantwortung wollen in ihrem Unternehmen in den kommenden drei bis fünf Jahren aufsteigen.

Die Befragung zeigt aber ebenso: Wer Spaß an der Arbeit hat und viele Möglichkeiten sieht, sich weiterzuentwickeln, möchte in naher Zukunft eher im Job aufsteigen. Die Schlussfolgerung des IW: Um die oberen Riegen besser zu besetzen, müssen Unternehmen also die Attraktivität von Führungspositionen auch abseits des Gehalts steigern. Ein wichtiger Punkt ist die Familienfreundlichkeit, die sich etwa durch freie Wahl des Arbeitsplatzes und flexible Arbeitszeiten verbessern lässt.



Krankenhauschefs auf wackligen Stühlen?

DIE FLUKTUATION VARIIERT ALLERDINGS SEHR STARK

Sind Geschäftsführerwechsel im Krankenhausbereich eher Ausnahme oder Regel? Sind Geschäftsführerpositionen vielleicht sogar Schleudersitze? Bereits 2021 beschäftigte sich eine Studie des DKI gemeinsam mit der BDO AG und mit Unterstützung des VKD mit diesem Thema. Danach gehören regelmäßige Führungswechsel im Krankenhausmanagement zum Alltag. Im Mittel habe es in zehn Jahren – also 2011 bis 2021 – etwa 2,5 Geschäftsführerwechsel je Krankenhaus gegeben. Jedes fünfte Krankenhaus hatte aber vier oder mehr Geschäftsführer in dieser Zeit.

Allerdings variierte die Fluktuation sehr stark – einerseits gab es Geschäftsführer, die deutlich länger ihre Position behielten, auf der anderen Seite jene, die nach drei oder vier Jahren, manchmal nach einem Jahr, bereits wechselten. In 28 Prozent aller Krankenhäuser arbeite bereits seit 10 Jahren derselbe Geschäftsführer, in einigen Fällen sogar schon 17 Jahre und länger, in 25 Prozent allerdings auch weniger als drei Jahre.

Als Hauptgründe für die Wechsel wurden Differenzen mit dem Aufsichtsrat wegen der strategischen Ausrichtung oder Unternehmensführung, Differenzen in der Krankenhausleitung in Bezug auf die Unternehmensführung oder

Ausrichtung, mangelnder wirtschaftlicher Erfolg und das Verfehlen versorgungs- oder patientenbezogener Ziele und Vereinbarungen angegeben.

Abgesehen davon, dass Geschäftsführer auch relativ häufig abgeworben würden, habe aber auch negative Presse zu einer Trennung geführt.

An der Befragung hatten 558 Führungskräfte teilgenommen.

Die Studie machte anhand der häufigen Wechsel auch die herausfordernde Lage vieler Geschäftsführer deutlich, die damals bereits herrschte, inzwischen aber noch einmal herausfordernder geworden ist. Insofern wäre es interessant, welche Ergebnisse hier angesichts der steigenden Zahl von Insolvenzen, der Zentralisierungen und der allgemein schwierigen wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser eine neue Studie bringen würde.

Trotz ihrer herausragenden Stellung im Kliniksystem wechseln die Geschäftsführer in deutschen Krankenhäusern relativ häufig: Durchschnittlich alle vier Jahre kommt in den Kliniken hierzulande eine neue Person auf diese Position – so das Ergebnis der Studie.

Neue Herausforderungen brauchen ein proaktives Management

KRANKENHAUSMANAGEMENT 2.0 – EIN VKD-LEITFADEN FÜR DIE PRAXIS



Prof. Dr. Julia Oswald

Professorin für Betriebswirtschaftslehre
Fakultät Wirtschafts- und Sozial-
wissenschaften der Hochschule Osnabrück,

Beauftragte des Studiengangs Betriebs-
wirtschaft im Gesundheitswesen (BIG),

Mitglied im Betriebswirtschaftlichen
Ausschuss des VKD

Die Krankenhauspraxis ist durch fehlende Personal- und Finanzressourcen gekennzeichnet – u. a. bedingt durch ein nicht effizientes Krankenhausplanungs- und -finanzierungssystem. Mit einer Krankenhausreform sollen nun die Systemschwächen seitens der Gesundheitspolitik gemildert werden. Die Positionierung des Verbands der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) zu den Management-schwerpunkten von Krankenhäusern in dieser

Zeit vor dem Hintergrund der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, der aktuellen Vorschläge und Diskussionen zu modifizierten Versorgungsstrukturen und zu den Aufgaben von Krankenhäusern in diesem Kontext erfordert eine intensive Diskussion, Priorisierung und Festlegung relevanter Standpunkte für eine erfolgreiche Unternehmensführung aus betriebswirtschaftlicher Sicht. Ein Beitrag dazu soll die neue Veröffentlichung „Entscheidungsorientiertes Krankenhausmanagement“ sein.

Der VKD hat es sich zur Aufgabe gemacht, mit der aktuellen Veröffentlichung Gestaltungsempfehlungen zu den Herausforderungen an das Krankenhausmanagement zu entwickeln. Hierbei wird an vorangegangene VKD-Veröffentlichungen angeknüpft: Entscheidungsorientiertes Krankenhausmanagement (1993) und Informationsmanagement im Krankenhaus (1996). Sowohl die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen als auch die inzwischen weiterentwickelten Managementansätze und -konzepte¹ werden zugrunde gelegt.

Innerhalb einer dafür eingerichteten Task-Force mit Vertretern aus Krankenhäusern unterschiedlicher Größe und Trägerschaft wurde eine breite Diskussion geführt, die Überlegungen, Erfahrungen und Erwartungen zum Status Quo und zu den Perspektiven sowie der Wirkkraft der angedachten Reform beinhaltete. Konsentiert wurden die Ergebnisse über den VKD-Vorstand und das VKD-Präsidium.

¹ Oswald, J./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Management und Controlling im Krankenhaus. Gestaltungsperspektiven und Beziehungsdynamik – Ansätze eines integrierten Konzepts. Kohlhammer 2023; Oswald, J./Schmidt-Rettig, B./Eichhorn, S. (Hrsg.): Krankenhaus-Managementlehre. 2., überarb. Auflage, Kohlhammer 2017.

Die Ergebnisse wurden in der Veröffentlichung zusammengefasst. Deren Ziel ist es, der Krankenhauspraxis, d. h. dem Eigentümer, der Krankenhausleitung, den Verantwortlichen der einzelnen Betriebsstellen und dem Controlling, Handlungsempfehlungen an die Hand zu geben, die alltagstaugliche Anregungen zur Gestaltung der Managementaufgaben und -verantwortung sowie Umsetzung der Managementfunktionen in den eigenen Unternehmen liefern.

Die Konzeption

Die Vorgehensweise gestaltete sich wie folgt:

1. Diskussion und Konsentierung der derzeitigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen sowie der bevorstehenden Krankenhausreform mit ihren Versorgungsstrukture Auswirkungen auf den Krankenhausmarkt und die Handlungsnotwendigkeiten des Krankenhausmanagements.
2. Standortbestimmung der gegenwärtigen Praxis des Krankenhausmanagements und zum Zielverständnis von Krankenhäusern als Grundlage für die Fortentwicklung von Managementstrukturen und -prozessen von Krankenhäusern – ausgehend von den Grundsätzen des Krankenhausmanagements.

3. Erarbeitung von Empfehlungen für ein entscheidungsorientiertes Krankenhausmanagement, hinterlegt mit aktueller Krankenhausmanagement-Literatur.
4. Ausgehend von diesen Management-Empfehlungen Skizzierung von ergänzenden Empfehlungen zu Controlling-Strukturen und -Schwerpunkten zur Sicherstellung einer Management-Unterstützung.

Über diese abgestufte Arbeitsweise (s. Abb. 1) und die Verbindung der jeweiligen Diskussionsergebnisse mit aktualisierten Managementansätzen konnten im Zeitraum Oktober 2021 bis Juli 2023 von der Arbeitsgruppe die in der Publikation dargestellten Handlungsempfehlungen abgeleitet werden. Der Leitfaden ist als ein grundlegender Ratgeber für die Praxis zu verstehen. Er gibt Orientierung und regt an zu weiteren Diskussionen innerhalb des Verbandes zur Entwicklung, Gestaltung und Steuerung von Krankenhäusern. Er ist Impulsgeber für Management- und Controlling-Überlegungen in den einzelnen Krankenhäusern.

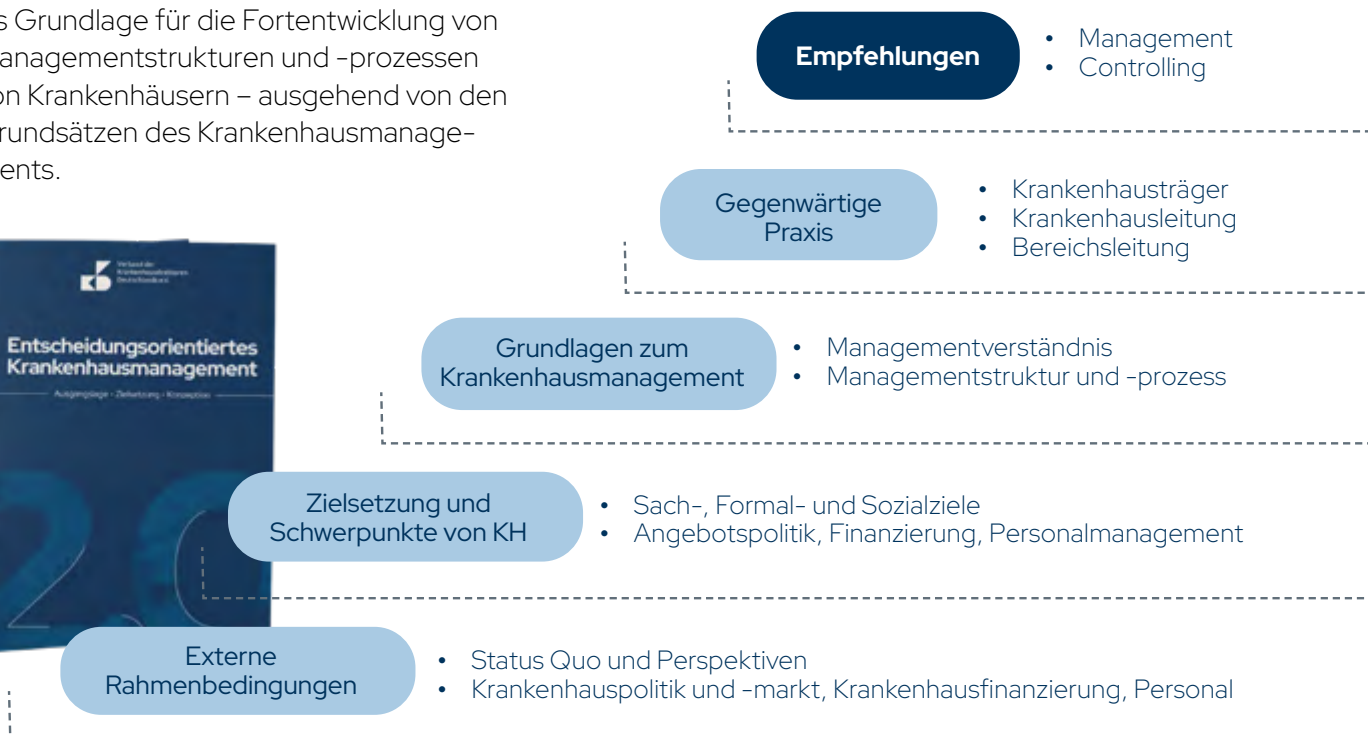


Abb. 1 – Inhalt und Struktur des Leitfadens

Ausgewählte Inhalte des Leitfadens

Managemententscheidungen in Abhängigkeit von externen Rahmenbedingungen

Der Zusammenhang zwischen den Rahmenbedingungen und den Managemententscheidungen ist äußerst komplex und dynamisch. Es wurde ein Analyseraster entwickelt, dass die wichtigsten externen Entwicklungen und ausgewählte, wesentliche Entscheidungsfelder des Krankenhausmanagements

gegenüberstellt (s. Abb. 2). Die Herleitung relevanter Problemfelder erfolgte unter Zugrundelegung von Annahmen zu den Rahmenbedingungen und zur Zielsetzung der Krankenhäuser. Berücksichtigt wurden dabei auch die Entscheidungsgrenzen des Managements. An einem Beispiel aus dem Bereich Krankenhausmarkt und Krankenhausplanung wird verdeutlicht, welche Entscheidungstatbestände das Leistungs-, Finanz- und Personalmanagement einrichtungsindividuell klären sollte.

Externe Rahmenbedingungen		Entscheidungsfelder des Managements			
Bereiche	Schwerpunkte	I Leistungen	II Finanzen	III Personal	IV ...weitere
Krankenhausmarkt und Krankenhausplanung	- Angebotssteuerung für Krankenhausleistungen - Strukturvorgaben und Mindestmengen - Wettbewerb der Fachabteilungen/ Zentren der Krankenhäuser untereinander und in Bezug auf Vertragsärzte und MVZ - Eingriffe in die Marktentwicklung über das Kartellrecht - Ambulantisierung - Sektorenübergreifende Versorgung				
	Begrenzungen der Entscheidungen				
Krankenhausfinanzierung	- Investitionsfinanzierung - Betriebskostenfinanzierung und Entgeltverhandlungen				
	Begrenzungen der Entscheidungen				
Personal	- Arbeitsmarktlage - Erwartungen an die Arbeitsbedingungen				
	Begrenzungen der Entscheidungen				
...					

Abb. 2 - Struktur zur Analyse von Managemententscheidungen

Das folgende Beispiel verdeutlicht die Systematik, nach der verfahren wurde:

Krankenhausmarkt- und Krankenhausplanung (Auszüge)

Entscheidungstatbestände

Die Leistungs-, Finanz- und Personalentscheidungen, die sich auf das Gesamtunternehmen und auf die Unternehmensbereiche beziehen können, betreffen folgende Tatbestände:

I Leistungen

Angebotssteuerung für Krankenhausleistungen und Krankenhausplanung

- Welches Leistungsprogramm (Fachgebiete, Teilgebiete, Spezialisierungen, Wahlleistungen) ist in dem jeweils vorgegebenen rechtlichen Rahmen des Versorgungsauftrags ein medizinisch sinnvolles, wettbewerbsfähiges sowie auch wirtschaftlich tragfähiges Angebot?
- Welche Konsequenzen ergeben sich aus einer gestaffelten Krankenhausversorgung und den jeweils zugeordneten Leistungsschwerpunkten für die Gestaltung des Leistungsangebots des einzelnen Krankenhauses insgesamt? Wie können zulässige Handlungsspielräume z. B. i. S. v. Spezialisierungen sinnvoll genutzt werden?
- Welche Leistungen dürfen/sollen in welcher Intensität entweder selbst angeboten, d. h. rechtlich und wirtschaftlich selbständig, oder in einer kooperativen Form mit einem externen Krankenhauspartner erbracht werden? Wie sollen die Leistungen zwischen den betreffenden Einrichtungen abgestimmt werden?
- Welches (ggf. hoch spezialisierte) Behandlungsspektrum (Art, Umfang, Qualität) soll in den Fachabteilungen/Zentren zukünftig angeboten werden und was folgt daraus für die medizinischen Sekundärleistungsbereiche und Versorgungsbereiche (Gestaltung der Leistungsstruktur)?

- Wie soll mit Fachabteilungen/Zentren mit einem hohen Anteil an ambulanten Leistungen verfahren werden (z. B. Augenheilkunde, Dermatologie)?

Strukturvorgaben und Mindestmengen

- Welche Konsequenzen ergeben sich aus den Strukturvorgaben und Mindestmengen für die Gestaltung des Leistungsangebots insgesamt und für die Gestaltung des Behandlungsspektrums der einzelnen Fachabteilungen/Zentren?
- Sollen die mit diesen Vorgaben belegten Leistungen bzw. Leistungsbereiche mit allen Konsequenzen angeboten werden? Sollen ggf. Kooperationen und/oder eine gemeinsame Leistungserbringung stattfinden?
- Wie ist bzw. kann verfahren werden (Spielräume), wenn die Vorgabe nicht erfüllt werden kann (auch nicht von anderen Krankenhäusern in der Region), es aber einen Versorgungsbedarf gibt?

Wettbewerb der Fachabteilungen/Zentren der Krankenhäuser untereinander und in Bezug auf Vertragsärzte und MVZ

- Wie kann sich das Krankenhaus vom (regionalen) Wettbewerber bezüglich des Leistungsangebots abgrenzen?
- Welche Patientenwanderung gibt es in welchen Fachbereichen und was bedeutet das für das Leistungsangebot der Geschäftsbereiche?

Eingriffe in die Marktentwicklung über das Kartellrecht

- Welches Fusions-/Kooperationsmodell und welcher Partner ist unter Berücksichtigung kartellrechtlicher und landesplanerischer Vorgaben geeignet, die eigene Marktposition zu sichern und die bedarfsgerechte Patientenversorgung durch ein abgestimmtes Leistungsspektrum zu verbessern?

- Wie soll das Leistungsspektrum der einzelnen Fachabteilungen/Zentren, Sekundär- und Tertiärleistungsstellen zusammengeführt und angepasst werden, um die in die Fusion gesetzten Ziele zu erreichen?

Ambulantisierung

- Welche Leistungsstrategie in Bezug auf ambulante Leistungen soll verfolgt werden? Wenn eine Verpflichtung zur ambulanten Versorgung besteht – wie kann sichergestellt werden, dass ambulant versorgt werden kann und wie können die ambulanten Leistungen in die Versorgungsprozesse eingebunden werden (s. auch sektorenübergreifende Versorgung)?
- Welche bisher stationär erbrachten Leistungen sollen/können durch ambulante Leistungen substituiert werden?
- Welche bisher nicht vorgehaltenen spezialisierten ambulanten Angebote müssen hinzugefügt werden?
- Sollen die Angebote in eigener oder in kooperativer Struktur erbracht werden? (Wie) sollen Vertragsärzte eingebunden werden?
- In welcher Organisationsform sollen die Leistungen erbracht werden? (z. B. in Tochtergesellschaften, damit u. a. Kosten eingespart werden können).

Sektorenübergreifende Versorgung

- Welche Leistungen dürfen/sollen in welcher Intensität entweder selbst angeboten oder in einer kooperativen Form mit einem externen (Krankenhaus-)Partner erbracht werden? Wie sollen die Leistungen zwischen den betreffenden Einrichtungen abgestimmt werden?
- Wie kann das Krankenhaus auf der Grundlage von prozessual vernetzten Versorgungskonzepten in patienten- und/oder indikationsbezogene Behandlungsabläufe eingebunden sein und/oder die Steuerung dafür übernehmen?

- Welche konkreten Leistungen (spezialisierte Leistungen, Basisleistungen) müssen/können zusammengeführt werden? Welche Behandlungsprozesse für Routineverläufe sollen gemeinsam abgestimmt werden?
- Welche Leistungen sollen stärker ausgebaut werden (z. B. Prävention, stärkere Unterstützung der nachstationären Versorgung bei komplexen Leistungen)
- Welches telemedizinische Vernetzungskonzept ist für das Krankenhaus sinnvoll?

Nach diesem Muster wurden auch die Schwerpunkte Finanzen und Personal gegliedert. Sie können je nach den aktuellen Gegebenheiten um weitere Punkte ergänzt werden.

Da sich für diese Entscheidungsfelder insbesondere extern bedingte Einschränkungen bei den angeführten Punkten ergeben können, wird auf solche Begrenzungen ebenfalls systematisch und ausführlich eingegangen.

Entscheidungsrelevante Controllingstrukturen und -schwerpunkte

Um die Managemententscheidungen im Krankenhaus treffen zu können, bedarf es der Bereitstellung von ziel- und problemrelevanten externen und internen Informationen durch das Controlling. Dabei ist es spiegelbildlich zum Management zu gestalten, denn Controlling ist eine Teilfunktion des Managements. In welchem Umfang sich das Controlling in die Entscheidungsprozesse einbringen soll, hängt damit vom Managementansatz des einzelnen Krankenhauses ab (Vorbereitung von Entscheidungen durch das Controlling oder auch Beeinflussung von Entscheidungen oder auch Determination von Entscheidungen).

Zur Realisierung eines solchen Controllings in der Praxis müssen ausgehend von den Managementaufgaben und -strukturen

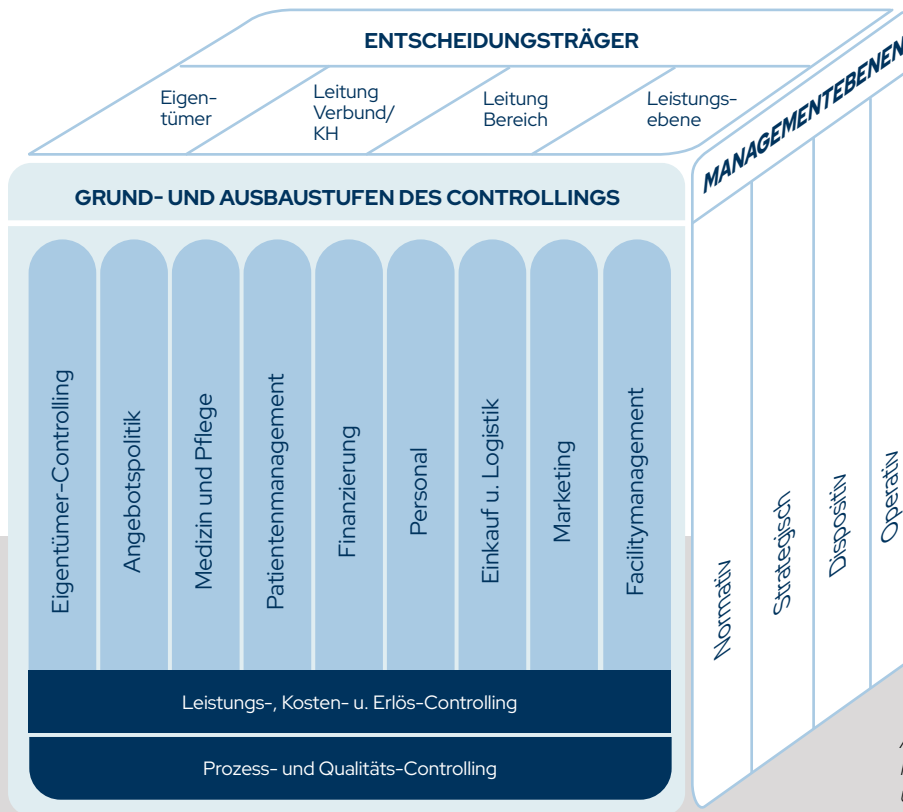


Abb. 3 - Grundstruktur eines Konzepts zum Management und Controlling

- die Controlling-Funktion (Unternehmenscontrolling, Bereichscontrolling, Finanz-Controlling, Medizin-Controlling, Pflege-Controlling, Personal-Controlling usw.) und
- die Controlling-Organisation (zentrales Controlling, dezentrales Controlling u.a.)
- unter Berücksichtigung von Führungsaspekten (Zusammenarbeit von Führungskraft und Controllern/Beziehungsdynamik)

betrachtet werden. Dabei lassen sich aus entwicklungsorientierter Sicht eine Grundstufe des Controllings und Ausbaustufen des Controllings unterscheiden.

Grund- und Ausbaustufe des Krankenhauscontrollings

Die Grundstufe umfasst Controlling-Maßnahmen auf der operativen und dispositiven Ebene, die im Wesentlichen auf der Basis des kaufmännischen Rechnungswesens sowie auf der Basis von Qualitäts- und Prozessbetrachtungen erfolgen.

Ein Ausbau des Controllings über diese Stufe hinaus kann sowohl in Richtung eines unternehmensbezogenen normativ-strategischen Controllings als Eigentümer-Controlling und als Controlling von Angebotspolitik und Leistungsplanung, als auch durch funktionsbezogene Ergänzungen wie das Medizin-Controlling, Pflege-Controlling, Personal-Controlling, Finanz-Controlling, das Controlling von Einkauf und Logistik, Marketing-Controlling und Facility-Management-Controlling erfolgen. Die funktionsbezogenen Controlling-Ergänzungen können entsprechend der Managementstrukturen ebenfalls zentral und/oder dezentral angesiedelt sein und strategische, dispositive und/oder operative Entscheidungen unterstützen.

Die Controlling-Schwerpunkte sind krankenhaushausindividuell auszugestalten. Inhaltliche Überschneidungen können sich aufgrund des Zusammenhangs und der Verknüpfung der einzelnen betriebswirtschaftlichen Themenfelder ergeben (z. B. sowohl das Personalmanagement als auch das Pflegemanagement benötigen Informationen zum Personalbedarf;

sowohl das Eigentümermanagement als auch das Erlösmanagement benötigen Informationen zur Erlösstruktur des Krankenhauses).

Controlling-Instrumente

Zentrales Controlling-Instrument der Grundstufe ist vor allem die Kosten-, Leistungs- und Erlösrechnung als Berichtswesen und zwar in Bezug auf stationäre Leistungen und auch auf ambulante Leistungen (Ambulanzkostenrechnung). Zusätzliche unternehmensinterne und -externe Informationen können Kennzahlen oder Kennzahlensysteme liefern. Im Krankenhaus bedeutet eine controllinggerechte Ausgestaltung des Reportings zunächst eine systematische Auswertung und Weiterentwicklung der vom Gesetz- und Verordnungsgeber vorgeschriebenen Informationsinstrumente, z. B. der Kosten- und Leistungsrechnung nach KHBV sowie der Diagnose- und Leistungsstatistiken für interne Steuerungszwecke. Die Instrumente der Kosten-, Leistungs- und Erlösrechnung werden im Rahmen der Ausbaustufen des Controllings um weitere Planungs-, Kontroll- und Informationsinstrumente ergänzt. Einzelne Beispiele hierfür sind die Portfolio-Analyse, Frühwarnsysteme und die Balanced Scorecard im Bereich des strategischen Controllings, Prozessanalysen im Leistungscontrolling, der Einsatz von Personalinformationssystemen im Personalcontrolling, ABC-Analysen, Lieferanten-Umsatz-Statistiken und Sortimentslisten im Einkaufscontrolling u. a.

Controlling und Nachhaltigkeit

Damit Nachhaltigkeitsaspekte in die Entscheidungsfindung des Managements einbezogen werden können, sind entsprechende Informationen vom Controlling zu beschaffen, aufzubereiten und bereitzustellen (für den Bereich Ökologie z. B. Verbrauchs- und Kosteninformationen zu Energie, Wasser, Abfall insgesamt und differenziert nach Bereich und pro Patient, Ökoeffizienzinformationen in Bezug auf Produkte, die in großen Mengen eingesetzt werden, CO₂-Fußabdruck des Krankenhauses). Dazu ist es notwendig, die bestehenden

Planungs- und Kontrollsysteme weiterzuentwickeln (z. B. Integration ökologischer Aspekte in die strategische Planung mit Hilfe einer Wesentlichkeitsanalyse) und die Controlling-Methoden und Instrumente zu erweitern (z. B. ökologieorientiertes Rechnungswesen, Sustainability Balanced Scorecard), ggf. neue Ansätze zu etablieren (z. B. Sustainable Value Ansatz).

Implikationen der Digitalisierung

Durch den Einsatz intelligenter Informations- und Kommunikationstechnologien (z. B. Einsatz mobiler KIS-Lösungen und cloudbasierte Systeme) verändern sich die Übertragungswege von Daten und der Vernetzung von Informationen. Dem Controlling eröffnet die Digitalisierung – z. B. mit Hilfe von Data Warehouse Lösungen – eine erweiterte Datenbasis und Fortschritte im Zugang zu den Daten der jeweiligen IT-Systeme. Die Möglichkeiten der automatisierten und standardisierten Datenbeschaffung, der Datenvernetzung, der Strukturierung und Auswertung auch von größeren Datenmengen in kürzerer Zeit und einer empfängerorientierten, flexiblen Berichterstattung vergrößern sich. Besonders hilfreich ist die Digitalisierung im Bereich Rechnungswesen, Planung und Budgetierung sowie Reporting.

Wandel von Versorgungs- und Managementstrukturen

In den kommenden Jahren werden die Herausforderungen an das Krankenhausmanagement deutlich größer, ihre Häuser erfolgsorientiert zu führen und in einem sich stetig weiter vernetzenden Gesundheitswesen Stabilität zu erhalten bzw. zu erlangen. Dabei liegt der Fokus neben der Wirtschaftlichkeit noch stärker als zuvor auf den sozialen Aspekten der Führungstätigkeit, die sich sowohl auf die Belegschaft als auch auf die Patienten beziehen. Die neuen Gesetze, vor allem die große Krankenhausreform, aber auch die allgemeine wirtschaftliche und soziale Lage erfordern nicht nur neue

Kenntnisse, Durchhaltefähigkeiten, viel Flexibilität, strategisches Geschick, neue Führungsansätze und -qualitäten, sondern auch eine erhebliche Selbstreflexion des Managements auf allen Ebenen des Krankenhauses.

Qualifikation von Führungskräften

Krankenhäuser sind also gut beraten, wenn sie zur Begleitung des anstehenden Transformationsprozesses ein entsprechend qualifiziertes

Management einsetzen und eine qualifizierte Fort- und Weiterbildung ihrer Führungskräfte auf allen Managementebenen sicherstellen. Das betrifft nicht nur die Führungskräfte im kaufmännisch-administrativen Bereich. Auch die leitenden ÄrztInnen und Pflegefachkräfte brauchen zur Erfüllung ihrer Managementaufgabe die erforderlichen betriebswirtschaftlichen Grundkenntnisse und Kenntnisse über den Einsatz von geeigneten Führungsinstrumenten. Dies gilt es theoretisch fundiert



BIG - Zusammenarbeit von Hochschule und Praxis für ein attraktives Berufsbild

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

Von Beginn an war ein prägendes Merkmal des damaligen Diplomstudiengangs die enge Verbindung zur Praxis. Über die Jahre wurde ein Netzwerk von rund 300 Kooperationspartnern geknüpft. Rund 1.800 Absolventen verließen inzwischen die Hochschule in Richtung Praxis. Viele von diesen Alumni fühlen sich nach wie vor eng mit dem Studiengang verbunden. Die Studierenden schätzen den hohen Praxisanteil, die kleinen Studiengruppen und den direkten Kontakt zu den Lehrenden.

Krankenhausmanagementlehre gilt bis heute als Wegweiser für die Praxis, erklärt Prof. Dr. Julia Oswald, Studiengangbeauftragte des Bachelorstudiengangs BIG. „Wir verstehen Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen als Unternehmen. Gemeinsam mit der Praxis wollen wir erreichen, dass das Berufsbild des Krankenhausmanagers und der Krankenhausmanagerin attraktiv ist und viele junge Menschen bereit sind, die Zukunft des Gesundheitswesens aktiv mitzugestalten.“

und anwendungsorientiert zu vermitteln (s. Hinweis unten). Dabei wird es zukünftig mehr denn je darauf ankommen, die Attraktivität des Berufsbildes „KrankenhausmanagerIn“ nach außen und innen zu verdeutlichen. Es ist entscheidend, Nachwuchsführungskräfte für das Gesundheitswesen zu begeistern. Gleichzeitig müssen die bereits im Management tätigen, erfahrenen Führungskräfte in den einzelnen Krankenhäusern gehalten werden, um Kontinuität und Erfahrung in die neuen Herausforderungen einzubringen.

Die Krankenhäuser haben aber nicht nur für die personellen Voraussetzungen im Managementbereich zu sorgen. In gleicher Weise gilt es, ein Controlling zur Entscheidungsunterstützung aufzubauen, dass den krankenhausindividuellen Managementstrukturen folgt. Wenn die Krankenhäuser z. B. nicht in der Lage sind, den ambulanten Leistungsentgelten kostenstellen- bzw. -trägerbezogen auch die Aufwendungen gegenüberzustellen, werden sie schwerlich ihr ambulantes Leistungs- und Kostengeschehen im Unternehmen erfolgswirksam steuern können.

„DIE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT UND DAMIT AUCH DIE KRANKENHAUSWIRTSCHAFT ALS EIN TEILBEREICH BEFINDEN SICH IN EINEM TIEFGREIFENDEN STRUKTUR- UND KULTURWANDEL. DIE VOR IHR LIEGENDEN ENTWICKLUNGEN UND DEREN KONSEQUENZEN SIND KAUM ABSCHÄTZBAR, DIE RAHMENBEDINGUNGEN WERDEN SICH GRUNDLEGENDE FÜR ALLE AKTEURE VERÄNDERN. DEN SICH DARAUS ERGEBENEN HERAUSFORDERUNGEN KANN DAS EINZELNE KRANKENHAUS NUR DANN ENTSPRECHEN, WENN I. S. EINER INTEGRALEN UNTERNEHMENSFÜHRUNG EIN PROAKTIVES MANAGEMENT REALISIERT WIRD.“

Die Gesundheitswirtschaft und damit auch die Krankenhauswirtschaft als ein Teilbereich befinden sich in einem tiefgreifenden Struktur- und Kulturwandel. Die vor ihr liegenden Entwicklungen und deren Konsequenzen sind kaum abschätzbar, die Rahmenbedingungen werden sich grundlegend für alle Akteure verändern. Den sich daraus ergebenden Herausforderungen kann das einzelne Krankenhaus nur dann entsprechen, wenn i. S. einer integralen Unternehmensführung ein proaktives Management realisiert wird. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass die Krankenhausleitung vom Krankenhaussträger auch die notwendigen Freiräume erhält und letzterer auch seiner Verpflichtung im Bereich der strategischen Vorgaben nachkommt.





Praxisnah in der Tradition der „Blauen Hefte“ des VKD

ENTSCHEIDUNGSORIENTIERTES KRANKENHAUSMANAGEMENT 2.0 ERSCHIENEN

Wie ändert sich das Managementverständnis der Führungskräfte in den Krankenhäusern in einem sich gerade schnell verändernden Umfeld? Es gilt, die Krankenhäuser sicher durch einen tiefgreifenden Struktur- und Kulturwandel zu führen. Vor der gesamten Gesundheitswirtschaft – und den Krankenhäusern als Kern der Versorgung – liegen Entwicklungen, deren Konsequenzen nur schwer abschätzbar sind. Angesichts dieser Herausforderungen ist ein proaktives Management notwendig.

Die kürzlich erschienene Broschüre des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands „Entscheidungsorientiertes Krankenhausmanagement – Ausgangslage – Zielsetzung – Konzeption“ beschäftigt sich mit wichtigen Fragen, die sich daraus ergeben.

Eine Task Force aus engagierten Mitgliedern des Betriebswirtschaftlichen Ausschusses des VKD unter wissenschaftlicher Leitung und Moderation von Prof. Dr. Julia Oswald, Hochschule Osnabrück, hat praxisnah ganz in der Tradition der „Blauen Hefte“ des VKD diese Arbeitshilfe

für die Mitglieder des Verbandes – und nicht nur für sie – gemeinsam erarbeitet.

Von der Analyse der Ausgangslage über die in Erinnerung gerufenen Grundlagen und die gegenwärtige Praxis des Krankenhausmanagements bis hin schließlich zu Empfehlungen für ein entscheidungsorientiertes Krankenhausmanagement und den notwendigen Controllingstrukturen und -schwerpunkten ist ein praxisnahes Heft entstanden, das sicher nicht nur für Führungskräfte, sondern auch für ihre Mitarbeiter im Managementbereich und im Controlling Wissen vermittelt.

Für Mitglieder ist das Heft sowohl in Print als auch unter www.vkd-online.de verfügbar.

Bestellt werden kann das Heft auch in der VKD-Geschäftsstelle unter vkdgs@vkd-online.de zum Selbstkostenpreis von 20,00 Euro plus Porto.

HERAUSFORDERUNG FACHKRÄFTEMA



UNG NGEL

KOMPLEXE HERAUSFORDERUNG

VARIABLE ARBEITSZEITEN

PFLEGEPOOL

AUSBILDUNGSINITIATIVEN

KOOPERATIONEN



Zahlreiche Gründe für eine komplexe Herausforderung

FORDERUNG AN DIE POLITIK IST EINE DEUTLICHE VERRINGERUNG DER
BÜROKRATIELAST



Dr. Jens-Uwe Schreck

Geschäftsführer des Verbandes der
Krankenhausdirektoren Deutschlands

Der Mangel an Fachkräften betrifft aktuell alle Branchen. Die Krankenhäuser aber leiden bereits seit Jahren zunehmend darunter. Berufsgruppenübergreifend ist dieser Mangel unter all den Problemen, die sie zu lösen haben, eines der größten. Es ist zudem das wohl am schwersten zu bewältigende. Es wird Jahre dauern, hier eine Entspannung zu erreichen – dies meinen sowohl die Praktiker in den Kliniken als auch Experten aus den Verbänden sowie Politiker. Eine aktuelle Befragung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) dokumentiert die Situation (s. Bericht S. 91), die insbesondere Pflege und Ärzteschaft betrifft, aber auch andere Berufsgruppen, wie etwa Mitarbeiter im IT-Bereich. Es gibt dafür nicht nur einen Grund. Es geht dabei sowohl um Krankenhaus-interne „Stellschrauben“ als auch um gesundheitspolitische Entscheidungen und demografische Entwicklungen.

Es klingt paradox – Es gibt in den Krankenhäusern seit Jahren zu wenig Ärzte und Pflegekräfte – und dies, obwohl die Zahl der hier

Beschäftigten über die Jahre angestiegen ist. Hier hat sich ein Problem aufgestaut, für das es die eine schnelle Lösung nicht gibt.

Die Gründe

Was sind die wesentlichen Gründe für den Fachkräftemangel in den Krankenhäusern?

Wir haben hier durchaus kein Erkenntnisdefizit. Das zeigte auch eine aktuelle Befragung des Deutschen Krankenhausinstituts, die im Januar veröffentlicht wurde (s. Bericht auf S. 93). Danach sind die wesentlichen Gründe für die stetige Verschlechterung der Situation gesundheitspolitische Entscheidungen, die demografische Entwicklung sowie finanzielle Probleme.

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen triggern den Fachkräftemangel

Die Situation der meisten Krankenhäuser ist vielfach beschrieben und bekannt. Die wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen tragen zur Verschärfung weiter bei. Dazu wird absehbar auch die Krankenhausreform gehören. Fehlt eine ausreichende Krankenhausfinanzierung, die zudem zukunftssicher ausgestaltet sein muss, wird auch die Personalausstattung nicht verbessert werden können.

Eine gerechte auskömmliche Finanzierung des Personalbedarfs ist eine der notwendigen Rahmenbedingungen, deren Schaffung Aufgabe der Politik und der Selbstverwaltung ist. Dazu gehören – darauf verweist die aktuelle Studie – eine entsprechende Kalkulation der Leistungsentgelte ebenso wie die Erhöhung der Ausbildungsbudgets, der Bürokratieabbau und bedarfsorientierte Personalregelungen.

Die Hoffnung, dass die aktuellen gesundheitspolitischen Entscheidungen und Vorhaben zu einer Entspannung der Situation führen können, trägt ebenfalls ganz augenscheinlich.

Ein ganz wesentlicher Grund für den Fachkräftemangel ist die seit Jahren stetig anwachsende Bürokratie. Sie belastet das Personal in höchstem Maße. Auf Entlastung warten die Krankenhäuser seit Jahren. Versprochen wurde sie immer wieder, doch Versprechungen sind keine Taten. Mit jedem Gesetz, jeder Regelung, wächst die Bürokratie an. Ärzte und Pflegekräfte verbringen – auch das keine Neuigkeit – rund drei Stunden am Tag mit Arbeiten, die überwiegend keinen Nutzen für die Patienten haben. Hier tatsächlich Erleichterungen zu schaffen, würde die Personalnot schon ein deutliches Stück weit entspannen und Pflegenden und Ärzten mehr Zeit für ihre Patienten verschaffen. Das wäre nicht nur effizient, es würde auch den Mitarbeitern mehr Befriedigung in ihren Berufen verschaffen.

„FEHLT EINE AUSREICHENDE KRANKENHAUSFINANZIERUNG, DIE ZUDEM ZUKUNFTSSICHER AUSGESTALTET SEIN MUSS, WIRD AUCH DIE PERSONALAUSSTATTUNG NICHT VERBESSERT WERDEN KÖNNEN“

Würden diese bürokratischen Aufgaben um nur die Hälfte reduziert, wäre das ein Gewinn von 30.000 Vollkräften im ärztlichen Dienst und 70.000 Vollkräften im Pflegedienst für die Arbeit am Patienten, rechnete der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem aktuellen Gutachten zum Thema Personal im April 2024 vor.

Im Bundesgesundheitsministerium scheint man dagegen an noch mehr Bürokratie und Ineffizienz zu arbeiten. Was ist das Ziel? Immer mehr Kontrolle? Die Patienten stehen dabei jedenfalls nicht im Mittelpunkt des Handelns, denn der sich so weiter verstärkende Personal-mangel führt auf direktem Weg in die Vergrößerung der Versorgungslücken.

Wie die Politik diesen gefährlichen Fachkräftemangel mit ihren Gesetzen und Regelungen noch befördert, dafür gibt es aktuell eine ganze

Reihe von Beispielen, von denen das unsinnige Transparenzgesetz und die geplante Krankenhausreform nur die wohl brisantesten sind.

Die Vorstellung der Bundespolitik und einiger ihrer Berater, dass geschlossene Häuser und Standorte Personal sowie die angestrebte Zentralisierung zum Wechsel in andere, möglichst die großen Häuser, führen würde, hat sich bisher nicht bewahrheitet. Das ist vielleicht in größeren Städten mit mehreren Krankenhäusern für Fachkräfte eine Option, kaum jedoch in ländlichen Regionen. Menschen sind keine Verfügungsmasse, die sich entsprechend Expertenmeinungen verhält. Das heißt, Zentralisierungen werden den Personalmangel insgesamt nicht beheben.

„EINE GERECHTE AUSKÖMMLICHE FINANZIERUNG DES PERSONALBEDARFS IST EINE DER NOTWENDIGEN RAHMENBEDINGUNGEN, DEREN SCHAFFUNG AUFGABE DER POLITIK UND DER SELBSTVERWALTUNG IST.“

Auch die Pflegepersonaluntergrenzen und die Ausgliederung der Pflegekosten sollten die Personalsituation vor allem in der Pflege verbessern. Dieses gesetzgeberische Ziel ist bisher leider ebenfalls noch nicht aufgegangen. Die in der aktuellen DKI-Studie befragten Führungskräfte gingen eher davon aus, dass damit der Fachkräftemangel sogar steigen wird.

Hatte das Pflegeberufegesetz mit Einführung einer generalistischen Ausbildung – von den Pflegeverbänden seinerzeit stark begrüßt – einen positiven Effekt auf den Fachkräftemangel in der Pflege? Bisher ist das augenscheinlich nicht der Fall. In der Kinderkrankenpflege wirkt es offenbar sogar eher negativ.

Demografische Entwicklung

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem neuen Gutachten, in dem es ebenfalls um den Fachkräftemangel geht, festgestellt, dass der Bedarf an Versorgung im

umfassenden Sinne in den bisherigen Strukturen künftig nicht gedeckt werden könne, selbst wenn es zu einer überdurchschnittlichen Zunahme an Personal kommen würde. Dem stünde die voraussichtlich durch die demografische Entwicklung zunehmende Zahl von Patientinnen und Patienten bzw. Pflegebedürftigen in den kommenden 10 bis 15 Jahren entgegen. Die Alterung der Gesellschaft – der Patienten ebenso wie der Pflegenden, Ärzte und anderer Mitarbeiter – sind hier die maßgeblichen Gründe, an denen kaum etwas zu deuteln ist.

Auch das Demografieportal von Bund und Ländern zeigt einen kontinuierlichen Anstieg des Anteils älterer und hochaltriger Bürger.

Inzwischen ist jeder fünfte Einwohner älter als 65 Jahre. Gegenüber 1960 hat sich der Anteil der über Achtzig-

jährigen vervierfacht und betrug 2021 sieben Prozent. Diese Entwicklung wird sich angesichts der seit Jahren zu niedrigen Geburtenrate fortsetzen. Wenn die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer demnächst in Rente gehen, wird, so das Portal, die Alterung eine besondere Dynamik erleben. Auf die Folgen für die Gesundheitsversorgung weist der VKD seit Jahren immer wieder hin.

Nicht zu vergessen: Das Wissen in der Medizin, in der Pflegewissenschaft und den Lebenswissenschaften nimmt natürlich weiter zu und sorgt dafür, dass auch alte Menschen immer besser behandelt werden können. Eine natürlich erfreuliche Entwicklung, die aber die Behandlungs- und Pflegebedarfe weiter erhöhen wird.

Die Folgen des Fachkräftemangels

Bereits seit längerem sind die Folgen der angespannten Lage im Personalbereich der Krankenhäuser zu erkennen, wenn Kliniken, Standorte oder auch Abteilungen geschlossen

„Ein ganz wesentlicher Grund für den *Fachkräftemangel* ist die seit Jahren stetig anwachsende *Bürokratie*. Sie belastet das Personal in höchstem Maße.“

werden müssen. Personalengpässe führen zu reduzierten Versorgungsangeboten. Die kalten Strukturveränderungen, vor denen die Praxis seit langem warnt, kommen hinzu. Die flächendeckende Versorgung wird immer löchriger. Die Qualität der Versorgung leidet.

Für die betroffenen Fachkräfte im Gesundheitswesen bedeuten die Personalengpässe eine ständig belastende Arbeitssituation durch hohen Zeitdruck, Unzufriedenheit, weil die Zeit für die Patienten zu knapp ist, durch nicht gut organisierte oder nicht mehr funktionierende Prozesse, nicht mehr zuverlässige Dienstpläne und damit auch ein nicht mehr wirklich planbares Familienleben. Die Folgen dieses permanenten Drucks führen dann zu einem Gefühl der Überforderung, zu Demotivation, zu hohen Krankenständen, zur Reduzierung der Arbeitszeit oder zum Ausscheiden aus dem Beruf.

Für den Pflegebereich – die größte Berufsgruppe im Krankenhaus – ermittelte die DKI-Befragung fehlende (geeignete) Bewerber (93 %), die allgemeine Erschöpfung des Pflegepersonals durch Überlastung (92 %), die weitere Zunahme der Teilzeitarbeit (88 %), der Renteneintritt von Pflegenden (86 %). Hinzu kämen hohe psychische Belastungen, geringe Verlässlichkeit von Arbeitszeiten sowie der hohe Pflegeaufwand.

Zu diesen wesentlichen Gründen, die bereits realistischer Weise eine weitere Verschlechterung erwarten ließen, kämen fehlende Aufstiegsmöglichkeiten für Pflegenden (24 %), die generalistische Pflegeausbildung (35 %), Stellenwechsel zu anderen Arbeitgebern (36 %) und ein zu geringes Grundgehalt (40 %). Beklagt wurde aber auch von den meisten Befragten eine fehlende Wertschätzung für Pflegenden und die schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben.

Inzwischen betrifft der Personalmangel nicht nur Pflegende und Ärzte. Er betrifft im Grunde alle Berufsgruppen im Krankenhaus bis hin zum Management. Besonders gefährlich, gerade im Hinblick auf die notwendige Digitalisierung, ist der Fachkräftemangel auch im IT-Bereich. Der DKI-Studie nach haben hier rund drei Viertel der Häuser Schwierigkeiten, offene Stellen zu besetzen.

Versuche der Rekrutierung von Personal aus dem Ausland scheitern auch an bürokratischen Hürden und Umständlichkeiten. Leasingkräfte, mit denen die Lücken geschlossen werden sollen, sind teuer.

Welche Maßnahmen könnten die Entwicklung entspannen?

Der Sachverständigenrat regt in seinem Gutachten konkrete Maßnahmen an und konstatiert, es sei unrealistisch und auch ineffizient, nur die Zahl der Beschäftigten zu erhöhen. Zumal, das sei hinzugefügt, diese Fachkräfte bereits seit etlichen Jahren bekanntlich gar nicht vorhanden sind. Ein Schwerpunkt notwendiger Maßnahmen sei die Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Davon war bekanntlich über die Jahre immer wieder die Rede, doch passiert ist bisher im Grunde kaum etwas. Verbessert werden müsse aber auch die Effizienz des gesamten Versorgungssystems – bessere Patientensteuerung, Primärarztversorgung, Reform der Notfallversorgung.

Die Krankenhausversorgung müsse effizienter werden. Keine Frage, dass dies grundsätzlich richtig ist. Hier konnten wir aber gerade dem Bundesgesundheitsminister dabei zusehen, wie er diesen Umbau der Krankenhausversorgung ohne die Beteiligung der verantwortlichen Länder sowie der Praktiker und ihrer Verbände lange Zeit in eine Richtung gesteuert hat, die den postulierten Zielen der Reform zuwiderläuft und damit dazu beiträgt, den Fachkräftemangel weiter zu verschärfen. Dazu kommt zusätzliche kleinteilige Überbürokratie,

die bereits durch das zuvor beschlossene Transparenzgesetz in neue Höhen getrieben wurde.

Deshalb wäre eine weitere wesentliche Maßnahme bekanntlich die Entlastung von Bürokratie. Der VKD hat hier mehrfach ein Bürokratieentlastungsgesetz für den Gesundheitsbereich gefordert. Versprochen wurde es vom Bundesgesundheitsminister. Vorschläge kamen von vielen Verbänden. Bisher ist wieder einmal, zumindest bisher, nichts passiert.

Die Erhöhung der Ausbildungskapazitäten ist sicher eine wesentliche Maßnahme. Eine Reihe von Krankenhäusern hat bereits die Plätze an den Pflegeschulen aufgestockt oder plant dies. Dass die Studienplätze für Medizin nicht ausreichen – der Zuspruch zu diesem Studium hält ja ungehindert an – geht seit Jahren als Aufforderung an die Bundesländer. Dabei wird immer wieder der Numerus Clausus in Frage gestellt. Wie die Aus- und Fortbildung von Pflegenden, Ärzten, aber auch anderen Berufsgruppen in den Krankenhäusern angesichts der zunehmenden Zentralisierung und der bereits laufenden kalten Strukturveränderungen sowie dem damit vermutlichen Wegfall von Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten organisiert und finanziert werden sollen, ist in der Krankenhausreform bisher nicht vorgesehen.

In den Krankenhäusern arbeiten längst Menschen aus vielen Ländern der Welt als Ärzte, Pflegende und in anderen Gesundheitsberufen. Das ändert nichts an der Tatsache, dass es vielen ausländischen Fachkräften durch viele bürokratische Hürden und schwer durchschaubare Anforderungen schwer gemacht wird, hier Fuß zu fassen. Die Anerkennung ausländischer Abschlüsse erfordert sehr viel Geduld von den Betroffenen. Welche Behörden zuständig sind, ist von Bundesland zu Bundesland oft unterschiedlich. Die DKG hat daher die Bundesländer aufgefordert, sich auf gemeinsame und einheitliche Verfahren zu verständigen, unnötige Hürden abzusenken und Wege in den deutschen Arbeitsmarkt zu vereinfachen.

Attraktivität der Gesundheitsberufe verbessern

Krankenhäuser sind „Frauenbetriebe“. Die Pflege ist nach wie vor weiblich geprägt. Immer mehr Frauen werden Ärztin in einem deutschen Krankenhaus. Ihr Anteil am gesamten medizinischen Personal lag laut DKG im Jahr 2002 noch bei knapp 35 Prozent. 20 Jahre später war mit 47,1 Prozent schon fast Parität erreicht. 73,2 Prozent der Medizin-Erstsemester waren 2021 Studentinnen, im selben Jahr waren 71 Prozent der Absolventinnen und Absolventen weiblich.

Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE 2024a) arbeiteten im Jahr 2021 59,5 % der Beschäftigten in Pflegeberufen in Teilzeit oder waren geringfügig beschäftigt. Im Jahr 2012 waren es 58,1 Prozent.) In 2021 waren darunter 63 Prozent weibliche Beschäftigte (2012 61,8 Prozent).

Das macht Antworten auf die Frage nach der Vereinbarkeit von Beruf und Familie noch einmal wichtiger.

„FÜR DIE BETROFFENEN FACHKRÄFTE IM GESUNDHEITSWESEN BEDEUTEN DIE PERSONALENGPÄSSE EINE STÄNDIG BELASTENDE ARBEITSSITUATION.“

Ohne Frage gibt es in vielen Krankenhäusern schon Konzepte zur Personalentwicklung, -und -förderung, zur Fachkräftegewinnung sowie zur Nachwuchsgewinnung und -förderung. Inzwischen werden auch Angebote alternativer Arbeitszeitregelungen, wie etwa die Option einer Vier-Tage-Woche oder flexiblen Arbeitszeiten hier und da geprüft und eingeführt, wie die nachfolgenden Beiträge zeigen.

Ist Digitalisierung ein Gamechanger?

In der Digitalisierung steckt ohne Frage ein großes Potenzial, die Beschäftigten in den Krankenhäusern zu entlasten. Hier ist derzeit allerdings in den Krankenhäusern noch sehr viel Luft nach oben. In den vergangenen

Jahren wurde immer wieder gefordert, digitale Kompetenzen schon in der Ausbildung von Pflegenden und Medizinerinnen stärker als bisher zu integrieren. Der Sachverständigenrat empfiehlt hier zu Recht auch die dafür notwendige Infrastruktur auszubauen und mehr der dafür qualifizierten Lehrkräfte einzustellen. Ebenfalls wichtig: Die künftigen Nutzer müssen in die Konzeption und Entwicklung digitaler Anwendungen stärker einbezogen werden.

Weiterer Vorschlag ist, Telesprechstunden und Telekonsile zu flexibilisieren und telemedizinische Angebot ohne direkten Patientenkontakt als neue Versorgungsebene in die Bedarfsplanung aufzunehmen.

Zu einer funktionierenden sektorenübergreifenden IT-Infrastruktur gehört – auch dies ist keine neue Erkenntnis – die Elektronische Patientenakte (ePA), auf die neben den Patienten alle an der Versorgung beteiligten

Leistungserbringer Zugriff haben. Seit Jahren ist das ein ewiges Thema. Die ePA soll nun für alle gesetzlich Versicherten automatisch ab dem 15. Januar 2025 eingerichtet

werden. Das hat der Bundestag im Dezember vorigen Jahres mit den Digitalgesetzen beschlossen. Allerdings gibt es nach wie vor Kritik, u.a. an mangelnder Funktionalität.

Doch auch Digitalisierung ohne entsprechende Fachkräfte kann nicht funktionieren. Der DKI-Befragung zufolge haben rund drei Viertel der Kliniken Probleme mit offenen Stellen in diesem Bereich. Gründe sind laut der befragten Führungskräfte eindeutig finanzieller Art. So machten 93 Prozent eine schlechtere Bezahlung im Vergleich zu IT-Kräften außerhalb der Krankenhäuser verantwortlich. Für 85 Prozent waren es auch die wenig flexiblen Tarifstrukturen. Hinzu komme das spezifische Anforderungsprofil für die Krankenhaus-IT, für das Mitarbeiter schwer zu finden seien.

Überlastung angesichts der vielen offenen Stellen sei daher auch in diesem Bereich ein Problem. In 2022 beschäftigten die Krankenhäuser im Durchschnitt knapp 13 Vollzeitäquivalente in der IT. Bei rund einem Viertel der Kliniken waren es laut der DKI-Studie nur bis zu vier Vollkräfte. Ein weiteres Viertel beschäftigte 15 oder mehr Vollkräfte.

” DAHER WÄRE ES SINNVOLL, DASS AUCH DIE POLITIK BEI ALLEN NEUEN GESETZEN UND REGELUNGEN BERÜCKSICHTIGT, DASS NICHT ALLES, WAS THEORETISCH MÖGLICH ODER VIELLEICHT WÜNSCHENSWERT SCHEINT, IN DER PRAXIS AUF ZUSTIMMUNG STÖSST.“

Ohne Verbesserungen in der Bezahlung und Angleichung der Konditionen an IT-Fachleute außerhalb der Krankenhäuser wird die Digitalisierung flächendeckend in den Krankenhäusern nicht Fahrt aufnehmen können.

Strukturelle Maßnahmen

Ein zentraler Hebel ist für den Sachverständigenrat die Reduktion der stationären Belegungstage durch verbesserte Koordination und Ambulantisierung. Dabei gehe es nicht vorrangig um eine Reduktion des Personalbestands in der stationären Versorgung, sondern um eine Verbesserung der Arbeitsplatzattraktivität durch Verringerung der Arbeitsbelastung. Es wird das Potenzial dargestellt, das von Strukturreformen zur Reduktion der Belegungstage ausgeht.

Dazu gehöre maßgeblich eine Reform der Notfallversorgung. Einsätze des Rettungsdienstes sollten künftig zudem als eigenständige, präklinische notfallmedizinische Leistung abgerechnet werden können, um die Notaufnahmen und damit die personellen Ressourcen in den Krankenhäusern zu entlasten.

Fazit

Die Zahl der Menschen im erwerbstätigen Alter wird in Deutschland insgesamt zurückgehen, der Wettbewerb um Fachkräfte weiter zunehmen – auch zwischen den Branchen, die unterschiedliche Arbeitsbedingungen anbieten. Die eine Lösung gibt es nicht. Dennoch ist klar, was sich die Mitarbeiter in den Krankenhäusern unter guten Arbeitsbedingungen vorstellen. Neben guter Bezahlung sind es familienfreundliche Bedingungen sowie Wertschätzung durch Führungskräfte. Dabei kann man wohl davon ausgehen, dass vor allem Mitarbeiter in kleineren Häusern in ländlichen Regionen nicht unbedingt Stunden im Auto verbringen wollen, um zur Arbeit und wieder nach Hause zu kommen. Die Arbeit in Schichten macht das nicht attraktiver. Der Anteil derjenigen, die in Teilzeit arbeiten – auch der Männer – zeigt hier auch eine Priorität. Daher wäre es sinnvoll, dass auch die Politik bei allen neuen Gesetzen und Regelungen berücksichtigt, dass nicht alles, was theoretisch möglich oder vielleicht wünschenswert scheint, in der Praxis auf Zustimmung stößt.

Personalbedarf in allen Klinikbereichen wird weiter steigen

AKTUELLE STUDIE ZUM FACHKRÄFTEMANGEL ZEIGT GRÜNDE UND HANDLUNGSBEDARF

Eine DKI-Studie, die Ende Januar 2024 veröffentlicht wurde, beschäftigte sich in einer standardisierten Krankenhausbefragung bei Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten mit dem Fachkräftemangel in der Pflege, im ärztlichen Dienst und bei IT-Fachkräften. Die Ergebnisse machten noch einmal sehr deutlich, welche zum Teil riesigen Lücken bestehen, wobei der Fachkräftemangel in der Pflege als größte Herausforderung in der stationären Krankenhausversorgung bezeichnet wurde.

Danach kann fast jedes Krankenhaus in Deutschland (94 Prozent) offene Stellen auf den Allgemeinstationen nicht besetzen. Auf drei Vierteln der Intensivstationen sind Stellen in der Intensivpflege nicht besetzt. In zwei Dritteln der Häuser mit einer Pädiatrie ebenfalls.

Als wesentliche Gründe wurden vor allem fehlende Bewerber, eine allgemeine Erschöpfung des Personals durch Überlastung genannt sowie eine weitere Zunahme der Teilzeitarbeit und Renteneintritte.

Als Fazit konstatieren die Autoren zudem, dass die meisten der Befragten von den Neuregelungen und geplanten Reformen für den Krankenhausbereich keine nennenswerten Effekte für diese Situation erwarten. Das betreffe weder die Fortschreibung der

Personaluntergrenzen als auch die angestrebte stärkere Konzentration von Standorten oder die generalistische Pflegeausbildung.

Dass sich diese Situation absehbar ändern wird, erwarten die Studienautoren nicht. Die demografische Entwicklung werde die Lage eher noch weiter verschärfen.

Angesichts der Analyse, die auch die Hauptgründe für den Personalmangel zeige, sei sichtbar, wo die Häuser, aber auch die Politik, nun handeln müssten. Der Pflegeberuf müsse attraktiver werden. Das hänge nicht nur an Gehaltserhöhungen oder Karrieremöglichkeiten, sondern es gehe vor allem um höhere Wertschätzung.

Kurz gesagt haben die Kliniken nicht nur erhebliche Probleme, Stellen zu besetzen. Der Bedarf wird auch wegen der demografischen Entwicklung und politischen Vorgaben hinsichtlich besserer Personalschlüssel weiter steigen.

Für die nahe Zukunft der Stellensituation sehen die Krankenhäuser schwarz. Wenn sie drei Jahre vorausblicken, erwarten 75 % der Häuser eine Verschlechterung der Stellensituation in der Intensivpflege und sogar 86 % eine Verschlechterung der Stellensituation in der Pflege auf den Allgemeinstationen.

Die Krankenhausstudie 2023 des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) und des Branchencenters Gesundheit und Soziales der BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (BDO) fokussiert diese Herausforderungen.

Die Anzahl der Beschäftigten in Pflegeberufen ist seit dem Jahr 2013 um rund 312.000 Personen – das sind 21,5 Prozent – angestiegen (von 1,45 Millionen auf 1,76 Millionen Beschäftigte).



Variable Arbeitszeit für Pflegende

KOMM ZU UNS IN DEN STATIONSDIENST WANN
UND SO OFT DU WILLST



**Pflegedirektorin
Astrid Eisenberg**

Beruf und Familie in Einklang zu bringen, ist für Mitarbeitende im Pflegeberuf eine große Herausforderung. Schichtdienst und ein früher Arbeitsbeginn, der mit Kita- und Schulzeiten nicht kompatibel ist, ergeben schon zwei Gründe, die Krankenschwestern dazu veranlassen, ihren Beruf zeitweilig oder ganz an den Nagel zu hängen.

„Wir wollen Pflegenden, die aus dem Berufsleben ausgeschieden sind, das Angebot machen: „Komm zu uns in den Stationsdienst, wann und so oft du willst“, beschreibt Pflegedirektorin Astrid Eisenberg das neue Angebot der in jeder Hinsicht variablen Arbeitszeit für die Pflege in den Krankenhäusern Bad Soden und Hofheim.

Arbeitstage, Arbeitszeit, Stundenzahl, Station und Fachbereich sind für examinierte Pflegenden aus der Gesundheits- oder Altenpflege, aber auch für Krankenpflegehelfer mit Examen in den Kliniken des Main-Taunus-Kreises jetzt frei wählbar. Die Berufsrückkehrer erwartet am neuen Arbeitsplatz in den Kliniken eine fachliche Einarbeitung und verschiedene

Kliniken Frankfurt-Main-Taunus

Im kommunalen Gesundheitsverbund varisano Kliniken Frankfurt-Main-Taunus setzen sich täglich 4.500 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen für das Wohl der ihnen anvertrauten Menschen ein. Dabei achten sie die Individualität und Bedürfnisse jedes Einzelnen und setzen sie in das Zentrum ihres Handelns. Dieses Engagement macht die Kliniken Frankfurt-Main-Taunus zu einem wichtigen Gesundheits-Partner der Region. Eine eng vernetzte Zusammenarbeit der Krankenhäuser in Bad Soden, Hofheim und Frankfurt Höchst sichert Patientinnen und Patienten im Rhein-Main-Gebiet eine optimale Rundumversorgung. Ergänzt wird das Angebot des Verbundes um ein großes Bildungszentrum mit rund 600 Ausbildungsplätzen für die Gesundheits-Profis von morgen sowie eine Senioren-residenz, Medizinische Versorgungszentren und eine eigene Servicegesellschaft. Die Main-Taunus-Privatklinik GmbH ist seit Sommer 2003 Tochtergesellschaft der Kliniken.

Fortbildungsmöglichkeiten, um sicherzustellen, dass sie ihre Tätigkeit auf dem neuesten Kenntnisstand ausüben können.

"Wir sehen, dass Mütter und Väter einzigartige Fähigkeiten und Erfahrungen mitbringen, die im Pflegebereich von unschätzbarem Wert sind. Indem wir ihnen sehr flexible Arbeitszeiten anbieten, möchten wir ihre Talente nutzen", hebt Eisenberg hervor.

Das variable Teilzeitangebot gilt für den Einsatz in vielen Fachbereichen der Kliniken. Nach persönlicher Qualifikation oder Vorstellung ist eine Tätigkeit im internistischen oder chirurgischen Bereich, aber auch in der Geriatrie und Psychiatrie möglich.

Hauptursache für den Ausstieg aus dem Pflegeberuf ist und waren die Unvereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Das ergab die europäische NEXT-Studie (nurses early exit study), die

europaweit den Ausstieg aus dem Pflegeberuf untersuchte, bereits im Jahr 2005. Sie förderte zu Tage, dass sogar jede vierte Pflegekraft in Deutschland darüber nachdenkt, den Beruf zu wechseln.

„Müttern während oder nach der Elternzeit, Wiedereinsteigern nach einer Berufspause, aber auch berenteten Pflegekräften, die noch eine geringfügige Beschäftigung ausüben möchten, bieten wir eine sinnerfüllte Tätigkeit, die sie passgenau auf ihr Leben zuschneiden können“, so Eisenberg. Wer das Angebot nutzen möchte, sollte monatlich mindestens 16 Stunden arbeiten wollen.

Interessierte konnten sich bei einem Informationstag im Krankenhaus Bad Soden am 2. August, ein Bild vom angebotenen Arbeitsplatz und den neuen Kollegen und Kolleginnen machen. Jederzeit ist aber für Bewerber auch der direkte Kontakt zur Pflegedirektion möglich.

Vier-Tage-Woche für Pflegekräfte – Etablierung beschlossen

GEMEINSAM MIT DEN MITARBEITERN IDEEN FÜR
BESSERE ARBEITSBEDINGUNGEN ENTWICKELN

Das Klinikum Bielefeld startete im Juli 2023 mit dem Versuch einer Vier-Tage-Woche für Pflegekräfte. Das Pilotprojekt auf der geriatrischen Station am Standort Bielefeld – Rosenhöhe sowie auf der unfallchirurgischen Station am Standort Bielefeld – Mitte war bis Ende Dezember 2023 angesetzt – doch bereits vor Ablauf der Pilotphase hat das Klinikum entschieden, dass nach Auswertung der bisherigen Praxiserfahrungen die Etablierung der Vier-Tage-Woche ab sofort auch auf anderen Stationen erfolgen kann.

„Das Klinikum Bielefeld geht als eines der ersten Krankenhäuser diesen neuen Weg in der Arbeitszeitgestaltung. Eines unserer Ziele ist es, mit innovativen, flexiblen Dienstmodellen neue Mitarbeitende zu gewinnen, um die Belegschaft der Stationen weiter zu stärken“, so Michael Ackermann, Geschäftsführer des Klinikums Bielefeld. „Das Pilotprojekt hat uns gelehrt, mit unseren Mitarbeitenden gemeinsam Ideen für bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege zu entwickeln und anpassungsfähig zu sein. So möchten wir als selbstlernende Institution den Beruf als Pflegekraft wieder attraktiv machen – sowohl für die junge Generation, für Bewerber*innen, als auch für unsere

#alltagsheld*innen auf den Stationen unserer drei Standorte“, ergänzt Maik Toremans, Direktor für Pflege und klinisches Prozessmanagement.

Das Projekt

Für die Mitarbeitenden der beiden Pilotstationen bedeutete das Projekt konkret eine Umstrukturierung ihrer Arbeitszeit: Vollzeitkräfte hatten die Möglichkeit, ihre Arbeitszeit pro Schicht von 7,33 auf 9 Stunden (9,5 Stunden mit Pause) zu erhöhen. Daraus ergibt sich eine Reduzierung der Arbeitstage auf vier Tage pro Woche.

Die Arbeitszeiten in der 4-Tage-Arbeitswoche können so gestaltet werden, dass sie eine deutliche Erhöhung der Mitarbeitendenpräsenz auf Station für die Übergabezeiten ermöglichen (Frühdienst: 06.00 Uhr – 15.30 Uhr, Spätdienst: 13.00 Uhr – 22.30 Uhr, Nachtdienst: 21.30 Uhr – 07.00 Uhr). Die Wochenarbeitszeit sowie das Gehalt und der Urlaubsanspruch bleiben gegenüber dem herkömmlichen Arbeitszeitmodell bei einer Schichtdauer von 7,33 Stunden gleich. Für Teilzeitkräfte bietet das neue Modell



Klinikum Bielefeld

Zur Klinikum Bielefeld gem. GmbH gehören das Klinikum Bielefeld – Mitte, das Klinikum Bielefeld – Rosenhöhe und das Klinikum Bielefeld – Halle (Westf.). Das Klinikum besteht aus über 30 Fachkliniken sowie diversen Abteilungen und interdisziplinären Einrichtungen. Die Gesellschafterinnen der GmbH sind die Stadt Bielefeld und die Stadt Halle (Westf.).

die Möglichkeit, die Arbeitszeit zu erhöhen und so zusätzlich freie Tage zu generieren, um trotzdem an bestimmten Tagen freizuhaben.

Evaluation der Pilotphase

Im Laufe des Pilotprojekts wurden mehrere Evaluierungsmaßnahmen ergriffen, um etwaige Vorteile und Herausforderungen abzuleiten und so ein für die Mitarbeitenden optimiertes Ergebnis erarbeiten zu können.

Die Auswertungen der Pilotphase haben ergeben, dass die Mitarbeitenden in der Vier-Tage-Woche sowohl viele Vorteile, aber auch die ein oder andere Herausforderung erkannt haben, die eine Umstellung des gewohnten Arbeitszeitmodells mit sich bringt.

Zum einen haben die längeren Überlappungszeiten beider Schichten zu einer Verbesserung der Patientenversorgung geführt – das sieht auch Maik Friesen von der Pilotstation B4 so: „Dadurch, dass wir nun zwischen den Schichten mehr Hände zur Verfügung haben, können wir anfallende Aufgaben besser und sicherer durchführen. Auch können wir den Patient*innen die Kolleg*innen der nächsten Schicht vorstellen, das kommt gut an. Durch das neue Arbeitszeitmodell habe ich mehr freie Tage, die ich mit meinen Freund*innen oder meiner Familie verbringen kann. Die Vier-Tage-Woche löst nicht alle Probleme der Pflege. Arbeitsprozessoptimierung braucht Zeit, Reflexion und Mitarbeitende, die Lust auf Innovation haben – dann haben wir großes Potenzial, unsere Arbeitsverhältnisse zu verbessern.“

Eine deutliche Verbesserung hat sich auch bei der zeitintensiven Dokumentation eingestellt. Aus den Rückmeldungen der Projektteilnehmer ließ sich zudem ableiten, dass die erhöhte Stundenzahl am Tag zwar gewöhnungsbedürftig ist,

die dadurch entstehenden freien Tage jedoch positiv wahrgenommen werden. Es ist auch festzustellen, dass die Schichten im Vier-Tage-Arbeitswochenmodell pünktlicher beendet werden, es demnach zu weniger Überstunden kommt.

Neben vielen Verbesserungen haben sich auch Herausforderungen für die Mitarbeitenden auf den Pilotstationen herauskristallisiert: So kann die längere Schichtdauer für manche Menschen eine Belastung sein. Auch die Umstellung von dem klassischen Arbeitsmodell mit 7,33-Stunden-Diensten und die Umstrukturierung eines eingespielten Tages- und Wochenablaufes kann als herausfordernd wahrgenommen werden.

Wie geht es weiter?

„Es ist allen Beteiligten klar, dass eine Vier-Tage-Arbeitswoche nicht für jede Pflegekraft in Frage kommt“, so Ackermann, „dennoch möchten wir das innovative Arbeitszeitmodell über die Pilotphase hinaus zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen anbieten. Wir sind überzeugt, dass wir mit dem Pilotprojekt der Vier-Tage-Arbeitswoche einen Schritt in Richtung einer mitarbeiterorientierten Arbeitsplatzgestaltung und dadurch verbesserten Patientenversorgung erfolgreich gegangen sind.“

Die Stationen an allen drei Standorten des Klinikums Bielefeld haben nun die Möglichkeit, im Modell der Vier-Tage-Woche zu arbeiten, wenn gewisse Voraussetzungen erfüllt sind. Mitarbeitende, für die die Vier-Tage-Woche nicht in Frage kommt, arbeiten in ihrem gewohnten Modell weiter.

Auf Wunsch der Mitarbeitenden startet sogar die Intensivstation am Standort Rosenhöhe in die 4-Tage-Woche.



Flexible Arbeitszeiten für Fachkräfte und vieles mehr

BEWERBERVERHALTEN ZEIGT: GLG IST ATTRAKTIVE ARBEITGEBERIN

Neben der großaufgelegten Berufsnachwuchssicherung durch Berufsausbildung und seit dem Herbst 2023 auch in Form von zwei Studiengängen in der Krankenpflege und Entbindungspflege, unternimmt die GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit als größte Arbeitgeberin der Region Nordostbrandenburg viel dafür, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Unternehmen zu halten und neue zu gewinnen.

Das Bewerberverhalten zeigt, dass die GLG als attraktive Arbeitgeberin wahrgenommen wird, wozu auch eine aktive Personalarbeit, kreative Personalentwicklung und Öffentlichkeitsarbeit beigetragen haben. Das GLG-Karriereportal im Internet präsentiert viele Benefits, die in anderen Krankenhäusern so nicht vorgehalten werden. Zudem betreibt die GLG erfolgreich eine Strategie der Nachwuchsgewinnung aus der Region für die Region.

Durch viele Maßnahmen zur Fachkräftegewinnung und durch die Ausbildung von Fachkräftenachwuchs konnten die GLG-Unternehmen

ihre Mitarbeiterschaft weiter verstärken. 2023 waren im GLG-Verbund 107 Ausbildungsplätze neu zu besetzen, die meisten im Pflege- und Funktionsdienst. Insgesamt beschäftigt die GLG in ihren Betrieben 305 Azubis.

Einige Beispiele für die Vielfalt der Angebote:

Angebot flexibler Arbeitszeiten

Ein Beispiel ist das Angebot flexibler Arbeitszeiten im GLG Martin Gropius Krankenhaus Eberswalde. „Im neu entstehenden Flexpool erhalten Pflegekräfte, Heilerziehungspfleger und Erzieher das Angebot, entweder zeitlich flexibel oder nach einem Wunschdienstplan zu arbeiten“, sagt GLG-Konzernpflegedirektor Robert Schindler. „Das Konzept eines Flexpools findet bereits erfolgreich Anwendung im GLG Werner Forßmann Klinikum.“ Das GLG Martin Gropius Krankenhaus kann somit auf bereits gemachte positive Erfahrungen zurückgreifen.

Interessierte Fachkräfte können zwischen unterschiedlichen Modellen wählen. Wer eine größtmögliche Work-Life-Balance für sich möchte, schreibt seinen Dienstplan mit den Arbeitstagen kurzerhand selbst. Vom Arbeitgeber erfährt der Mitarbeiter dann lediglich die Einsatzstation. Wer noch flexibler ist, erhält seinen Einsatzplan und die Station direkt von der Pflegedienstleitung. Für diese Flexibilität wird eine zusätzliche Flexibilitätszulage gezahlt.

„Der Einsatzbereich ist vielfältig und frei wählbar in Abhängigkeit von der jeweiligen vorliegenden Berufsqualifikation. Im GLG Martin Gropius Krankenhaus können die Fachkräfte zwischen den Einsatzorten der Neurologie, Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Forensischen Psychiatrie wählen“, fasst Robert Schindler zusammen. Als Vorteil gegenüber einer Beschäftigung in einer Leiharbeitsfirma zählt das GLG Martin Gropius Krankenhaus unter anderem die gleichen Vorzüge auf wie für alle GLG-Mitarbeiter, z. B. Ferienhäuser, GLG-Bikes, Zuschüsse zur Gesundheitsprävention oder Mitarbeitererrabatte.

E-Learning-Angebote

Zur dauerhaften Sicherstellung des hohen fachlichen Niveaus auf neuestem Kenntnisstand hielt die GLG auch 2023 für Beschäftigte aller Berufsgruppen ein großes Angebot an Fort- und Weiterbildungen bereit. Dazu

gehören auch E-Learning-Angebote. Das E-Learning mit der Online Akademie hat das Referat Personalentwicklung und -förderung die GLG Online-Akademie weiter etabliert und ausgebaut.

Auch in Rot

Die GLG kommt ihren beschäftigten Berufspendlern im wahrsten Sinn des Wortes entgegen und stellt ihnen auf Wunsch am Bahnhof ein GLG-Bike zur Verfügung. So sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unabhängig vom Busfahrplan und können auf dem Weg zur Arbeit gleich noch etwas für ihre Fitness tun. An den Bahnhöfen Eberswalde, Angermünde und Prenzlau gibt es wetter- und diebstahlgeschützte Unterstellmöglichkeiten. 130 Fahrräder hatte der GLG-Konzern insgesamt bis 2023 angeschafft, in diesem Jahr wurden 15 Stück der ersten Generation aus dem Verkehr gezogen. Dafür kamen 20 neue GLG-Bikes hinzu, zehn davon in Rot speziell für Ärzte im Praktischen Jahr, die größtenteils aus der Charité Berlin nach Eberswalde kommen.

PJ-Preis für beste Lehre

Zur Gewinnung ärztlichen Nachwuchses engagiert sich die Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie des GLG Werner Forßmann Klinikums besonders für die PJ-Ausbildung. Der PJ-Preis 2024 „Faires

PJ“ für die beste Lehre Deutschlands im PJ-Wahlfach ging an die Klinik in Eberswalde. Der Preis – in diesem Jahr erstmals vergeben – wurde von der Bundesvertretung der



Fotos: GLG

Gute Stimmung bei Ausstellern und Besuchern. Die Berufemesse der GLG gehört zur Strategie der Nachwuchsgewinnung. Insgesamt 16 verschiedene Berufsausbildungen und zwei Studiengänge – für Hebammen und in der Pflege – werden angeboten.



dabei sehr vielfältig. Zur Auswahl stehen 16 Ausbildungsberufe sowie zwei Studiengänge. Kurz nach der Halbzeit der jeweiligen Ausbildung werden bereits die Übernahmeverträge angeboten.



Erstmals bot die GLG in Kooperation mit der Akademie der Gesundheit an der Hochschule für Gesundheitsfachberufe in Eberswalde auch den dualen Studiengang Pflegefachkraft mit Bachelor-Abschluss an, für den das Abitur Voraussetzung ist.

Schulkooperationen

Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd), den Fachschaften und der Ethimedis GmbH Alexander Schmidt, Preiter „Faires PJ“ der bvmd, und Dr. Sergiu Doniga, CEO bei Ethimedis ausgelobt. Hervorgehoben wurden u. a. ein vorbildliches PJ-Konzept mit besten organisatorischen Rahmenbedingungen, die zur Vorbereitung auf die ärztliche Tätigkeit optimale Aufgabengestaltung sowie sehr gut geplante theoretische und praktische Lerninhalte.

Bachelor-Abschlüsse sind möglich

Seit 2023 befindet sich in Eberswalde die Hochschule für Gesundheitsfachberufe. Der GLG-Verbund hat die Gründung der Hochschule maßgeblich unterstützt und lässt neben der klassischen Berufsausbildung in der Pflege auch Pflegekräfte im Rahmen eines Bachelorstudiengangs in der Region ausbilden. „Im Schnitt besetzen wir pro Jahr rund 100 Ausbildungs- und Studienplätze. Das Angebot ist

Inzwischen bestehen 14 Schulkooperationen der GLG in Barnim und in der Uckermark. So wurde u. a. mit dem Eberswalder Alexander von Humboldt-Gymnasium ein Schulkooperationsvertrag abgeschlossen, der Schülerinnen und Schüler fördern soll, die sich für einen Studienplatz oder eine Berufsausbildung im Gesundheitswesen interessieren. Sie erhalten z. B. die Möglichkeit, entsprechende Praktika in den GLG-Unternehmen zu absolvieren. Die Praktika zur Berufsorientierung werden von der GLG vergütet, und bei persönlicher und fachlicher Eignung ist der frühzeitige Abschluss eines Studien- oder Ausbildungsvertrages möglich. Die GLG unterstützt die Schule außerdem im Bereich des Sports.

Die Vergabe von Praktikumsplätzen, bezahlte Praktika in den Sommerferien und ein vorzeitiger Abschluss von Ausbildungs- oder Studienverträgen gehören auch zur Kooperation der GLG mit dem Gymnasium Finow und dem Freien Gymnasium Joachimsthal.



Fort- und Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte – fachliche Kompetenz erwirbt man nicht einmalig. Fort- und Weiterbildung sind eine unverzichtbare Voraussetzung für ein dauerhaft hohes Niveau der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Die GLG-Kliniken bieten dafür ein umfassendes Programm.

Musikschulförderung und Fitness-Zuschüsse

Eine Kooperationsvereinbarung der GLG mit den Kreisverwaltungen der Landkreise Barnim und Uckermark sowie den Kreismusikschulen ermöglicht die Förderung von Musikschulunterricht für Mitarbeiterkinder.

In mehreren Sport- und Gesundheitsstudios fördert die GLG die Aktivitäten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Zuschüssen bis zu 120 Euro pro Person im Jahr und möchte damit die Motivation zur individuellen Prävention stärken

Videoanzeigen auf TikTok

Mit einer Videoanzeige auf TikTok und Instagram hat die Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie des GLG Werner Forßmann Klinikums um neue Bewerberinnen und Bewerber geworben. Insgesamt wurde die Anzeige, die von der GLG-Öffentlichkeitsarbeit erstellt wurde, mehr als 245.000mal gesehen. Die vakante Stelle konnte neu besetzt werden.

Starker Tarifabschluss für Auszubildende und Studenten der GLG

Nach fast sechs Stunden Verhandlung zwischen der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH und den in der Gewerkschaft ver.di organisierten Auszubildenden wurde ein neuer Tarifvertrag für die rund 300 Auszubildenden und Studenten in der Uckermark und Barnim abgeschlossen. Die monatlichen Ausbildungsvergütungen steigen um 200 Euro auf dann bis zu 1.500 Euro, das Urlaubsgeld, ausbezahlt im Juli, steigt auf 300 Euro, das Weihnachtsgeld wird erhöht auf 70 % und die Übernahmeprämie nach bestandener Prüfung und Start mit dem Job in einer Einrichtung der GLG steigt auf 500 Euro. Weitere attraktive Regelungen – u. a. zu Urlaub, Heimfahrten, Zuschlägen des Öffentlichen Dienstes – ist der GLG-Konzernvertrag damit einer der attraktivsten für Auszubildende in der Region mit der höchsten Ausbildungsvergütung. Erstmals kommen auch die Studenten der GLG in den Genuss eines Tarifvertrags. Er gilt für Auszubildende und Studenten der GLG-Krankenhäuser in Eberswalde, Angermünde, Wolletz und Prenzlau.



Erfolgsmodell nach 20 Jahren neu konzipiert

VERÄNDERTER PFLEGEPOOL SCHLIESST PERSONALLÜCKEN UND BIETET HÖCHSTE FLEXIBILITÄT

Mit veränderter Strategie im Pflegepool geht das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus einen neuen Weg, um kurzfristige Personallücken zu schließen und gleichzeitig Mitarbeitenden in der Pflege höchste Flexibilität zu bieten. Der vor über 20 Jahren initiierte Pool hat jetzt eine Neukonzeption erfahren.

Ziel ist es, noch individueller auf neue Mitarbeitende einzugehen, sie beim Einstieg in die Pooltätigkeit zu begleiten und ihnen auch in Hinblick auf die persönliche Karriereplanung Perspektiven aufzuzeigen. So wurde unter anderem ein Tandemmodell eingeführt, das vorsieht, die Neuen im Pflegepool in 1:1-Betreuung in den ersten vier Wochen zu begleiten und zu unterstützen. „Unser Pflegepool ist ein Erfolgsmodell, das Lösungen für mehrere Herausforderungen bietet. Wir können kurzfristig auf Personallücken eingehen und diese füllen. Gleichzeitig wollen wir jetzt mit attraktiven Anreizen die Pool-Pflegenden unterstützen und noch mehr Mitglieder rekrutieren“, sagt Prof. Michael Albrecht, Medizinischer Vorstand am Uniklinikum Dresden.

Die Chancen liegen in der Flexibilität

Wenn Mitarbeitende in der Pflege krank werden oder sich um ihre erkrankten Kinder kümmern müssen, geplante Weiterbildungen absolvieren oder über mehrere Monate ausfallen, kommt am Universitätsklinikum Dresden der Pflegepool zum Einsatz. Seit über 20 Jahren sind hier Mitarbeitende als Pflegeteam etabliert, die kurzfristig einspringen oder längere Personallücken kompensieren. Damit war das Dresdner Uniklinikum eines der ersten, das dieses Modell eingeführt hat. Derzeit gibt es über 40 Pflegekräfte im Pool. Der Bedarf ist weitaus höher – etwa doppelt so viele werden benötigt. Dabei liegen die Vorteile nicht allein nur beim Klinikum. Neben der beruflichen Flexibilität, die der Einsatz auf unterschiedlichen Stationen und in verschiedenen Fachbereichen mit sich bringt, profitieren die Pool-Mitarbeitenden von einer überdurchschnittlichen Dienstplansicherheit und Betreuung durch die Führungskraft sowie finanziellen Anreizen. „Die Chancen liegen in der Flexibilität. Durch den Einsatz auf unterschiedlichen Stationen lernen die Pflegenden ständig neue Dinge. Sie wachsen an der Verantwortung“, sagt Katrin

Weigelt. Sie arbeitet seit 47 Jahren als Kinderkrankenschwester und Pflegedienstleiterin am Uniklinikum und engagiert sich nun als „Flexi-rentnerin“ überwiegend für dieses Pool-Team. Die Leitung liegt bei Daniela Richter, die seit 23 Jahren am Uniklinikum arbeitet.

„Wir erleben eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe“

Unterschieden wird zwischen kurzfristigen Einsätzen, die Woche für Woche geplant werden, und langfristigen Diensten, die bis zu sechs Monate andauern. Das Ziel ist stets gleich: personelle Ausfälle kompensieren. Zu den über 40 Pool-Pflegenden gehören auch Medizinische Fachangestellte, die speziell für Funktionsbereiche und Ambulanzen ausgebildet sind. Rekrutiert werden weitere Mitglieder aus den eigenen Reihen, aber auch von extern. Dabei betonen die Koordinatorinnen die starken Chancen für die berufliche Weiterentwicklung, die entweder in Richtung Führungsposition oder Fachexpertise gehen. 10 bis 15 Anfragen nach personellem Support werden pro Woche von den einzelnen Stationen neu gemeldet – immer donnerstags werden nach Dringlichkeit die Lücken in den Plänen der Folgeweche gefüllt und Personal aus dem Pool angewiesen. „Die Mitarbeitenden auf den Stationen sind über jede Unterstützung dankbar. Das zeigt auch, wie sich festes Personal und Pool-Mitglieder begegnen. Wir erleben eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe“, sagt Daniela Richter. Damit dies gelingt, bekommen neue Mitglieder im Pool einen erfahrenen Pool-Mitarbeiter an die Seite gestellt. Das Tandem-Modell sieht vor, dass neue Mitarbeitende in den ersten vier Wochen begleitet werden. In ihrer ersten Woche ist die Pflegekraft noch nicht regulär auf der Station eingeplant, sondern läuft mit und lernt. Nach und nach arbeitet sie eigenständig und hat dabei den Tandem-Partner stets für Fragen an der Seite.

Daniel Gaudig hat im vergangenen Sommer als Gesundheits- und Krankenpfleger am Uniklinikum begonnen. Zuvor war er in einem anderen Krankenhaus in der Region tätig. Der 30-Jährige

hat sich bewusst für den Pflegepool entschieden. Die Möglichkeit auf unterschiedlichen Stationen zum Einsatz zu kommen und dabei seine individuellen beruflichen Interessen zu verwirklichen, haben ihn angesprochen. „Ich scheue mich nicht vor neuen Herausforderungen und habe seitdem schon viel gelernt. Dabei hat mir auch geholfen, dass ich in einem Tandem eingearbeitet wurde. Diese Zeit war sehr wertvoll“, sagt er. Bisher war er als Pfleger in der Orthopädie und Unfallchirurgie und dann in der Dermatologie tätig, seit Dezember ist er im OP-Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie eingesetzt. „Es gefällt mir gut, dass der Job auf meine beruflichen Wünsche eingeht, ich Flexibilität und Individualität bei der Dienstplanung erlebe und immer dazulernen kann. So habe ich die Möglichkeit, vor allem Dinge zu tun, die mir besonders Spaß machen.“ Auf seinen Stationen hat er vor allem Teamwork und Zusammenhalt erfahren. „Die Kolleginnen und Kollegen sind froh und dankbar, dass wir sie unterstützen. Das spüren wir sehr. Und wir können untereinander und voneinander viel lernen.“

Neben bereits im Berufsalltag angekommenen Pflegekräften kann sich auch medizinisches Personal aus nahezu jeder Klinik melden, das schon im Vorruhestand angekommen ist. Auf Stundenbasis werden auch sie im Pflegepool eingesetzt, selbstverständlich nach ihren konkreten Wünschen und Erfahrungen. Weiterhin sind Studierende im Pool vor allem für die Wochenenddienste verantwortlich.

Informationen für Interessierte im Internet unter: www.ukdd.de/karriere





Das Speeddating bot die perfekte Gelegenheit, sich über das Arbeiten bei den Mühlenkreiskliniken zu informieren. Bei Interesse konnte man vor Ort ein Bewerbungsgespräch führen und – sofern Zeugnisse und Lebenslauf mitgebracht wurden – konnte sogar ein Arbeitsvertrag unterzeichnet werden.



„Wir lieben offene Menschen“

SPEEDDATING FÜR OP- UND ANÄSTHESIE-PROFIS

Der OP – eine Herzkammer eines jeden Klinikums. Damit bei jeder Operation und vor allem auch davor und danach alles reibungslos abläuft, ist gut ausgebildetes Personal eine der wichtigsten Grundvoraussetzungen. Unter dem Motto „Wir lieben offene Menschen“ hat das Johannes Wesling Klinikum der Mühlenkreiskliniken am 16. Mai dieses Jahres ein Speeddating für OP-Experten veranstaltet.

Gesucht wurden Operationstechnische Assistenten (OTA), Anästhesietechnische Assistenten (ATA) sowie Pflegekräfte (mit und ohne Fachweiterbildung), die sich bei Interesse im Johannes Wesling Klinikum informieren konnten.

Alles sollte ganz ungezwungen, ohne nervigen Papierkram oder große Vorbereitung ablaufen. Wer Interesse hatte, konnte einfach vorbeikommen! In fünfzehnminütigen Gesprächen gab es die Möglichkeit, das OP-Personal persönlich kennenzulernen, sich mit ihnen über die beruflichen Inhalte auszutauschen, sich aber auch schon direkt zu bewerben. Eine Job-Zusage und die Übergabe des unterschriebenen Arbeitsvertrags konnten

gegebenenfalls sofort vor Ort erfolgen. Für eine Sofortzusage waren nur ein Lebenslauf und die Zeugnisse mitzubringen. Wer die Unterlagen nicht zur Hand hatte, konnte sie aber auch unkompliziert nachreichen. Eine Anmeldung war nicht erforderlich.

Interessierte im Universitätsklinikum Minden erwarteten Top-Konditionen des öffentlichen Dienstes, ein Monatseinkommen ab 3.500 bis 4.400 Euro plus Jahressonderzahlung und steuerfreie Schichtzulagen, ein unbefristetes Arbeitsverhältnis, eine intensive Einarbeitung, abwechslungsreiche Aufgabenfelder mit Gestaltungsspielraum, eine Vielzahl von Arbeitszeitmodellen, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, universitäre Spitzenmedizin, ein technisch bestens ausgestatteter Tageslicht-OP, ein offenes und freundliches Betriebsklima sowie auf Wunsch Einsatz im FlexPool (mehr Geld, mehr Urlaub).

Bewerbungen für alle drei Berufsgruppen waren willkommen und für die neuen FlexPools Pflege möglich. Die standortübergreifenden aber fachspezifischen FlexPools sollen in Zukunft sicherstellen, dass Freizeit auch Freizeit

Gesucht wurden:

- Operationstechnische Assistent*innen
- Anästhesietechnische Assistent*innen
- Pflegekräfte (mit und ohne Weiterbildung)

Das Angebot:

- Top-Bezahlung (ab 3.500 bis 4.400 Euro plus Jahressonderzahlung und steuerfreie Schichtzulagen)
- Ein unbefristetes Arbeitsverhältnis im öffentlichen Dienst
- Eine intensive Einarbeitung
- Eine Vielzahl von Arbeitszeitmodellen
- Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Universitäre Spitzenmedizin
- Ein technisch bestens ausgestatteter Tageslicht-OP
- Auf Wunsch Einsatz im FlexPool (mehr Geld, mehr Urlaub)
- Ein junges und motiviertes Team mit Bock auf Veränderung und Weiterentwicklung

bleibt. Das Anrufen im Frei wird damit zukünftig endgültig der Vergangenheit angehören. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im FlexPool werden in allen Standorten der Mühlenkreiskliniken eingesetzt. Dafür erhalten sie eine monatliche Zulage in Höhe von 500 Euro zusätzlich zum Tarifgehalt sowie bis zu 45 Tage Urlaub im Jahr. Die Arbeitszeiten im FlexPool sind fest und werden 60 Tage im Vorfeld geplant.

„Zu Beginn gibt es an jedem Standort eine Einarbeitungszeit, so dass man jeden Standort der Mühlenkreiskliniken in Bad Oeynhausen, Lübbecke, Minden und Rahden kennen lernt. Der FlexPool ist der perfekte Einsatzort für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die neugierig sind, sich gerne verändern und neues ausprobieren wollen“, sagt Pflegedirektor Bernd Mühlenbruch.

Der FlexPool steht auch allen aktuellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Mühlenkreiskliniken offen.





Nicht an Verfahren von gestern festhalten

VEREINFACHTER ZUGANG ZUR AUSBILDUNG IN PFLEGE- UND GESUNDHEITSFACHBERUFEN SOLL ERLEICHTERT WERDEN

Das Schulministerium und das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen haben gemeinsam mit der Bezirksregierung Köln ein Verfahren entwickelt, um Bewerberinnen und Bewerbern aus dem Ausland den Zugang zur Ausbildung in Pflege- und Gesundheitsfachberufen zu erleichtern. Das teilte die Landesregierung im Juli dieses Jahres mit.

Hierfür hat die Bezirksregierung Köln eine Allgemeinverfügung erlassen, wonach Personen mit bestimmten Schulzeugnissen aus den Ländern Algerien, Indien, Iran, Marokko, Tunesien, der Türkei und der Ukraine die Gleichwertigkeit ihres Schulabschlusses mit einem Schulabschluss der Sekundarstufe I grundsätzlich ohne Einzelfallprüfung nachweisen können. Für Bewerberinnen und Bewerber aus Ländern, die in der Allgemeinverfügung nicht erfasst sind, können die Schulen der Pflege- und Gesundheitsfachberufe zudem ab sofort eine Vorabanerkennung von Schulabschlüssen der Sekundarstufe I beantragen.

„Angehende Fachkräfte und Angehörige der Pflege- und Gesundheitsfachberufe leisten einen unverzichtbaren Beitrag für eine gute Gesundheitsversorgung der Menschen in Nordrhein-Westfalen. Der demographische Wandel sowie der Arbeits- und Fachkräftemangel in den Pflege- und Gesundheitsfachberufen erfordern hier neue Handlungsansätze und weniger Bürokratie, um auch zukünftig eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung mit Gesundheitsleistungen sicherzustellen“, erklärt Arbeits- und Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann.

Ein unentbehrlicher Baustein zur Fachkräftesicherung sei dabei auch die Anwerbung von interessierten Bewerberinnen und Bewerbern aus dem Ausland. „Hier liegen große Ausbildungspotenziale, die wir nutzen und fördern sollten. Wir stehen im internationalen und bundesweiten Wettbewerb um ausländische Bewerberinnen und Bewerber. Umso mehr freut es mich, dass es uns nun gelungen ist, weitere Hürden des Ausbildungszugangs für ausländische Bewerberinnen und Bewerber

abzubauen und Nordrhein-Westfalen für an-
gehende Fachkräfte aus dem Ausland noch
attraktiver zu machen.“

Schulministerin Dorothee Feller ergänzte: „Im
Wettbewerb um die Fachkräfte von heute und
morgen können wir nicht an den Verfahren von
gestern festhalten. Im Gegenteil: Wir müssen
uns um Bewerberinnen und Bewerber bemü-
hen und ihnen den Weg in die so wichtigen
Pflege- und Gesundheitsberufe so einfach
wie möglich machen. Die neue Regelung er-
füllt diesen Anspruch und sichert gleichzeitig
die hohe Qualität unserer Ausbildungsberufe.“

Hintergrund

Voraussetzung für den Zugang zur genera-
listischen Pflegeausbildung ist der Nachweis
einer zehnjährigen Schulbildung. Daneben

müssen Bewerberinnen und Bewerber vor
Ausbildungsbeginn ihre Zuverlässigkeit, ge-
sundheitliche Eignung sowie die erforderlichen
Sprachkenntnisse nachweisen.

Personen aus dem Ausland müssen ihren
Schulabschluss anerkennen lassen, um eine
Ausbildung in einem Pflege- oder Gesund-
heitsfachberuf beginnen zu können. Dieses
oftmals langwierige Verfahren konnte von den
potenziellen Auszubildenden bislang nicht
vom Ausland aus betrieben werden.

Die Allgemeinverfügung und weitergehende
Informationen sind hier bei der Bezirksregie-
rung Köln abrufbar:

[https://www.bezreg-koeln.nrw.de/themen/
schule-und-bildung/anerkennung-von-
zeugnissen-und-bildungsabschlussen/
auslaendische-0](https://www.bezreg-koeln.nrw.de/themen/schule-und-bildung/anerkennung-von-zeugnissen-und-bildungsabschlussen/auslaendische-0)



JUNGER VKD



MITARBEIT IN GREMIEN
AKTUELLE PROJEKTE
MANAGEMENT-JOUR-FIXE
MENTORINGPROGRAMM
WORKSHOP: LEGO SERIOUS-PLAY-METHODE



Informieren, dabei sein, engagieren lohnensich

MANAGEMENT-JOUR-FIXE ZUM LKSG, MENTORINGPROGRAMM,
WORKSHOP ÜBER LEGO SERIOUS-PLAY-METHODE

Was interessiert gerade die jungen Mitglieder des VKD besonders? Wie bringen sie sich selbst in die Verbandsarbeit ein? Die 2021 gegründete AG Junger VKD setzt hier gute Ideen um und ist schon in einer ganzen Reihe von Verbandsgremien präsent – seit der diesjährigen 107. Mitgliederversammlung am 25. Juni wurde mit Andreas Tyzak ein Mitglied der AG sogar ins Präsidium gewählt. Und ja – es wäre schön, wenn sich noch mehr VKD-Mitglieder in der AG engagieren würden. Je mehr dabei sind, desto mehr Ideen kommen zusammen, desto interessanter ist es auch für die eigene Arbeit und die Karriere.

Es gibt bereits digitale Arbeitsgruppen für Mitglieder zum Thema Führung oder New Work, es gibt eine eigene LinkedIn-Gruppe, in der man sich austauschen kann. In einem vierzehntägigen, zwanglosen Management-Jour-Fixe, werden immer am jeweiligen Donnerstag ab 17 Uhr Themen behandelt, die Teilnehmer interessieren und als Fragen eingebracht haben.

Inzwischen kamen die Mitglieder der AG auch bei mehreren Präsenztreffen zusammen. Das letzte fand im Anschluss an die VKD-Jahrestagung in Osnabrück mit dem neugewählten VKD-Präsidenten Dirk Köcher statt. Leider waren nicht sehr viele AG-Mitglieder dabei. Es wäre eine gute Gelegenheit für sie gewesen, Dirk Köcher kennenzulernen und ihm auch die Vorstellungen und Anregungen der jungen Mitglieder nahezubringen.

LKSG – was man darüber wissen sollte

Ein im 8. Management-Jour-Fixe am 16. Mai behandeltes Thema war zum Beispiel das Lieferkettensorgfaltsgesetz (LKSG). Seit dem 1. Januar 2023 gilt es für Unternehmen mit 3000 Mitarbeitern, seit dem 1. Januar 2024 auch für Unternehmen mit 1000 Mitarbeitern. Krankenhäuser sind hier nicht ausgenommen.

Das Gesetz regelt die Sorgfaltspflichten von Unternehmen in Bezug auf den Schutz von Menschenrechten und von Umweltstandards innerhalb der globalen Wirtschaft. Das Gesetz legt klare und umsetzbare Anforderungen für die Sorgfaltspflichten fest. Überprüft werden die Unternehmensberichte vom Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle, das auch eingereichten Beschwerden nachgeht.

Ein wichtiges Thema also auch für eine ganze Reihe von Krankenhäusern, über das sich die Teilnehmer informieren konnten.

Über das Datum des jeweils nächsten Management-Jour-Fixe wird auf der VKD-Webseite und per Newsletter informiert.

Über zwei aktuelle Projekte der AG Junger VKD berichten hier im Interview auch Tim Wozniak und Daniel Herke.

Mentoringkonzept – von Mitgliedern für Mitglieder



Tim Wozniak ist seit dem 1. Juli dieses Jahres Klinikgeschäftsführer der Helios Kliniken Cuxhaven und Wesermarsch. In der AG Junger VKD leitet er das Mentorenprogramm. Neben dieser ehrenamtlichen Arbeit im VKD ist er übrigens u. a. auch Mitglied in der Denkschmiede Gesundheit. Hier geht es um den Austausch mit Parteien und Bundestagsabgeordneten sowie Verbänden für ein generationengerechtes Gesundheitswesen. Und er kann auf etliche Publikationen verweisen, u. a. zu Fragen der Mitarbeiterführung.

Die AG Junger VKD hat ein Mentoringkonzept entwickelt. Wie ist diese Idee entstanden?

Tim Wozniak: Entstanden ist die Idee 2021 in der Klausurtagung des VKD in Weimar. Die Teilnehmer wurden gefragt, welche Veränderungen sie sich vorstellen könnten, welche neuen Angebote für die Mitglieder im VKD interessant wären. Vorgeschlagen wurde u. a. ein Mentoring von Mitgliedern für Mitglieder. Die Aufgabe, hierfür ein Konzept zu erarbeiten, wurde dann zu einem Projekt für die damals gegründete AG Junger VKD.

Die Leitung habe ich dann übernommen, weil ich die Idee gut fand und ich mich in die Verbandsarbeit einbringen wollte.

Was sollte Ziel des Programms sein?

Tim Wozniak: Das mit dem Projekt verbundene Ziel war, kollegial und unkompliziert Erfahrungen

auszutauschen, aber vor allem auch Hilfestellung bei bestimmten Fragen und Problemen zu geben. Manches ließe sich, so die Vorstellung, bei einem Telefonat klären. Anderes würde vielleicht auch eine längere Begleitung erfordern, etwa bei einem Bauvorhaben, zu dem man sich hin und wieder austauscht. Wichtig war, dass spontane Kontaktaufnahmen ermöglicht werden sollten. Wir wollten zudem Vernetzung fördern. Das Angebot sollte unentgeltlich sein.

Sie brauchen dafür die Mitarbeit von Kolleginnen und Kollegen, die sich als Mentoren für andere Mitglieder zur Verfügung stellen. Wie wird dafür geworben?

Tim Wozniak: Wir haben proaktiv Mitglieder angesprochen und auch per Rundmail geworben. Inzwischen gibt es auch einen Flyer dafür und einen eigenen Bereich im internen Teil der VKD-Webseite. Wir sind natürlich auch noch dabei, die Akzeptanz und Bekanntheit des Angebots weiter zu vergrößern.

Kann sich jeder, der sich als Mentor beteiligen will, einfach bei Ihnen melden?

Tim Wozniak: Jeder, der Interesse hat, kann das tun. Wir haben einen kurzen Fragebogen entwickelt, in den sich Interessenten eintragen können – mit Foto, Kontaktdaten, Position sowie mit dem Schwerpunkt, mit dem sich jeder oder jede am besten auskennt. Mitgeteilt wird auch, wie groß die eigenen zeitlichen Ressourcen für das Mentoring sind.

Wie viele Mentoren haben sich bisher in die Liste eingetragen?

Tim Wozniak: Bisher sind es elf. Wir alle freuen uns natürlich über weitere Verstärkung.

Wird die Eignung der potenziellen Mentoren geprüft?

Tim Wozniak: Die persönliche Eignung setzen wir voraus. Wir sind ja alle VKD-Mitglieder, also in Führungspositionen.

Wenn ich eine Frage habe, kann ich also einfach jemanden anrufen, der zu meiner Frage oder meinem Problem passt?

Tim Wozniak: So ist es gedacht. Manchmal lässt sich vielleicht schon in diesem Telefonat ein Problem lösen oder ein Tipp geben. Aber auch eine längere Begleitung ist möglich. Das wird immer individuell sein.

Wenn Sie auf Ihre eigene Position als Geschäftsführer blicken – bei welchen Fragestellungen hätten Sie sich selbst in Ihren Anfängen in einer Führungsposition eine solche Unterstützung gewünscht?

Tim Wozniak: Ich habe vor etlichen Jahren am Traineeprogramm der Helios-Kliniken teilgenommen. Das war auch mit einem Mentoring verbunden. Insofern habe ich bereits am Anfang meiner beruflichen Laufbahn eine solche Unterstützung erhalten.

Natürlich hat jeder von uns auch sein persönliches Business-Netzwerk aufgebaut und hat dort die Möglichkeit, jemanden bei einem Problem zu kontaktieren. Falls das nicht weiterhilft, kann man dann einfach nach einem entsprechenden Kontakt in unserer VKD-Mentorenliste suchen.

Sie planen auch einen interessanten Workshop

Tim Wozniak: Wir wollen im Oktober Interessenten an einem Ort zu einem interessanten Thema zusammenbringen – einerseits soll das Thema anregen und wir wollen eine Gruppe zusammenbringen, in der sich die Teilnehmer austauschen und vernetzen können. Andererseits wollen wir dabei aber auch das Projekt Mentoring nochmals bewerben. Es ist sozusagen ein 2-in-1-Benefit, dass wir hier anstreben. Den Workshop leitet Daniel Herke.

Unsere Mentorinnen und Mentoren finden Sie auf unserer internen Webseite "VKD | Mentoring-Programm" in der Rubrik "Der Service". Bitte beachten Sie, dass Sie für die Ansicht eingeloggt sein müssen!

LSP - Zielbild und Umsetzung gemeinsam erarbeiten



Daniel Herke, studierter Jurist, EMBA mit 20 Jahren Erfahrung in der Gesundheitswirtschaft, u. a. auch in der Schweiz, war bis zum 1. August 2024 Kaufmännischer Geschäftsführer und Sprecher der Geschäftsführung im Klinikum Mittelbaden. Auf eigenen Wunsch wurde sein Vertrag vorzeitig beendet. Ab Februar 2025 wird er zweiter Geschäftsführer des Klinikums Worms.

Im Oktober findet ein Workshop zur LEGO Serious-Play-Methode (LSP) statt. Würden Sie bitte diese Methode etwas näher erläutern? Was ist das Ziel des Workshops?

Daniel Herke: Wir wollen gemeinsam herausarbeiten, was es braucht, um das Mentoring-Programm der AG Junger VKD erfolgreich zu machen. Mit der LEGO Serious-Play Methode kann eine Gruppe eine gemeinsame Vorstellung vom Zielbild und den erforderlichen Schritten zur Umsetzung erarbeiten. Dabei wird spielerisch auf dem Wissen und der Erfahrung der Teilnehmer aufgebaut.

Wie geht man dabei konkret vor?

Daniel Herke: Bei Workshops nach der LEGO Serious-Play-Methode werden Modelle gebaut – sowohl Einzelmodelle als auch Gruppenmodelle. Durch das Bauen und Besprechen dieser Modelle werden Kreativität und Innovation gefördert – das Hand-Hirn-Prinzip. Die Gruppe nähert sich dem Thema anders als sonst und findet dadurch auch andere Lösungen bzw. kann eine bessere Akzeptanz der Lösungen erreichen. Das hängt vom Ziel und dem Design des konkreten Workshops ab.

Gibt es verschiedene Möglichkeiten, diese Methode anzuwenden?

Daniel Herke: Jeder Coach entwickelt im Laufe der Zeit sein eigenes Vorgehen. Das Grundprinzip, die Nutzung der Lego-Bausteine, um mit Spaß der Kreativität Raum zu geben, bleibt jedoch immer das Gleiche.

Welche Probleme sind damit evtl. lösbar? Wofür ist die Methode besonders geeignet?

Daniel Herke: Sie eignet sich besonders dafür, ein gemeinsames Verständnis für Herausforderungen und Probleme herauszuarbeiten. Dass die Teilnehmer dabei über die Modelle und nicht über ihr "eigenes" Problem sprechen, erleichtert den Weg hin zu einer Lösung. Die Methode eignet sich auch sehr gut zur Verbesserung der Zusammenarbeit im Team sowie für Strategieentwicklung und Brainstorming.

Wie lange dauert es, bis man ein Ergebnis hat?

Daniel Herke: Das hängt von der Komplexität der Aufgabe ab. Wenn die Teilnehmer keine Vorkenntnisse von LSP haben, dauert es nach meiner Erfahrung im Regelfall maximal einen Tag mit der Gruppe.

Wie viele "Spieler" können daran teilnehmen?

Daniel Herke: Für mich sollten es höchstens 15 Teilnehmer sein. Bisher haben sich zehn Teilnehmer für den Workshop angemeldet. Eine gute Gruppengröße also. Größere Gruppen sind möglich, wenn man mit mehreren Trainern bzw. Unterstützern arbeitet.

Wie wird der Workshop ablaufen? Wird die Methode zunächst erklärt/demonstriert?

Daniel Herke: Zunächst wird an die Darstellung mit Lego herangeführt. Dann geht es an die konkrete Aufgabe. Dabei baut zunächst jeder Teilnehmer sein(e) Modell(e). Anschließend wird darüber gesprochen. Danach bauen die Teilnehmer ein Gruppenmodell das ebenfalls als Gruppenmodell besprochen wird.

Haben Sie selbst diese Methode bereits in der Praxis angewandt? Vielleicht können Sie auch sagen, für welches Problem/welche Fragestellung?

Daniel Herke: Wir haben im Rahmen unseres Strategieprojekts KMB 2025 – Klinikum Mittelbaden 2025 – die Methode angewandt. Schwerpunktmäßig ging es dabei um die Klärung der Erwartungshaltung und um Teambuilding.

Mehr zum Workshop und zu den Anmelde-möglichkeiten finden Sie auf der Homepage des VKD im Mitgliederbereich.

OPTIMISTISCHE S



SIGNALE

GUTE IDEEN

PROJEKTE

ÜBERNAHMEN

FUSIONSPLÄNE

NEUBAUPLÄNE





Mit der Zukunftsstrategie auf dem richtigen Weg

KOOPERATIONEN MIT ANDEREN KRANKENHÄUSERN DER REGION WERDEN FORCIERT

Der Freistaat Sachsen hat das Klinikum Chemnitz als Maximalversorger auch in seinem neuen Krankenhausplan festgeschrieben. Dieser wurde am 28. November 2023 im Kabinett beschlossen und ist zum 1. Januar 2024 in Kraft getreten. Mit den bereits beschlossenen Maßnahmen und der Zukunftsstrategie des Klinikums sieht man sich im Klinikum auf dem richtigen Weg.

Mit der Bestätigung als Maximalversorger steht das Klinikum auf einer Stufe mit den beiden Universitätskliniken in Dresden und Leipzig. Damit sei auch bestätigt, dass die medizinischen Leistungen weit über das Angebot von Schwerpunktversorgern hinausgehen heißt es in einer Pressemitteilung. Die dafür nötige technische und personelle Ausstattung erlaube Behandlungen nach höchsten Anforderungen und in besonderen Fachgebieten.

Neben der Versorgungsstufe legt der Krankenhausplan unter anderem die Zentren

im Freistaat fest, die besondere Aufgaben zusätzlich zur unmittelbaren Patientenversorgung übernehmen. Speziell fürs Klinikum Chemnitz ist festgeschrieben, dass es auch weiterhin im Onkologischen Centrum Chemnitz besondere überörtliche und krankenhaushübergreifende Managementaufgaben im Bereich der onkologischen Versorgung erbringt. Eine wichtige Neuerung hierbei ist die Anforderung, zur besseren Versorgung in Südwestsachsen mit dem onkologischen Zentrum des Heinrich-Braun-Klinikums in Zwickau zu kooperieren. Dasselbe gilt für das erstmals im Krankenhausplan ausgewiesene Traumazentrum, das künftig in Kooperation mit Zwickau betrieben wird.

Im neuen Krankenhausplan ist das Klinikum Chemnitz außerdem für spezialisierte Adipositasbehandlung sowie für Stammzell- und Knochenmarktransplantationen gelistet. Die Medizinische Berufsfachschule des Hauses ist als Ausbildungsstätte für sieben Ausbildungsrichtungen anerkannt.

Klinikum Chemnitz

Das Klinikum Chemnitz ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung. Das gemeinnützige Unternehmen verfügt über 1.735 Planbetten an drei Standorten in Chemnitz. Es ist damit das drittgrößte Krankenhaus Deutschlands in kommunaler Trägerschaft. In 25 Kliniken und Instituten wird an der ganzheitlichen und individuellen Betreuung der Patienten gearbeitet. Im Jahr 2023 wurden rund 67.300 Patienten voll- und teilstationär sowie etwa 75.000 Patienten ambulant behandelt. Derzeit sind im Klinikum sowie in den Tochter- und Beteiligungsunternehmen rund 7.100 Mitarbeiter beschäftigt. Die Klinikum Chemnitz gGmbH befindet sich im 100-prozentigen Eigentum der Stadt Chemnitz.

„Wir freuen uns über die Bestätigung als Krankenhaus der Maximalversorgung. Unsere Einordnung im Krankenhausplan zeigt uns, dass wir mit unseren bereits beschlossenen Maßnahmen und unserer Zukunftsstrategie auf dem richtigen Weg sind“, sagt Prof. Dr. Ralf Steinmeier, Medizinischer Geschäftsführer des Klinikums. „Schon seit rund einem Jahr forcieren wir die Kooperation mit den anderen Krankenhäusern in Südwestsachsen, um in Zeiten von Fachkräftemangel und Finanzierungslücken zum Wohle unser aller Patienten Infrastruktur und Kompetenzen gemeinsam zu nutzen“, so der Kaufmännische Geschäftsführer Martin Jonas. „Der Zuspruch zu unserer im September gegründeten Initiative Gesundheitsregion Südwestsachsen und die ersten daraus entstandenen Kooperationsverträge verdeutlichen, dass allen im Gesundheitswesen Agierenden klar ist, dass es künftig nur gemeinsam geht.“

Neubau als wichtiger Baustein der Strategie

Eines der größten Bauvorhaben des Klinikums Chemnitz seit Jahrzehnten ist der Neubau des Hauses 9. Die Baukosten für das vierstöckige Gebäude mit zwei Flügeln liegen bei rund 100 Millionen Euro, davon sind rund 64 Millionen Euro Fördermittel von Bund und Land. Die feierliche Übergabe des Hauses fand am 6.

August mit einem Festakt im Beisein von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach statt.

Bereits am 1. Juni konnten sich Interessierte den Neubau bei einem Tag der offenen Tür ansehen. Gezeigt wurde den rund 450 Gästen aus dem Flemminggebiet sowie Mitarbeitern und Geschäftspartnern des Klinikums das kurzchirurgische Zentrum, die Umbettung im OP-Bereich, Patientenzimmer und Behandlungs- und Eingriffsräume der Augenklinik. Es wurden dabei viele Fragen beantwortet. Einblicke in bereits gereinigte Bereiche wie den Zentral-OP wurden per Video ermöglicht.

Bald nach dem 1. Juni hatten die Umzüge der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kliniken und Ambulanzen der Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie, Augenheilkunde und HNO-Heilkunde begonnen, die ersten Patienten wurden aufgenommen.

Am 25. Juli dann fand die erste Operation im Neubau statt – eine Patientin erhielt eine Schulterprothese.

„Ich freue mich sehr, dass der OP-Betrieb im Neubau Haus 9 jetzt aufgenommen wurde und viele unserer Patienten in einem so modernen Gebäude auf höchstem medizinischem Niveau versorgt werden können. Allen unseren Mitarbeitenden wünsche ich viel Freude an



ihrem neuen Arbeitsplatz und erfolgreiche Operationen in den neuen Sälen“, sagte Prof. Dr. Ralf Steinmeier, Medizinischer Geschäftsführer des Klinikums Chemnitz.

Die OP-Säle im Neubau sind mit verschiedenster innovativer Technik ausgestattet. Ein mobiler C-Bogen mit 3D-Bildgebung zum Beispiel unterstützt Chirurgen während der Operation mit Röntgenbildern in Echtzeit, sodass eine präzisere Platzierung von Schrauben möglich ist. Auf einem großen Monitor an der Wand können alle Bilddaten – unter anderem vom mobilen C-Bogen – angezeigt werden. Durch die Vernetzung mit den anderen im OP installierten Monitoren kann sich der Chirurg die Bilddaten je nach Lage des Patienten so anzeigen lassen, dass er jederzeit die optimale Sicht behält. In der modernen Wirbelsäulenchirurgie und Orthopädie kommt diese Technologie zunehmend häufiger zum Einsatz.

Mehr Platz und Barrierefreiheit schafft auch die an der Decke der OP-Säle angebrachte Medienbrücke verglichen mit älterer Ausstattung. Als vollintegriertes medizinisches Versorgungssystem verfügt sie über sämtliche

Anschlüsse für Strom, medizinische Gase und Kommunikations- und Datentechnik. Zusätzlich ist in der Decke ein nach unten gerichtetes Lüftungssystem eingebaut.

„Der neue Zentral-OP ist mit allen Prozessketten einschließlich der logistischen Herausforderungen, unterschiedlichen Bereiche, Berufsgruppen und Abläufe in hochkomplexer Weise verzahnt. Für die tägliche Arbeit in unserem gut abgestimmten Team sind die kurzen Wege durch die Zentralisierung von großem Vorteil“, sagte Dr. Niklas Reimers, Leitender Oberarzt der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie.

Die aktuell 14 Operationssäle im Zentral-OP des Neubaus Haus 9 erstrecken sich in der 3. Etage auf einer Gesamtfläche von 1.260 Quadratmetern. Künftig arbeiten hier neben Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie die Kliniken für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie/Ästhetische und wiederherstellende Chirurgie, HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Neurochirurgie, Kinderchirurgie sowie die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie.

Klinikum Chemnitz

Kliniken investieren in Digitalisierung

GESUNDHEITSVERSORGUNG DER REGION WIRD MODERNER UND EFFIZIENTER

Das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) hat der Trägergesellschaft der Kliniken Aurich-Emden-Norden bedeutende Investitionen in die Digitalisierung ermöglicht. Mit einer Vielzahl von IT-Maßnahmen stellen die Kliniken die Gesundheitsversorgung der Region moderner und effizienter auf.

„Die Relevanz von IT-Infrastruktur und Digitalisierung im Krankenhaus liegt in der Verbesserung der Patientenversorgung und der Effizienzsteigerung“, erklärt Jochen Fleßner, Leiter der IT-Abteilung der Kliniken Aurich, Emden und Norden. „Durch digitale Technologien können Daten nahtlos ausgetauscht und so Arbeitsprozesse optimiert werden.“

Kurzer Draht zwischen Rettungsdienst und Notaufnahme

Blutdruck, Puls, EKG – solche Daten benötigen Ärzte der Kliniken von Notfallpatienten. Jede Minute zählt, doch in der Regel treffen die Daten des Patienten erst mit seiner Ankunft im Krankenhaus ein. Deshalb haben die Kliniken in Kooperation mit den Rettungsdiensten des Landkreises Aurich und der Stadt Emden das Rettungssystem im Rahmen der KHZG-Förderung optimiert, um einen früheren Datenaustausch zu ermöglichen. Direkt aus dem Rettungswagen können die Kliniken über das System EKG-Daten, das Rettungsdienstprotokoll mit den wichtigen Vitalwerten und Fotografien empfangen. Der Rettungsdienst entscheidet, welche Daten er dem Krankenhaus bereitstellt. Alle Dokumente werden von den Krankenhausärzten importiert und dabei automatisch in die elektronische Patientenakte gespeichert, sodass sie jederzeit digital zur

Verfügung stehen. So kann für neue Patienten bereits vorab eine Übersicht erstellt werden und bei bekannten Patienten erfolgt eine rasche Zuordnung.

Spezialisierte Arbeitsoberflächen im Datenmanagement

Arbeitserleichterung verschafft ein neues Modul im Patientendatenmanagement auch den Ambulanzen der Kliniken. Aber nicht nur die Ambulanzen erhalten eigene Arbeitsoberflächen. Auch für die OP- und Bettenplanung, das Entlassmanagement, die Pflegeorganisation, die onkologische Dokumentation und das Tumorboard sowie für Medikationspläne stehen nun spezialisierte und verbesserte Module vor der Einführung. Darüber hinaus wird die Bearbeitung von Formularen dank der IT-Innovationen einfacher. Mit einem digitalen „Signing Pad“ können Patienten ihre Einverständniserklärungen und ähnliche wichtige Dokumente demnächst digital unterschreiben, sodass die Unterschrift ohne Verzögerung in der elektronischen Patientenakte hinterlegt wird.

Neue IT-Infrastruktur ermöglicht Innovationen

Durch die neuen Systeme entsteht eine erhebliche Menge von Datenströmen. Hierfür musste zunächst eine IT-Infrastruktur geschaffen werden, die diesen standhält. Dank umfangreicher Hardwareerweiterungen, einem Ausbau der Netzwerkinfrastruktur sowie einem neuen Backup-Server sind die Systeme der Kliniken bereit, die Potentiale, die in den

Kliniken Aurich-Emden-Norden

ANEVITA steht für die Trägergesellschaft Kliniken Aurich-Emden-Norden mbH. Dazu gehören die Ubbo-Emmius-Kliniken in Aurich und Norden und das Klinikum Emden. Die Kliniken bilden einen starken Verbund für die Region Ostfriesland. Gemeinsam sichern sie die stationäre medizinische Versorgung für den Landkreis Aurich und die Stadt Emden.

Digitalisierungsprojekten stecken, umzusetzen. Gesichert wird das Ganze über moderne Firewall- und Cybersicherheitssysteme.

„Die neue IT-Infrastruktur ermöglicht noch viele weitere digitale Optimierungen, die wir für die nahe Zukunft planen“, berichtet Geschäftsführer Dirk Balster. „Dabei steht vor allem die Vernetzung von medizinischen Geräten mit digitalen Anwendungen zur Prozessoptimierung im Fokus.“ So sollen bald medizinische Geräte direkt Vitaldaten von Patienten in das elektronische Patientendatenmanagementsystem übertragen können.

Trägergesellschaft Kliniken Aurich-Emden-Norden



Luftaufnahme UEK Aurich
© www.anevita.de



Haupteingang der UEK Norden
© www.anevita.de



Außenaufnahme Klinikum Emden
© www.anevita.de



Anästhesie am Uniklinikum Dresden verzichtet auf klimabelastendes Narkosegas.

Anästhesie verzichtet auf klimabelastendes Narkosegas

UNIKLINIKUM SETZT IN VIELFÄLTIGEN PROJEKTEN AUF
UMWELTSCHUTZ – AUCH ABSEITS DER PATIENTENVERSORGUNG

Seit kurzer Zeit verzichtet das Team der Anästhesie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden auf den Einsatz des Narkosegases Desfluran. Künftig kommt nur noch Sevofluran zum Einsatz. Die Gründe hierfür liegen vor allem in der im Vergleich zu Sevofluran schlechteren Klimabilanz von Desfluran.

„Wir machen damit einen bewussten Schritt hin zu noch mehr Klimaverträglichkeit und Nachhaltigkeit. Beide Themen sind auch in der Medizin und Patientenversorgung relevant, wie das Beispiel zeigt. Dabei ist uns wichtig, zu betonen, dass sich für die Patientinnen und Patienten keinerlei Nachteile aus dem Wechsel des Narkosegases ergeben werden“, sagt Peter Spieth, Professor für Anästhesiologie und Intensivtherapie mit dem Schwerpunkt differenzierte Lungenunterstützung aus der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie.

„Schon seit vielen Jahren verzichten wir in der Anästhesie zudem auf das klimaschädliche Lachgas und setzen als

Inhalationsanästhetikum ausschließlich Sevofluran ein. In vielen Fällen verzichten wir ganz auf die Narkosegase und steuern die Anästhesie über intravenöse Medikamente“, ergänzt Prof. Thea Koch, Direktorin der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie am Uniklinikum.

Das Narkosegas Desfluran hat im Vergleich mit anderen Inhalationsanästhetika die schlechteste Klimabilanz. Es wird in der Umwelt nur langsam abgebaut, sein Treibhauspotenzial ist um Vielfaches höher. Dennoch ist der Einsatz von Desfluran in vielen Kliniken noch verbreitet.

„Nachhaltigkeit ist auch für uns als Klinikum der Maximalversorgung ein wichtiges Thema. In vielfältigen Projekten und Aktionen bemühen wir uns, hier voranzukommen – zum Beispiel, wenn es um die Mülltrennung oder den Stromverbrauch geht. Dabei haben Hygiene und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten stets oberste Priorität“, sagt Prof. Michael Albrecht, Medizinischer Vorstand am Uniklinikum.

Bei Inhalationsanästhetika haben Medizinerinnen und Mediziner den Blick auf die Aufwachzeiten sowie die Aufenthalte im Aufwachraum der operierten Menschen. Eine Verlängerung der Zeiten beim Einsatz von Sevofluran konnte nicht festgestellt werden, weswegen sich das Klinikum für den Einsatz des Gases entschieden hat.

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. und der Berufsverband Deutscher Anästhesisten e. V. sprechen sich ebenfalls klar für Sevofluran aus. „Die Verwendung von Desfluran sollte Fällen vorbehalten bleiben, in denen es medizinisch dringend erforderlich erscheint. Von allen handelsüblichen, volatilen Anästhetika hat Sevofluran das geringste Treibhauspotenzial“, heißt es in den Empfehlungen. Angegeben wird dies im sogenannten Global Warming Potential oder Treibhauspotenzial, das den stoffspezifischen Treibhauseffekt im Vergleich zum Referenzgas CO₂ über einen gewissen Zeitraum angibt. Für einen Zeitraum von 100 Jahren liegt dieser Wert für Desfluran mit 2.540 um ein Vielfaches höher als das Treibhauspotenzial von Sevofluran (130). Noch eindrücklicher ist der Blick auf die Emissionen durch eine sechsstündige

inhalative Allgemeinanästhesie umgerechnet in zurückgelegten Autokilometern: Bei einer Höchstdosis von Desfluran von fünf Litern pro Minute kommen dabei über 9.000 Kilometer zusammen. Der Vergleichswert von Sevofluran liegt bei 180 Kilometern (Quelle: Positionspapier mit konkreten Handlungsempfehlungen der DGA und des BDA: Ökologische Nachhaltigkeit in der Anästhesiologie und Intensivmedizin).

Carus Green für eine nachhaltige Hochschulmedizin

Die klinikumseigene Umweltinitiative Carus Green setzt seit mehr als elf Jahren immer wieder neue Impulse, um das Klinikum in seiner Ausrichtung zu unterstützen. Mit Hilfe von Mitarbeitenden werden Vorschläge erarbeitet, Projekte initiiert und umgesetzt. So etwa die Aktion „Mein Baum – Mein Dresden“, in deren Rahmen 140 neue Sträucher auf dem Campus gepflanzt wurden. Der Fuhrpark des Klinikums ist inzwischen auf 15 vollelektrische Fahrzeuge angewachsen – das entspricht einem Fünftel aller Fahrzeuge.

Immer mehr Mitarbeitende werden durch die Projekte und die Informationsvermittlung für die Themen Umwelt- und Klimaschutz sowie Nachhaltigkeit sensibilisiert. Ziel ist es, das Engagement zum umweltbewussten Verhalten im Klinikum weiter zu fördern.

Kreiskrankenhaus Frankenberg und Stadtkrankenhaus Korbach gGmbH

Das Kreiskrankenhaus Frankenberg ist ein modernes Akutkrankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 223 Planbetten und sieben chefarztgeführten Fachkliniken. Jährlich werden hier rund 30.000 Patienten ambulant und stationär von mehr als 550 Mitarbeitern behandelt. Das Krankenhaus verfügt über sieben chefarztgeführte Kliniken. Im regionalen Gesundheitszentrum Stadtkrankenhaus Korbach werden jährlich etwa 11.000 stationäre und 17.000 ambulante Patienten behandelt. Das Haus steht für wohnortnahe Versorgung in höchster Qualität.

Klinik-Fusion auf Augenhöhe geplant

ARBEIT AN EINER GEMEINSAMEN STRATEGIE FÜR ZWEI KRANKENHÄUSER

Der Landkreis Waldeck-Frankenberg und die Stadt Korbach arbeiten an einer gemeinsamen Strategie für die Krankenhäuser in Frankenberg und Korbach. Ziel der möglichen Fusion ist es, beide Standorte so zu gestalten, dass sie auch künftig die bestmögliche Gesundheitsversorgung anbieten können.

Bei steigenden Kosten, sinkender Investitionsförderung, akutem Fachkräftemangel und angesichts der geplanten bundesweiten Krankenhausreform können das die Häuser künftig nicht mehr allein schaffen. Um einen Abbau des medizinischen Angebots in Waldeck-Frankenberg zu verhindern, ist eine strukturierte Zusammenarbeit der Krankenhäuser unumgänglich.

Gemeinsam bessere Zukunftsperspektiven, als allein

„Wir möchten in Waldeck-Frankenberg beste strukturelle Voraussetzungen schaffen, um vom Land Hessen auch künftig Versorgungsaufträge für ein möglichst breites

Behandlungsspektrum zugewiesen zu bekommen“, sagt Landrat Jürgen van der Horst. „Die Kooperation beider Kliniken als ein Haus an zwei Standorten kann die Chance für spezielle Leistungsgruppen deutlich erhöhen. Denn: Je mehr Gruppen, desto vielfältiger ist die Versorgungsqualität. Als gemeinsames Haus haben wir hier deutlich bessere Voraussetzungen als allein.“ Beide Häuser böten bereits jetzt ein umfangreiches medizinisches Versorgungsangebot der Grund- und Regel- sowie Notfallversorgung an.

Herzpatienten werden in Frankenberg weiterhin versorgt

So profitiert das Kreiskrankenhaus in Frankenberg – auch nach dem Chefarztwechsel in der Inneren Medizin – von einer guten Versorgungsqualität. „Die Behandlung herzkranker Patienten ist mit der Expertise unseres neuen Chefarztes und des erfahrenen Klinikteams bei uns weiterhin möglich“, sagt die Geschäftsführerin der Kreisklinik Margarete Janson. Die Abteilung für Innere Medizin wurde viele Jahre

durch einen Chefarzt und zuletzt eine Chefärztin – beide Internisten mit kardiologischem Schwerpunkt – geleitet. Eine Fachabteilung Kardiologie hat es im Kreiskrankenhaus laut Krankenhausplan des Landes Hessen noch nie gegeben. „Auch nach dem Wechsel im April ist die Abteilung Innere Medizin mit einem Internisten besetzt, der über die zusätzlichen Schwerpunkte Nephrologie und Palliativmedizin verfügt und seit über 10 Jahren chefärztlich tätig war.“ Am Versorgungsangebot ändert sich nichts.

Patienten werden wie bisher fachkundig behandelt

„Patienten mit kardiologischen Erkrankungen, wie beispielsweise Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck oder koronaren Herzerkrankungen werden in gleichem Umfang wie bisher bei uns fachkundig betreut und behandelt“, sagt Chefarzt Privatdozent Dr. Matthias Klingele, der die Abteilung für Innere Medizin am Kreiskrankenhaus seit dem 1. April leitet. „Die Grundversorgung solcher Erkrankungen gehört zur fachlichen Ausbildung eines jeden Internisten. Patientinnen und Patienten dürfen unbesorgt sein. Wir können auch Notfälle weiterhin optimal versorgen. In komplizierteren Fällen arbeiten wir eng mit

Fachkliniken wie dem Universitätsklinikum in Marburg zusammen.“ Zudem könnten durch die Fusion mit dem Stadtkrankenhaus Korbach auch die kardiologischen Versorgungsstrukturen für den Südkreis noch weiter gestärkt werden.

Diese bedarfsgerechte Versorgung in möglichst vielen Fachdisziplinen wird auch bei der Krankenhaus-Fusion unter dem Dach des Landkreises Waldeck-Frankenberg nach wie vor oberste Priorität haben. Die Kliniken sollen beide fit gemacht werden für die Zukunft – auch und vor allem unter den Auswirkungen der bundesweiten Krankenhausreform. Auch das Land Hessen, das die Krankenhaus-Fachplanung innehat, setzt auf Kooperationsmodelle wie das angedachte für Korbach und Frankenberg. „Bei der Verschmelzung ist uns eine Fusion beider Häuser auf Augenhöhe und unter Einbeziehung der Personalvertretungen wichtig. Kein Haus soll bevorteilt oder benachteiligt werden. Es geht uns um die Sache: Eine bestmögliche medizinische Versorgung der Menschen im gesamten Landkreis“, unterstreicht Landrat Jürgen van der Horst nochmals.

Landkreis Waldeck-Frankenberg



VIDEO-PODCAST UND WAS ES MIT DEM GEHEIMNIS DER PFLEGEMAXIME AUF SICH HAT

Pünktlich zum Internationalen Tag der Pflege am 12. Mai 2024 ging der neue Video-Podcast „Gute Nachtschicht-Geschichten – das Geheimnis der Pflegemaxime“ des Schwarzwald-Baar Klinikums an den Start. Im Podcast erzählen Pflegefachkräfte des Klinikums ihre Geschichten rund um beeindruckende, spannende und skurrile Erlebnisse im Pflegealltag. Es geht um Profession, Wissen, Vertrauen und Mut. Und die Zuschauer beziehungsweise Hörer erfahren, was es mit dem Geheimnis der Pflegemaxime im Schwarzwald-Baar Klinikum auf sich hat. Die Staffel beinhaltet vier etwa zwanzigminütige Folgen.

„Unsere Pflegefachkräfte erzählen tatsächlich erlebte Geschichten und ermöglichen auf diese Weise besondere Einblicke, die man sonst als Außenstehender kaum bekommt“, erklärt Arne Holthuis, Leitender Pflegedirektor des Schwarzwald-Baar Klinikums Villingen-Schwenningen. „Es ist gleichermaßen spannend wie beeindruckend, was in einer Schicht alles passieren kann und was alles dazugehört: mit welchen Herausforderungen

Pflegefachkräfte im Klinikalltag umgehen und welche Rolle sie selbst dabei spielen.“

Spannende Inhalte des Video-Podcasts

In den vier Folgen ist allerhand los: Pflegefachkraft Andrea betreut monatelang einen Komapatienten und ist schließlich davon überzeugt, dass er es nicht geschafft hat – aber als sie eines Morgens in sein Zimmer kommt, erlebt sie eine Überraschung. Sarah arbeitet in der Notaufnahme und versorgt eine Patientin mit scheinbar harmlosen Symptomen, aber plötzlich geht es um Leben und Tod. Und Lisa hat mit einem kleinen Jungen zu tun, der mit dem Rettungshubschrauber eingeliefert wurde. Schnell wird klar, dass ihr nicht nur der kleine Patient einiges abverlangt, sondern auch der gestresste und besorgte Vater zur Geduldsprobe wird. Und Marion nimmt einen Patienten für eine Nierenoperation in Empfang – eigentlich ein Routineeingriff. Als die Situation eskaliert, ist Marion mittendrin.



Die Protagonistinnen der Video-Podcast-Folgen



Bei den Dreharbeiten zum Video-Podcast auf einer der Stationen im Schwarzwald-Baar Klinikum bekommt Moderator Louis einen Eindruck von den Erlebnissen der Pflegefachkräfte

Das Geheimnis der Pflegemaxime

Was es mit dem „Geheimnis der Pflegemaxime“ auf sich hat, erläutert Sandra Adams, Pressesprecherin und Leiterin Unternehmenskommunikation und Marketing des Schwarzwald-Baar Klinikums: „Wir beschäftigen uns im Schwarzwald-Baar Klinikum im Rahmen unseres Markenentwicklungsprozesses seit einigen Jahren intensiv mit Themen rund um Identität und Werte. Was macht uns aus, für was stehen wir?“, erzählt Adams. „Im Mittelpunkt stehen unsere Werte rund um Kompetenz, Vertrauen und Verantwortung, Gemeinschaft, Respekt und Klarheit.“ Auch das Thema Employer Branding ist in diesem Zusammenhang wichtig, unter anderem steht die Berufsgruppe der Pflege im Fokus.

„Wir haben gefragt: Wie sieht unser Selbstverständnis in der Pflege aus? Wie verstehen wir Pflege? Welche Rolle spielt jede Fachkraft dabei?“, so Adams. „Eine unserer Pflegefachkräfte, die sich Gedanken zu ihrem Beruf gemacht hatte, brachte es während einer Veranstaltung auf den Punkt, als sie sagte: ‚Pflege ist Profession, Pflege ist Wissen, Pflege ist Vertrauen und Pflege ist Mut‘“, berichtet Adams. „Mit diesen Aussagen haben wir in internen Gesprächsrunden weitergearbeitet und miteinander das entwickelt, was als ‚Pflegethema‘ im Haus bekannt wurde.“ So ist eine Art Leitspruch für die Pflegeexperten im Schwarzwald-Baar Klinikum entstanden, der das Selbstverständnis zum Ausdruck bringt, etwas über die Rolle der Pflegekräfte aussagt und nicht zuletzt inspirierend und motivierend wirken soll.

Die Kampagne

Was anfangs ein vor allem internes Projekt war, sollte im Rahmen einer Kampagne auch nach außen getragen werden. „Für eine mögliche Kampagne haben wir bewusst einen wertebasierten Ansatz gewählt, der Identifikation ermöglichen und Interesse wecken soll“, erklärt Adams. „Konkret steht die Kompetenz der Pflegefachkräfte im Mittelpunkt – die Profession als

solche ebenso wie das Wissen jedes einzelnen. Nicht zuletzt mit einer selbstbewussten Haltung. So wurde die Idee für den Video-Podcast entwickelt: Denn wer könnte besser den glaubwürdigen ‚Beweis‘ antreten und die Werte erlebbar machen, als unsere eigenen Pflegefachkräfte mit ihren tatsächlich erlebten Geschichten?“ So sind die Gute-Nachtschicht-Geschichten rund um Profession, Wissen, Vertrauen und Mut im Schwarzwald-Baar Klinikum entstanden.

Schwarzwald-Baar Klinikum

Das Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg und ein zukunftsorientiertes Krankenhaus der Zentralversorgung. Es gehört zu den zehn größten nicht universitären Kliniken in Baden-Württemberg und zu den 80 größten Kliniken in Deutschland. Die Einrichtung mit insgesamt rund 3.300 Mitarbeitern und 1.000 Betten versorgt jährlich etwa 50.000 Patienten stationär und circa 160.000 Patienten ambulant. Das Krankenhaus hat sich – zwischen den beiden Universitätskliniken Tübingen (im Osten) und Freiburg (im Westen) – zum leistungsstärksten Klinikum der Region entwickelt: Mit 25 hoch spezialisierten Fachabteilungen und zwei Belegabteilungen bietet die Einrichtung an den beiden Standorten Villingen-Schwenningen und Donaueschingen ein Leistungsspektrum vergleichbar der Maximalversorgung.



Arne Holthuis, Leitender Pflegedirektor



Sandra Adams, Pressesprecherin,
Leiterin Unternehmenskommunikation
und Marketing

Beim Video-Podcast ist es nicht geblieben. Das Schwarzwald-Baar Klinikum flankiert den Podcast mit einer Landing-Page im Netz, mit Online-Marketing-Maßnahmen und Social-Media-Aktivitäten ebenso wie mit einem Kinospot und beispielsweise Bus- und Großflächenwerbung.

„Die Arbeit als Pflegefachkraft hat es in sich“, meint Adams. „Nicht verwunderlich, dass es während der Produktionsphase neben viel Spaß auch emotionale Momente gab. Schön war es, zu erleben, mit welcher Begeisterung und Überzeugung unsere vier Protagonistinnen über ihre Aufgaben und ihre Rolle gesprochen haben – das war für alle Beteiligten wirklich beeindruckend.“

YouTube, Podcast-Apps und Landingpage

Zu finden sind die Video-Podcast-Folgen beispielsweise auf YouTube, in den gängigen Podcast-Apps oder auf der Podcast-Website www.gute-nachtschicht-geschichten.de. Auf der Website gibt es Wissenswertes zum Video-Podcast „Gute-Nachtschicht-Geschichten“ und zur Pflegemaxime des Schwarzwald-Baar Klinikums. Vertiefende Informationen sind außerdem auf der Homepage des Klinikums (www.sbk-vs.de) verfügbar.



Das neuartige Fluggerät, ein so genanntes eVTOL, wurde von der entwickelnden Firma ERC-System in Taufkirchen präsentiert

Innovation im medizinischen Transportwesen

ELEKTRISCH BETRIEBENES FLUGGERÄT (EVTOL) FÜR SCHNELLEN UND KOSTENGÜNSTIGEN KRANKENTRANSPORT VORGESTELLT

Die Einführung eines neuartigen „Flugtaxis“ für den Transport von Patienten ist für 2029 geplant. Vorgestellt wurde das speziell für den Patienten- und Verletztentransport von der ERC System GmbH (Taufkirchen) entwickelte eVTOL erstmals am 3. Juli. Bei dem eVTOL (electric Vertical Take-off and Landing Aircraft) handelt es sich um ein rein elektrisch betriebenes Fluggerät, das senkrecht starten und landen kann. Die von ERC entwickelten medizinischen eVTOLs ermöglichen zukünftig sowohl den Transport von Patientinnen und Patienten zwischen verschiedenen Kliniken als auch die Erstversorgung von Verletzten.

Die praktische Erprobung des eVTOL findet in der Gesundheitsregionplus Unterallgäu-Memmingen statt. Im Beisein der Bayerischen Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention, Judith Gerlach, von Staatsminister a. D. Klaus Holetschek MdL, Memmings Oberbürgermeister Jan Rothenbacher und Landrat Alex Eder stellte das Unternehmen im

Juli dieses Jahres einen Demonstrator vor, der ab dem Jahr 2029 am Markt eingeführt werden soll. Mit einem Kabinenvolumen, das auch die notärztliche Patientenversorgung während des Flugs ermöglicht, einer möglichen Ladekapazität von 450 kg und einer Reichweite von rund 190 km dient das eVTOL als Ergänzung bestehender Transportkapazitäten mit Helikoptern.

Um den Einsatz ihrer Fluggeräte praxisnah zu testen, hat ERC bereits Absichtserklärungen mit der Gesundheitsregionplus Unterallgäu-Memmingen sowie mit der DRF Luftrettung als einer der führenden Luftrettungsorganisationen in Europa unterzeichnet. Im Rahmen dieses Pilotprojekts soll die Entwicklung, Zulassung und Erprobung des Fluggeräts weiter vorangetrieben werden.

Um die medizinische Ausstattung der eVTOLs optimal zu gestalten, kooperiert ERC zudem mit der Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München.

Bayerns Gesundheitsministerin Judith Gerlach betonte: „Insgesondere in ländlichen Bereichen kommt dem schnellen und effizienten Transport von Kranken und Verletzten eine entscheidende Bedeutung zu. Innovative Luftrettungssysteme könnten hier die bestehende Versorgung mit Krankenwagen und Rettungshubschrauber künftig ergänzen.“

Dr. David Löbl (CEO, ERC-System GmbH): „Durch eine abnehmende Krankenhausdichte und steigende Entfernungen zwischen medizinischen Einrichtungen stehen Rettungsdienste zunehmend vor einem Dilemma: Herkömmliche Rettungswagen sind oft zu langsam, schnelle Helikopterflüge allerdings mit hohen Kosten und Lärm verbunden. Die von ERC entwickelten eVTOLs bieten hierfür eine effiziente Lösung und sind eine ideale Ergänzung für vorhandene Transportkapazitäten

mit Helikoptern. Im Vergleich zu Rettungswagen sind sie dreimal schneller und dreimal kostengünstiger als ein Helikopter.“

Prof. Dr. Peter Biberthaler (Direktor Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie, Klinikum rechts der Isar/Technische Universität München): „Der Faktor Zeit spielt bei der qualitativen Versorgung von Notfallpatienten eine überragende Rolle. Bereits kurze Zeitspannen können im Ernstfall über Leben und Tod von schwer verletzten Patienten entscheiden. Besondere Bedeutung gewinnt dies durch die erhebliche Zunahme von Interhospitaltransporten (Sekundäreinsätze) durch die wachsende Spezialisierung der medizinischen Technologie und damit zusammenhängend des medizinischen Personals.“

Alexandra Wehr/Pressestelle Stadt Memmingen



Die Kabine des eVTOL bietet Platz für einen liegenden Patienten, medizinisches Personal und notwendige Ausstattung



Das eVTOL



Bei der Präsentation des medizinischen eVTOL (v. l.): Michael Birk (Stadt Memmingen, Lenkungsbeirat Modellregion), Prof. Dr. Rudolf Schwarz (Vorsitzender der Geschäftsführung IABG), Dr. David Löbl (CEO ERC-System), Landrat Alex Eder, Gesundheitsministerin Judith Gerlach, Fraktionsvorsitzender Klaus Holetschek MdL, Oberbürgermeister Jan Rothenbacher, Dr. Rupert Grashey (Klinikum Memmingen, Lenkungsbeirat Modellregion), Nicola Galm (Gesundheitsregionplus Unterallgäu-Memmingen, Lenkungsbeirat Modellregion) und Stefan Drexel (Landkreis Unterallgäu, Lenkungsbeirat Modellregion)

Impressum

Herausgeber

Verband der Krankenhausdirektoren
Deutschlands e. V.

Geschäftsstelle

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

Redaktion

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

Alle Interviews

Angelika Volk

Layout und Satz

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

Abbildungen

Titel: Jiw Ingka – stock.adobe.com
stock.adobe.com

Redaktionsschluss

30. Juli 2024

ISBN: 978-3-9824997-3-4

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

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

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



HOCHSCHULE OSNABRÜCK

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



**Jetzt
informieren!**

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

Wir bilden Ihre Nachwuchsführungskräfte von morgen aus.

Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen B.A. (Vollzeit)

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

Pflegemanagement B.A. (berufsbegleitend)

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

Management in der Gesundheitsversorgung M.A. (Vollzeit)

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

Gesundheitsmanagement/Health Management MBA (berufsbegleitend)

- Weiterqualifikation für Managementaufgaben in Gesundheitseinrichtungen
- Interdisziplinäre Studiengruppen
- kostenpflichtig



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



Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands e. V.

121 Jahre

... und kein bisschen leise!

Gründungstag: 5. Juli 1903

Gründungsort: Dresden