



Topthema

Kontemporäre Gesundheitsbauten

Vom „Betonklotz“ zur lebendigen Versorgungslandschaft

16 Pflege geht alle an
Warum zukunftsichere Pflege
ein soziales Miteinander braucht

44 Wäscheversorgung
Einsparpotenziale mit textilem
Controlling heben

66 Energieversorgung
Wie Einrichtungen Engpässe
nachhaltig überstehen

Editorial

Raum fürs Menschsein

Ich erspare Ihnen heute den Blick auf die unterschiedlichen Baustellen in unserem Gesundheitssystem. Davon liest man in diesen Tagen genug. Viel produktiver und damit auch zufriedener ist es, sich auf Handlungsmöglichkeiten zu konzentrieren. Viele Akteurinnen und Akteure der Gesundheitswirtschaft machen das bereits und das stimmt insgesamt hoffnungsvoll. Doch die Unsicherheit bleibt und damit auch die Befürchtung, Dr. Henrik Matthies, ehemaliger Managing Director des Health Innovation Hub, jetzt CEO und Co-Funder von Honic, könnte mit seiner Einschätzung recht behalten: „Den großen Wurf kann und wird es nicht geben. Dafür ist das deutsche Gesundheitswesen viel zu komplex“. Doch dann erlebt man die Branche auf Events wie dem Hauptstadtkongress im Juni in Berlin (s. Seite 12 ff.) und stellt fest, dass diese Komplexität nicht gescheut wird. Ganz im Gegenteil, es wird hinterfragt, diskutiert, kritisiert und das Udenkbare gedacht, um in den Worten von Gesundheitsunternehmer Prof. Heinz Lohmann zu sprechen. Das bisher Udenkbare wird an vielen Stellen sogar schon gelebt. Besonders anschaulich wird das im kontemporären Gesundheitsbau. Diesem widmen wir das Topthema der vorliegenden Ausgabe. In den Waldkliniken Eisenberg (s. Seite 28 ff.) werden „die Dinge einfach einmal anders gemacht“, wie mir David-Ruben Thies, Geschäftsführer der Waldkliniken Eisenberg, im Gespräch erzählt hat. Bei der Gestaltung des Gebäudes wurde auf die Abbildung von Achtsamkeit und Wertschätzung gegenüber den Menschen, die dort „Gäste“ oder Mitarbeitende sind, geachtet. Sie und ihre Bedürfnisse sollen auch am neuen Campus Großhadern im Zentrum stehen. Dort soll eine „grüne Krankenhausstadt“ (s. Seite 32 ff.) entstehen, die neben

medizinischer Exzellenz, Raum für das Menschsein schafft. Dieses Menschsein hilft uns übrigens auch angesichts der Ungewissheit. Denn wir besitzen eine „hohe Adaptionfähigkeit (..) – wir müssen sie nur wieder neu entdecken“, sagt Zukunftsforscher Harry Gatterer.

Entscheidend sei das Zusammenspiel von Flexibilität und Stabilität im Denken und Handeln. Beides brauchen wir jetzt dringend.

Ihre



bianca.flachenecker@holzmann-medien.de

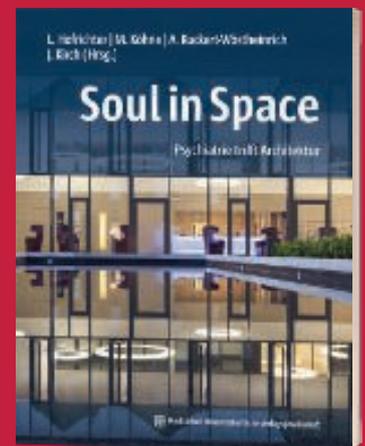
Bild: Katrin Rohde

Wissen ist Zukunft.



Sonderpreis
bis zum
20. September
sichern!

Sommer 2022
900 Seiten
199,95€



Sommer 2022
255 Seiten
79,95€



Herbst 2022
200 Seiten
59,95€



Medizinisch
Wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft

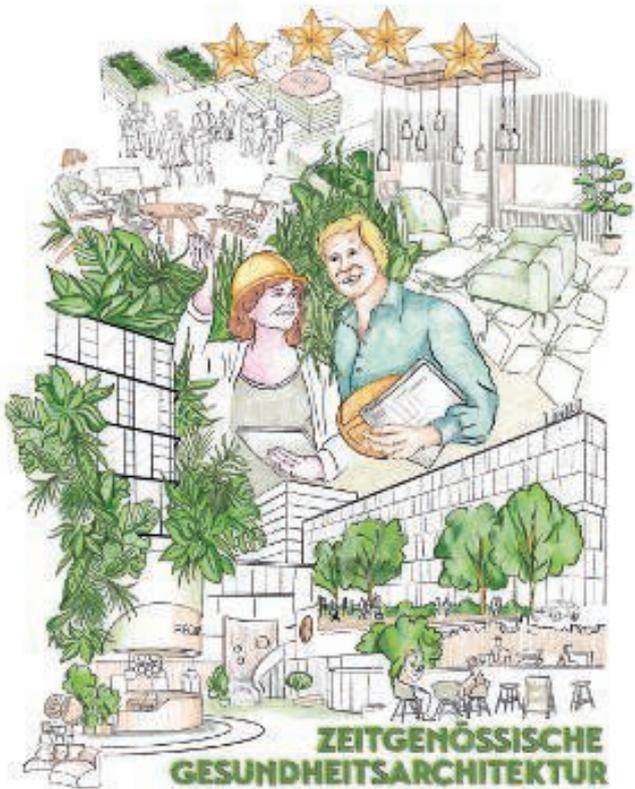
www.mwv-berlin.de

Inhalt

Ausgabe 5/2022

Topthema

Kontemporäre Gesundheitsbauten



- 28 Interview mit David-Ruben Thies: „Tausend Momente der Achtsamkeit“
Bianca Flachenecker
- 32 LMU Klinikum am Campus Großhadern: Gesundheitsstadt mit „grünem Herzen“
Julian Weyer
- 36 Sensortechnik: Bodensensoren in die Fläche gebracht
Kerstin Engelbrecht
- 38 Healthcare Design Guide: Die richtige Farbe in Heim und Haus holen
Boris Ulrich
- 40 Neubau und Sanierung: Digitalisierung bedenken
Stefan Meyer
- 42 Klima- und Energieversorgungskonzepte der Zukunft: Dekarbonisierung in Healthcare-Gebäuden
Dipl. Ing. Jochen Lam, Dipl. Ing. Helmut Meyer

Bitte beachten Sie in dieser Ausgabe die Teilbeilage der Fachvereinigung Krankenhaustechnik e.V. (FKT) sowie die Teilbeilage von WISO S.E.

Aktuelles

- 8 News
- 12 Hauptstadtkongress 2022: Versorgung gestalten und netzwerken
Bianca Flachenecker



Die Macherinnen und Macher des Hauptstadtkongresses 2022 auf einer Bühne.

Politik & Wirtschaft

- 16 Pflege und Gesellschaft: Pflege geht alle an
Vera Lux

International

- 18 Amerikanische Krankenhausvertretung in Deutschland: „Auf einem guten Weg“
Michael Reiter

Führung & Management

- 21 Fahrradleasing bei den Schön Kliniken: Das Rad als „Bindungstool“
Malin Auras
- 22 Interview mit Prof. Dr. Henriette Neumeyer: „Wir brauchen einen flexiblen Geist“
Bianca Flachenecker



Prof. Neumeyer ist seit 1. Juni 2022 stellvertretende Vorstandsvorsitzende der DKG.

- 24 InPak-Kolumne: Auswahl ohne Wahl?
Petra Schubert
- 25 DEKRA-Expertentipp: Mit Methode gegen psychische Belastungen
Dr. Karin Müller

Finanzen & Controlling

- 44** | Wäscheversorgung in Zahlen: Chance – textiles Controlling
Eva Schubert
- 46** | Krankenhaus Controller-Tag: Schulterchluss mit der Pflege gefordert
Michael Reiter

Digitalisierung & IT

- 48** | Telehealth-Services: Facharzt-Rundumbetreuung
David Barg
- 49** | Kommentar: „The patient will see you now“
Prof. Dr. David Matusiewicz
- 52** | Multimedia: Patienteninfotainment am Point of Care
Christian Leffler

Recht

- 54** | Hinweisgeberschutzgesetz: Whistleblowing im Krankenhaus
Anna Stenger
- 55** | Compliance-Kolumne: Vorsicht bei Kaufverträgen
Dr. Tobias Weimer
- 56** | Qualitätssicherung: Das gilt bei MD-Kontrollen
Ines Martenstein
- 57** | Recht kommentiert: European Health Data Space – Verordnungsentwurf
Dr. Tim Schwarz

Nachhaltigkeit

- 58** | Nachhaltigkeitsstrategie: Wie sinnvolle Quick Wins unterstützen können
Clara Kleine

Einkauf & Logistik

- 60** | Nachhaltigkeit priorisieren: Einkauf – dem „schwarzen Schwan“ Paroli bieten
Michael Reiter

Die FKT informiert

- 62** | Interview: Nachhaltiger Fortschritt – was brauchen Kliniken?
Maria Thalmayr
- 64** | Klinikneubau in Lörrach: Flexibel bis zur Schlüsselübergabe
Maria Thalmayr

Gebäude & Energie

- 66** | Versorgungssicherheit: Energieengpässe nachhaltig überstehen
Thomas Schumacher



Die drohenden Engpässe in der Gasversorgung stellen Gesundheitseinrichtungen vor enorme Herausforderungen.

- 69** | Architektur-Kolumne: Healing Environment – mehr als „One size fits all“
Sylvia Leydecker

Forschung

- 70** | KKC-Kolumne: Geriatrie – Kollege Roboter in der Pflege?
Dr. Manfred Kindler
- 71** | Innovative Therapie: CAR-T-Zellen etablieren sich in der Versorgung
Dr. habil. Eva Gottfried

Nachgefragt

- 82** | Interview mit Dr. Sonja Mathes: Ethische Perspektive stärken
Bianca Flachenecker

Rubriken

- 3** | Editorial
- 6** | HCM digital
- 74** | Events & Services
- 78** | Stellenmarkt
- 79** | Lieferanten A-Z
- 81** | Impressum

HCM digital



Account-Tipp: gematik

Über den Twitter-Account der gematik gibt es Updates und Hintergrundinformationen zu den aktuellen Entwicklungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen – inklusive Fun Facts und Blick über den Tellerrand.

[Twitter/gematik](#)

Neue Krankenhausplanung und Versorgungsmodelle



Gemeinsam mit BinDoc schaut die HCM-Redaktion seit Anfang August auf die Entwicklungen in der neuen Krankenhausplanung und nimmt dabei auch neue Versorgungsmodelle in den Fokus. Die Serie wird regelmäßig aktualisiert und ist auf der HCM-Website vollständig verfügbar. www.hcm-magazin.de



Reisetagebuch eines Chefarztes



Dr. Stephan Oehler, Chefarzt der Unfallchirurgie und Orthopädie der Klinik Schwabach, fliegt nach Tansania und begleitet dort das Projekt „Feuerkinder“. Über Instagram teilt die Klinik sein Reisetagebuch.

[Instagram/klinikneuedtelsauschwabach](#)



Digitale Transforma- tion in Frankfurt

HCM-Chefredakteurin Bianca Flachenecker wird am 11. Oktober auf dem Smart Hospital Excellence Forum u.a. mit Sabine Brase, Pflegeleitung des Klinikums Oldenburg, und Prof. Dr. David Matusiewicz, Founder Digital Health Academy, über digitale Transformationsprozesse in der Pflege diskutieren. Das Event findet am 10. und 11. Oktober in Frankfurt am Main statt.

[LinkedIn/Smart Hospital Excellence Forum](#)



Wie Krankenhäuser die Digitalisierung mit dem iPad vorantreiben

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen hat in Deutschland durch die Corona-Pandemie als auch durch das KHZG einen erheblichen Schub bekommen. In vielen Fällen werden Prozesse digitalisiert und verschlankt. Die Basis sind häufig digitale Applikationen und mobile Endgeräte wie das iPad. Im folgenden Beitrag lesen Sie, warum diese in Krankenhäusern eine so wichtige Rolle spielen und wie eine erfolgreiche Einführung und der Betrieb gelingen kann.

Damit die Digitalisierung erfolgreich ist, müssen Krankenhäuser drei Anwendergruppen berücksichtigen: das klinische Personal, die Verwaltung und die Patienten. Um digitale Lösungen für jeden Anwender zielführend einzusetzen, benötigen Krankenhäuser vor allem passende Applikationen sowie sichere Endgeräte. Ein solches Endgerät ist beispielsweise das iPad: Darauf laufen zahlreiche digitale Anwendungen für das Gesundheitswesen mit hoher Performance.

Entlastung von Pflegekräften durch digitales Aufgabenmanagement

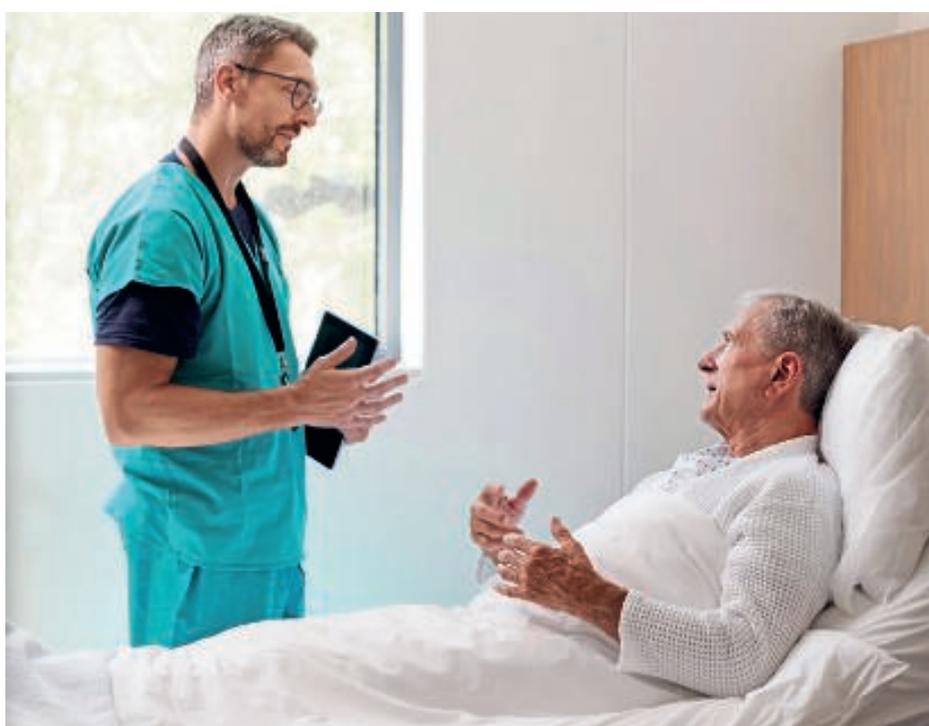
Eine solche Applikation bietet etwa das Unternehmen Cliniserve an. Mit der gleichnamigen Anwendung ist es möglich, Pflegekräfte signifikant zu entlasten. Dies liegt daran, dass Pflegekräfte über die App von Patienten übermittelte Benachrichtigungen erhalten, in denen Patienten ihr Anliegen schildern können – vom Toilettengang bis zur Bitte nach Schmerzmittel. Damit können Pflegekräfte ihre Aufgaben deutlich zielgerichteter verwalten und erledigen.

Eine Studie in einem Uniklinikum hat ergeben, dass eine Pflegekraft dadurch pro Schicht 25 Minuten sowie pro Jahr 1000 Kilometer Laufweg einspart. Auch die Wartezeit beim Patiententransport ließe sich halbieren.

Hohes Sicherheits- und Datenschutzniveau

Digitale Anwendungen wie von Cliniserve laufen auf dem iPad performant und sicher. Weitere Vorteile des iPads sind ein hoher Hygienestandard, ein umfassender Diebstahlschutz und eine einfache Handhabbarkeit.

Für zusätzliche Sicherheit sorgen außerdem die biometrische Authentifizierung



über Face ID und Touch ID, die einen geschützten Zugriff auf sensible Daten wie Laborergebnisse ermöglicht, sowie die Option für Ärzte oder das Pflegepersonal, sicher über das iPad zu kommunizieren.

Wer sich angesichts dieser Mehrwerte für ein iPad entscheidet, profitiert von einer unkomplizierten Integration in die IT-Infrastruktur. Dank zentralem Gerätemanagement lassen sich mehrere Userprofile auf einem iPad anlegen und strikt voneinander trennen.

Das Ergebnis: Angemeldete User können nur auf diejenigen Daten und Anwendungen zugreifen, die eindeutig ihrem Profil zugeordnet sind. Dies trägt entscheidend dazu bei, die KRITIS-Anforderungen zu erfüllen.

Unkomplizierte Einführung und Verwaltung

Der Aufwand für Einführung und Betrieb bleibt dabei gering. So übernimmt CANCOM neben der Lieferung der iPads das vollautomatisierte Ausrollen der Geräte, die Einbindung in die bestehende IT-Infrastruktur sowie die zentrale Verwaltung und den Betrieb. Bei Defekten tauscht CANCOM zudem das betroffene Gerät zeitnah aus.

Sie haben Fragen zu diesem Thema?

Das CANCOM Healthcare Team berät Sie gerne!

E-Mail: healthcare@cancom.de

Neue Strukturen

Startschuss für den Krankenhausplan NRW 2022

Der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) hat Anfang August den neuen Krankenhausplan NRW 2022 sowie das weitere Prozedere vorgestellt. Seit dem 1. September laufen die regionalen Planungsverfahren. Am Ende steht die Entscheidung, welches Krankenhaus künftig konkret welches Leistungsspektrum anbietet. Startschuss für die praktische Umsetzung ist der 1. September 2022. Dann erhalten die Häuser Informationen für das Verfahren. Am 17. Oktober 2022 sollen die Bezirksregierungen die Krankenhäuser zu Verhandlungen mit den Krankenkassen über regionale Planungskonzepte auffordern. Von diesem Zeitpunkt an können die Kliniken die dafür nötigen Unterlagen digital in einer Datenaustausch- und

Analyseplattform einstellen. Die Verhandlungen zwischen den Krankenhäusern und den Kassen starten ab dem 17. November 2022. Sie sind grundsätzlich spätestens nach sechs Monaten abzuschließen. Danach übernimmt die jeweilige Bezirksregierung die Verfahrensleitung und bezieht auch weitere Beteiligte auf regionaler und überregionaler Ebene mit ein. Abschließend will Laumanns Ministerium über die Versorgungsaufträge entscheiden. „Mit der Umsetzung der neuen Krankenhausplanung wird die stationäre Versorgung deutlich gestärkt – sowohl in der Grund- als auch in der Spezialversorgung“, betont Laumann. Zugleich werde die Qualität gesichert. „Wenn ein Krankenhaus eine Leistung anbietet, können die Bürgerinnen und

Bürger sicher sein, dass das Krankenhaus ausreichend Erfahrung in diesem Bereich hat.“

Ingo Morell, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen sieht in der neuen Systematik durchaus Potenzial vertretbare regionale Lösungen für die Krankenhäuser zu finden. Allerdings brauche es eine finanzielle Unterstützung durch das Land. Morell fordert deshalb einen mit mindestens zwei Milliarden Euro ausgestatteten Krankenhausstrukturfonds für die kommenden fünf Jahre. Ulrich Langenberg, Leiter der Gruppe IV A Krankenhaus am zuständigen Ministerium in NRW, erklärte gegenüber HCM: „Viele Träger haben bereits sehr gute Ideen.“ Insgesamt hätten die Akteure positiv auf den Startschuss reagiert.

www.hcm-magazin.de/KHPlanNRW

Krankenhauspflegeentlastungsgesetz

BMG will neue Personalbemessung

Ein neues Pflegepersonalbemessungsinstrument nahm im Laufe des Sommers Formen an. Dafür legte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) im August den Referentenentwurf zum Krankenhauspflegeentlastungsgesetz vor und will dabei die Konzepte Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) und Kinder-PPR 2.0 berücksichtigen. Das Instrument soll für nichtintensivmedizinische Häuser gelten. Eine Rechtsverordnung dazu will das BMG laut Entwurf bis zum 30. November 2023 erlassen, ab 1. Januar 2024 sollen die Krankenhäuser die Vorgaben umsetzen. Dafür werde die Ist-Personalbesetzung und die Soll-Personalbesetzung der Kliniken ermittelt, ebenso wie der tägliche Pflegeaufwand. Vorgesehen ist eine „Konvergenzphase“, in denen die Häuser die Vorgaben erfüllen müssen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) bekräftigt die Forderungen nach einem Ganzhaus-Ansatz, der im vorgelegten Referentenentwurf fehlt. Der Forderung zufolge sollten alle Häuser, die eine Personalausstattung von mindestens 80 Prozent des Niveaus der PPR 2.0 bereits erfüllen, von den Pflegepersonaluntergrenzen freigestellt werden. www.hcm-magazin.de/Personalbemessung

Bundshaushalt

Gesundheitsetat schrumpft

Für den Gesundheitsetat sind im Regierungsentwurf für den Bundshaushalt 2023 Ausgaben von 22,06 Milliarden Euro vorgesehen, ein Rückgang um 66 Prozent gegenüber 64,36 Milliarden in diesem Jahr. Als Einnahmen sind 104,17 Millionen veranschlagt. Damit bewege sich der Etat laut Bundestagsmitteilung wieder auf Vor-Corona-Niveau zu. 2019 lag das Soll bei 15,3 Milliarden Euro. Zuweisungen und Zuschüsse bilden den Angaben zufolge mit 20,26 Milliarden Euro das Gros des Gesundheitsetats vor den Investitionen mit 1,06 Milliarden. Die „pauschale Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für gesamtgesellschaftliche Aufgaben“, die Zuführung an den Gesundheitsfonds, umfasst wie in den Vorjahren 14,5 Milliarden Euro. Hinzu kommt ein ergänzender Bundeszuschuss von zwei Milliarden sowie ein Darlehen von einer Milliarde. Dagegen entfallen die Zahlungen an den Gesundheitsfonds für Belastungen der Pandemie, die aktuell 30,03 Milliarden Euro betragen.

www.hcm-magazin.de/Etat

MB-Monitor

Jobwechselgedanken in der angestellten Ärzteschaft

Personalabbau, Überstunden, mangelnde Digitalisierung: Die Missstände in deutschen Krankenhäusern sind so groß, dass jede vierte befragte Person der Ärzteschaft einen Jobwechsel in Erwägung zieht. Das zeigt der MB-Monitor 2022, eine Umfrage des Marburger Bundes unter 8.464 angestellten Ärztinnen und Ärzten, durchgeführt vom Institut für Qualitätsmessung und Evaluation. „Frustration schafft Migration“, drückt es Dr. Andreas Botzlar, zweiter Vorsitzender des Marburger Bundes (MB), aus. Die Gründe für die schlechte Stimmung sind vielfältig. Beispiel Arbeitszeiten: Auch wenn mittlerweile schon 40 Prozent der Befragten unter 30 Stunden angestellt sind, arbeiten acht von zehn Ärztinnen und Ärzten trotzdem mehr als 40 Stunden pro Woche. Jede fünfte befragte Person berichtet gar von über 60. MB-Chefin Dr. Susanne Johna setzt auf die Krankenhaus-Regierungskommission. Ihr Appell: „Wir brauchen eine echte aktive Krankenhausplanung.“ Seit der Ausgliederung der Pflege aus den Fallpauschalen werde nun im ärztlichen Bereich eingespart. www.hcm-magazin.de/MBMonitor

In eigener Sache

Treffen des HCM-Redaktionsbeirates



Die Vor-Ort-Teilnehmenden des HCM-Redaktionsbeirates.

Wie beurteilen Expertinnen und Experten des Gesundheitswesens die Arbeit der Fachmedienlandschaft? Welche Inhalte wünschen sich die Berufsgruppen angesichts der aktuellen Herausforderungen? Wie kann sich Wirtschaftsjournalismus zukunftssicher aufstellen? Fragen wie diese standen beim Redaktionsbeiratstreffen im August 2022 auf der Agenda. Die HCM-Redaktion hatte ihre Beiratsmitglieder an den Verlagsstandort nach Bad Wörishofen eingeladen. Parallel zum ersten Vor-Ort-Treffen nach der Corona-Pandemie gab es auch einen Live-Stream für alle Beiratsmitglieder, die digital teilgenommen haben. Künftig soll der Redaktionsbeirat weiter wachsen. Interessentinnen und Interessenten, die mit Engagement das renommierte Fachmedium begleiten möchten, können sich ab jetzt bei HCM melden.

bianca.flachenecker@holzmann-medien.de

Ist das eingeführte ISMS Versicherungswirtschaft „fest“?

Jedes Krankenhaus und jedes MVZ muss nach § 75 b und c SGB V seit dem 1. Januar 2022 ein Informationssicherheits-Management-System (ISMS) eingeführt haben. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und der Gesetzgeber hatten das noch mal klargestellt, nach dem einige Krankenhausträger sich doch strikt in die sogenannte Kategorie „KRITIS-Haus“, oder nicht „KRITIS-Haus“ einsortierten, wobei die Kategorie KRITIS-Haus zunächst bei mehr als 30.000 Patienten besteht.

Mit der Klarstellung wurde dann verdeutlicht, dass jedes Krankenhaus und MVZ zur kritischen Infrastruktur gehört. Woran sich jedes Krankenhaus allerdings nur schwer gewöhnt ist, dass die Versicherungswirtschaft pro aktiv und akribisch seine ausgegebenen Cybersecurity-Versicherungen und die damit für das Haus einhergehende Deckung prüft. Die einfache Formel ist, ohne ISMS kein Versicherungsschutz und ohne Umsetzung der Vorgaben der Versicherungswirtschaft keine Deckung in der abgeschlossenen Höhe, sondern lediglich eine reduzierte Deckung, d.h. je nachdem was der

Versicherungsnehmer von den Vorgaben umgesetzt hat. Mit anderen Worten, sämtliche vom Versicherer als elementar angesehenen Maßnahmen zur Vermeidung einer Störung der Informationssicherheit sind umzusetzen, d.h.

- alle Daten sind mindestens einmal täglich zu sichern,
- Form und Struktur der Daten auf dem Sicherungsträger müssen so beschaffen sein, dass deren Rücksicherung technisch möglich ist,
- Firewalls und Virens Scanner sind stets durch Updates aktuell zu halten.
- das Patch-Management hat zeitnahe Sicherheitsupdates und -patches zu gewährleisten,
- Zugriff auf personenbezogene und andere sensible Daten sind mit Zugangsberechtigungen, Verschlüsselungen und/oder Passwörtern zu sichern und
- die vom Versicherer vorgegebenen Prozesse zur Schadenmeldung und -bewältigung sind einzuhalten.

Dr. Pierre-Michael Meier, CHCIO

Kontakt: Pierre-Michael.Meier@guig.org

Persönlichkeiten & Karriere



Stefanie Kemp erweitert ab 1. September 2022 den Vorstand der **Sana Kliniken AG**. Als Chief Transformation Officer wird sie insbesondere für alle digitalen Bereiche und Projekte, die Informationstechnologie sowie Prozessoptimierung und -management zuständig sein. Kemp war zuletzt beim US-amerikanischen Softwareunternehmen Oracle, wo sie in den vergangenen Jahren als Deutschlandchefin wirkte. Bezüge zum Gesundheitswesen hatte sie schon früh durch ihre Ausbildung zur examinierten Kinderkrankenschwester.

Jörg Holitschke



leitet seit Juni 2022 die Stabsstelle Qualitätsmanagement in der **Oberschwabenklinik**, die an die Geschäftsführung in Ravensburg angegliedert ist. Er kümmert sich standortübergreifend um Prozessoptimierung.

Dr. Sara Sheikhzadeh



ist seit 1. Juli 2022 als Chief Medical Officer im Vorstand der **Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA**. Sie wird künftig die Transformation des Konzerns im Sinne der Vision „Digital HealthyNear“ mitgestalten.

Andreas Gebler



ist Anfang Juli 2022 vom Pflegedienstleiter zum Pflegedirektor des **Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren**, dem zweitgrößten und zugleich ältesten Standortes der Bezirkskliniken aufgestiegen.

Melanie Wendling



hat Mitte Juni 2022 die Geschäftsführung des Bundesverbands Gesundheits-IT (**bvitg e.V.**) übernommen. Zuletzt war sie als Abteilungsleiterin Gesundheit und Rehabilitation bei DGUV tätig.

Michael Musick



wird ab 1. Oktober 2022 Hauptgeschäftsführer der **Regiomed-Kliniken**. Er war zuvor Geschäftsführer in den Einrichtungen in Thüringen und u.a. zuständig für Informationstechnologie, Digitalisierung und Telemedizin.

Anett Brinkhaus



ist seit 1. Juli 2022 verantwortlich für das **Median Zentrum für Rehabilitation Schmannewitz**. Die gelernte Finanzkauffrau und diplomierte Betriebswirtin bringt Erfahrung in Leitungsfunktionen mit.

Tim Steckel



übernahm zum 1. Juli 2022 als Nachfolger von Daniel Amrein die Klinikgeschäftsführung im **Helios Klinikum Berlin-Buch**. Der erfahrene Klinikmanager blickt auf 14 Jahre Führungserfahrung im Berliner Umland zurück.

Tabea Schmid



ist seit 1. Juli 2022 Pflegedirektorin am **BKH Kempten**. Sie arbeitete zunächst am Klinikum am Weißenhof. Im Oktober 2020 kam sie nach Kempten und leitete dort am BKH eine Station in der Allgemeinpsychiatrie.

Jörg Kurmann



übernahm am 1. August 2022 die Position als neuer Pflegedirektor des **St.-Antonius-Hospitals (SAH)** Eschweiler. Nach seinem Studium übernahm er die Funktion als stellvertretender Pflegedirektor.

Detlef Frobese



ist seit 1. Juli 2022 Ärztlicher Leiter der **Paracelsus Klinik Bremen**. Er ist niedergelassener Facharzt für Orthopädie und spezielle orthopädische Chirurgie sowie operativ an der Paracelsus Klinik Bremen tätig.

E-Health-Kongress in Augsburg

Opt-out-ePA im Zentrum der Digitalisierung

Unter dem Motto „Health – Connect – Care“ lud der Bayerische Gesundheitsminister Klaus Holetschek am 29. Juni 2022 zum ersten Bayerischen E-Health-Kongress nach Augsburg ein. Dort stand v.a. die breite Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) im Fokus der Diskussionen. Holetschek nutzte die Gelegenheit, um den Bund zu Nachbesserungen aufzurufen: „Digitalisierung ist die Jahrhundertbaustelle des Gesundheits- und Pflegesektors. Die ePA ist ein gutes Beispiel dafür, wie viel Potenzial in der digitalen Vernetzung liegt und wie wir dieses noch stärker nutzen können.“ Aktuell werde sie noch deutlich zu wenig genutzt, um Vorteile deutlich werden lassen zu können. Im High-Level-Panel waren neben Holetschek

auch Sabine Dittmar, Parlamentarische Staatssekretärin am Bundesministerium für Gesundheit, Prof. Dr. Sylvia Thun, Direktorin für digitale Medizin und Interoperabilität, Charité, Vorsitzende des Interop-Council, Prof. Dr. Jörg Debatin, Healthcare-Unternehmer und Dr. Markus Leyck Dieken, Geschäftsführer der gematik zugegen und stellten sich einer differenzierten Diskussion zu konkreten Digitalisierungsschritten. Einig war man sich dort v.a. darin, dass „die Opt-out-ePA der Dreh- und Angelpunkt für Turbo und Strategie“ in der digitalen Bewegung ist. Jedoch: „Wenn in dieser Legislaturperiode etwas passieren soll, müssen innerhalb der nächsten sieben Monate in der Politik alle wichtigen Entscheidungen getroffen



High-Level-Panel beim ersten E-Health-Kongress in Augsburg.

werden.“ Das riet Leyck Dieken. Der gematik-Chef attestierte der ePA dabei die Rolle des Fundamentes für eine Gesundheitsplattform in Deutschland und eine große demokratische Kraft. Der vollständige Nachbericht ist online verfügbar.

www.hcm-magazin.de/EHealthBayern

Bild: StMGP Bayern



Bereit für eine hygienische Zukunft?

Die Ansprüche an die alltägliche Hygiene sind gestiegen. Deshalb sorgen wir dafür, dass **professionelle Hygiene** überall dort ist, wo sie gebraucht wird – mit **nachhaltigen Lösungen** und umfassenden Servicekonzepten für öffentliche und halböffentliche Bereiche.



Zuverlässige Hygiene aus einer Hand.
satino-by-wepa.eu



satino wepa

Easy. Clean. Professional.

Das war der Hauptstadtkongress 2022

Komplexität nicht scheuen

Wie kann das Gesundheitssystem resilient werden? Diese Frage stand im Fokus des diesjährigen Hauptstadtkongresses. Im neuen Setting des Hub27 diskutierten die Akteure der Gesundheitsbranche Wege in eine zukunftssichere Versorgung hin zu einer gemeinsamen Widerstandskraft.

Dieser Hauptstadtkongress war inhaltlich und organisatorisch einfach herausragend. Wir leben in Zeiten, die unser Gesundheitssystem stark herausfordern, umso wichtiger ist es, gemeinsam an seiner Widerstandskraft zu arbeiten. Die hochwertigen Sessions und Vorträge auf dem Hauptstadtkongress haben dazu beigetragen, viele neue Impulse und Gedanken auf den Weg zu bringen“, resümierte Kongresspräsident Prof. Dr. Karl Max Einhäupl nach drei Tagen und 81 Sessions in Berlin. Rund 4.000 Entscheiderinnen und Entscheider sind vom 22. bis zum 24. Juni zum Branchengroßevent gekommen, um im Netzwerk gemeinsam Themen der Versorgungszukunft zu diskutieren und zu gestalten.

Zum Gestalten gehört es auch, die Herausforderungen der Gegenwart zu betrachten und deren Konsequenzen bei der Weichenstellung zu bedenken. Dazu gehört derzeit nicht nur der Krieg in der Ukraine und daraus resultierende geopolitische Entwicklungen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung, sondern auch die Klimakrise sowie in ihrer Ausprägung variierende pandemische Sonderlagen. Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing, Leiter des Institutes für Ethik und Geschichte der Medizin am Universitätsklinikum Tübingen, nahm dieses Leben und Arbeiten im Dauerkrise-Modus zum Anlass einer ernüchternden, aber pragmatischen Handlungsempfehlung: „Moderne Gesellschaften, aber

auch unser Gesundheitswesen, sind stets mit Herausforderungen konfrontiert und werden einem steten Wandel unterworfen sein, und das mit zunehmender Beschleunigung. (...) Das Gesundheitswesen reagiert nicht angemessen auf die Dynamiken. (...) Was wir brauchen ist eine Kultur der Ehrlichkeit und eine Kultur der schnellen Fehlervermeidung und -aufbereitung. Die patentierte Retrospektive der Besserwisserie brauchen wir nicht.“ Eine ehrliche Mahnung, die bei vielen Kongressbesucherinnen und -besuchern durchaus positiv aufgenommen wurde. Für Irritation dagegen sorgte bei so manchem/ mancher Besuchenden der Auftritt in Form einer Videobotschaft von Brigadegeneral Dr. Christian Freuding. Der Leiter des Lagezentrums der

Ukraine am Bundesministerium für Verteidigung teilte seine Gedanken zum Thema staatliche Resilienz, die man strukturell vernachlässigt habe. Das gelte nicht nur für Streitkräftenstrukturen, sondern auch für den zivilen Katastrophenschutz sowie gewisse Bereiche des Gesundheitswesens. Staatssekretär Dr. Thomas Götz von der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege bezeichnete die multiple Krise als „Reflexions- und Wendepunkt und richtete sich mit einem Appell an die Akteure der Gesundheitsversorgung in Deutschland: „Scheuen Sie sich nicht vor Komplexität“.

Jenseits der hinlänglich diskutierten Krisen und Herausforderungen war auf dem Hauptstadtkongress spürbar, dass viele Player des Gesund-

Statements und Eindrücke im Video

Die Entscheiderfabrik hat gemeinsam mit Medienpartner HCM mit Expertinnen und Experten über Zukunftsthemen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft und Versorgung auf dem HSK gesprochen. Dabei ging es u.a. auch um Digitalisierung und das KHZG, aber auch Fragen der Finanzierung. Die Statements der Entscheiderinnen und Entscheider unterschiedlicher Krankenhausträgerschaften, sind via QR-Code abrufbar. Zu den Statementgebern gehören u.a.

- Dr. Matthias Bracht, Geschäftsführer Klinikum Region Hannover,
- Dr. Uwe Gretscher, Vorstandsvorsitzender Kliniken Südostbayern,
- Dr. Gerhard M. Sontheimer, Vorstand ANregiomed,
- Bernhard Ziegler, Krankenhausdirektor Klinikum Itzehoe.

Einen bewegten Rückblick in den Branchenkongress des Jahres gibt es in Form eines exklusiven Event-Videos unter www.hauptstadtkongress.de



heitswesens in Aufbruchstimmung, neugierig auf den Wandel und offen gegenüber Veränderungen sind.

Der Kongressleitung des Hauptstadtkongresses ist gelungen, die bewährten Formate und Themen, zu denen auch in diesem Jahr wieder die Vorstellung des Krankenhaus Rating Reportes als eines der großen Highlights gehörte (s. HCM-Bericht unter www.hcm-magazin.de/RatingReport), mit neuen Themen, Entwicklungen, Formaten und v.a. Menschen zu verbinden. So fand z.B. das Miteinander – auch und v.a. durch die Einbindung der gesellschaftlichen Perspektive auf Versorgung – einen festen Rahmen auf dem Deutschen Pflegekongress in der Session „Pflege und Gesellschaft: Pflege geht jeden an – heute oder morgen“. Zur Diskussion kamen hier unter der Moderation von Marie-Luise Müller, Deutscher Pflegerat e.V., u.a. auch Christine Vogler, Präsidentin des Deutschen Pflegerates, und Prof. Dr.

2023: Der Termin steht



„Der Hauptstadtkongress wird sich 2023 v.a. mit den positiven Aspekten unseres Gesundheitssystems beschäftigen: Best Practices, beispielgebende Leuchtturmprojekte, zukunftsweisende Entwicklungen, Spitzentechnologie und Spitzenmedizin werden im Vordergrund stehen“, erklärt Guido Pscholkowski, Geschäftsführer WISO S.E. Consulting GmbH. In die nächste Runde geht es vom 14. bis zum 16. Juni 2023 im Hub27 in Berlin. Alle Infos unter www.hauptstadtkongress.de

Wandel an der HSK-Spitze

Die Spitze des HSK-Gremiums stellt sich neu auf:

- Prof. Heinz Lohmann, wissenschaftlicher Leiter des Managementkongresses Krankenhaus Klinik Rehabilitation (KKR) übergibt das Zepter an Dr. Matthias Bracht, Geschäftsführer Medizin der Klinikum Region Hannover GmbH.
- Prof. Dr. Axel Ekkernkamp, wissenschaftlicher Leiter des Deutschen Ärzteforums, übergibt die Leitung an Dr. Iris Hauth, Ärztliche Direktorin Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee.
- Prof. Dr. Jens Scholz, Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), Kiel und Lübeck, wird sich für das Thema „Spitzenmedizin“ im Programm des Hauptstadtkongresses 2023 verantwortlich zeichnen.
- Hedwig François-Kettner, ehemals wissenschaftliche Leiterin des Deutschen Pflegekongresses ist bereits 2020 ausgeschieden. Die Leitung des Pflegekongresses hat seitdem Vera Lux, Pflegedirektorin-Geschäftsführung Pflege an der Medizinischen Hochschule Hannover, inne.
- Wolfgang van den Bergh, Herausgeber der Ärzte Zeitung, führt die wissenschaftliche Leitung des Hauptstadtforums Gesundheitspolitik fort.

Heinz Rothgang, Universität Bremen, zusammen. „Meine Vision ist eine sektorfreie Versorgung“, erklärte Rothgang. Dabei ginge es um die „Abbildung der Versorgungsstufen im Kontinuum“. Seiner Einschätzung nach brauche es u.a. auch gemischte Pflegearrangements in der familiären Pflege gepaart mit der Förderung der Bereitschaft der Pflege in der Zivilbevölkerung.

Wie gelingt der Umbau des Systems?

Nach Ansicht des bayerischen Gesundheitsministers Klaus Holetschek gilt es, für die Neugestaltung der Versorgung das „größte Handlungsfeld Pflege“ anzugehen. Holetschek übte aber auch Kritik an den eigenen Reihen: „Der Staat muss sich ein Stück weit neu erfinden“, damit die überbordende Regulierung zurückgedrängt werden könne. Einen neuen Denkansatz zur Umgestaltung brachte auch Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Universität Hamburg, ein. Er sieht große Chancen in der Weiterentwicklung von Arbeitsteilung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer, einer Neudefinition von ambulant und

stationär und dem Neudenken von Versorgungsstandorten.

Auch wenn Bundesgesundheitsminister Lauterbach nicht in Präsenz auf dem Hauptstadtkongress erschienen ist und in einigen Panels Skepsis gegenüber den Vorhaben der Ampel im Koalitionsvertrag geäußert wurde, versprach seine Videobotschaft neue, langfristige Strukturen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem für nachfolgende Generationen. So machte der Hauptstadtkongress 2022 Mut, „das Udenkbare zu denken“, um in den Worten von Gesundheitsunternehmer Prof. Heinz Lohmann zu sprechen, und die Gemeinschaftsaufgabe pragmatisch anzugehen.

Bianca Flachenecker

Chefredakteurin,
Health&Care
Management,



Kontakt: bianca.flachenecker@holzmann-medien.de



1

Hauptstadtkongress 2022

Versorgung gestalten und netzwerken



2



3



6



4



7



5



8

Bild 1: Die Macherinnen und Macher des Hauptstadtkongresses auf einer Bühne. 2023 soll sich das Großevent „den positiven Aspekten unseres Gesundheitssystems“ widmen, wie es Guido Pschollkowsi (5. von rechts) ausdrückt.

Bild 2: Umbau des Gesundheitssystems als Gemeinschaftsaufgabe? Prof. Heinz Lohmann diskutierte im hochkarätig besetzten Panel.

Bild 3: Eine Videobotschaft sendete der Gesundheitsminister der Ukraine, Viktor Liashko.

Bild 4: Guido Pschollkowsi (links) und Falk Miekley (rechts) mit Moderatorin Sandra Berndt.

Bild 5: Diskussionsrunde zu den Erwartungen der Pflege an die neue Koalition mit Moderatorin Britta March.

Bild 6: Prof. Dr. Boris Augurzyk bei der Vorstellung des neuen Krankenhaus Rating Reportes.

Bild 7: Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach schickte eine Videobotschaft in den Hub27.

Bild 8: Dr. Ingrid Völker und Ulf Fink, Gründerin und Gründer des Hauptstadtkongresses, waren auch 2022 dabei.

Bilder: WISO/Schmidt-Dominé, HCM



14 Bild 9: Female Empowerment im Gesundheitswesen war auch Thema auf dem diesjährigen Hauptstadtkongress.

Bild 10: Der bayerische Gesundheitsminister Klaus Holetschek (2. von rechts) tauschte sich mit Playern der Gesundheitswirtschaft aus.

Bild 11: Mehr als 4.000 Entscheiderinnen und Entscheider sind im Juni nach Berlin gereist.

Bild 12: Volle Reihen bei der Eröffnung.

Bild 13: Diskussionen und Austausch zur Zukunft der Gesundheitsversorgung.

Bild 14: Endlich wieder in Präsenz fanden beim Hauptstadtkongress unterschiedliche Akteure der Gesundheitsbranche zusammen.

Bild 15: Die Lage der deutschen Krankenhäuser im Fokus bei der Präsentation des neuen Krankenhaus Rating Reportes.

Bild 16: HCM-Chefredakteurin Bianca Flachenecker und Entscheiderfabrik-Geschäftsführer Dr. Pierre Meier im Austausch mit Prof. Heinz Lohmann und Barbara Schulte, KRH Klinikum Region Hannover.

Bild 17: Buchvorstellung der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft.



Bilder: WISO/Schmidt-Dominé, HCM



Die Zukunft der Pflege braucht mutige Entscheidungen und gesellschaftliche Verantwortung.

Pflege und Gesellschaft

Pflege geht alle an

Es ist im Grunde ganz simpel: Die Zahl der älteren und damit pflegebedürftigen Menschen nimmt weiter zu, die professionelle Pflege kann den steigenden Bedarf nicht decken. Es braucht Instrumente, die alle in die Verantwortung nehmen und zu Antworten auf die Zukunftsfrage Pflege drängen.

Verbesserte Lebensbedingungen, steigender Wohlstand und medizinischer Fortschritt tragen dazu bei, dass die Bevölkerung in Deutschland immer älter wird. So ist die Lebenserwartung in Deutschland auf 83,4 Jahre bei Frauen und auf 78,6 Jahre bei Männern gestiegen. Etwa 23.500 Menschen waren 2021 mindestens 100 Jahre alt, das sind circa 3.000 Personen mehr als das Jahr zuvor (Destatis 2022). Dabei bleiben die Menschen deutlich länger gesund, sind aktiv und mobil, weit über das Rentenalter hinaus. „Die jungen Alten“, so werden diese Alten, die immer jünger werden, heute bezeichnet (Silke van Dyk/Stephan Lessenich, 2009).

Mit zunehmendem Alter allerdings steigt die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit. Anhand der Lebenszeitprävalenz der Pflegebedürftigkeit lässt sich für eine definierte Population die Wahrscheinlichkeit, jemals im Leben pflegebedürftig zu werden, ermitteln.

Hohe Pflegebedürftigkeit zwischen 80 und 84 Jahren

Im Jahr 2019 waren 80 Prozent der Frauen und 73 Prozent der Männer, die im Alter von 80 bis 84 Jahren verstorben sind, pflegebedürftig. Für Frauen, die im Alter von 90 Jahren und mehr verstorben sind, lag die Pflegewahr-

scheinlichkeit bei nahezu 94 Prozent und höher und für gleichaltrige Männer bei 89 Prozent und mehr. Auch der Anteil der Pflegebedürftigen, die den Pflegegrad 4 oder 5 erreichen, nimmt im Zeitverlauf zu. Mit dem demografischen Wandel wird ein Anstieg der Pflegebedürftigkeit von derzeit 4,6 Millionen auf 6,0 Millionen im Jahr 2030 und auf 8,0 Millionen im Jahr 2050

der körperlichen Belastung wechseln viele bereits ab dem 60. Lebensjahr das Beschäftigungsfeld bzw. gehen in den Ruhestand, was die Situation zusätzlich verschärft. Das Institut der Deutschen Wirtschaft rechnet mit einem Mehrbedarf von 493.000 Pflegekräften in den nächsten 15 Jahren, circa 60 Prozent davon betreffen den stationären Bereich und circa

„ Es ist keine Zeit mehr für ‚Runde Tische‘ und mehrjährige ‚Modellprojekte‘.

Vera Lux

prognostiziert (Barmer Pflegereport 2021). Dies ist sowohl einer Herausforderung für die pflegerische Versorgung als auch für deren Finanzierung.

Demografischer Wandel: Knapp 500.000 Pflegekräfte fehlen

Der demografische Wandel trifft aber auch die Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegewesen. Die starken Jahrgänge, die sogenannten Babyboomer, gehen in den nächsten Jahren in den Ruhestand. Schon heute ist ein Großteil des Pflegepersonals über 50, in Rheinland-Pfalz und Niedersachsen liegt der Anteil zwischen 34 Prozent bzw. 38 Prozent. Aufgrund

40 Prozent den ambulanten Bereich. Benötigt werden vor allem Pflegefachkräfte. Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ist daher, neben der Klimakrise, wohl einer der größten Aufgaben der Zukunft.

Pflegebedarf ist eine Frage von Gesellschaft und Politik

Die Profession Pflege wird diese Herausforderungen nicht alleine lösen können. Jahrzehntlang musste alles im schneller, effizienter, effektiver – wirtschaftlicher – werden. Die Personaldecke wurde immer dünner, die Aufgaben immer fragmentierter, die Zeit knapper und die Qualität

schlechter. Die Pflege hat viele Defizite aufgefangen, fehlende Ressourcen ausgeglichen, Zusatzdienste geleistet, das Arbeitstempo erhöht. Jetzt sind die Kräfte aufgebraucht und auch die Geduld ist am Ende. Nun sind Politik und Gesellschaft gleichermaßen gefordert. Denn die Hinweise der Pflegeverbände und Institutionen auf den zunehmenden Fachkräftemangel und die hohe Belastung wurden in der Vergangenheit nicht ernst genommen, grundlegende Reformen nicht (rechtzeitig) beschlossen. Es wurden lediglich Symptome behandelt, die Ursachen aber nicht grundlegend angegangen bzw. Entscheidungen immer wieder hinausgeschoben. Die Folgen sind gravierend und auf die Schnelle nicht zu korrigieren. Die Frustration in den Pflegeberufen ist riesig, das Image, aufgrund der hohen Belastung, Schicht- und Wechseldiensten, geringe Personalschlüssel und zu wenig Zeit für Patientinnen und Patienten und für eine adäquate pflegerische Versorgung, schlecht. Dazu wenig Anerkennung und eine geringe berufliche Autonomie. Die Ausbildung hinkt dem europäischen Standard hinterher, die Akademisierung wird nur halbherzig vorangetrieben (Wissenschaftsrat 2022), ebenso wie die Erweiterung der Rollenprofile und Kompetenzen durch die Übertragung der Heilkunde und letztlich die mangelnde Mitsprache und Selbstverwaltung der Pflege.

Es gibt nach wie vor kein klares Bekenntnis der Politik, die Pflegeberufe nachhaltig zu stärken und deren enormes Potential für die Sicherstellung der Versorgung adäquat zu nutzen. Was für eine Verschwendung. Das Potenzial der Pflege aber ist notwendig, will man die Sicherstellung der Versorgung nicht alleine auf dem Rücken der Familien, und hier wahrscheinlich ganz traditionell auf dem Rücken der Frauen, austragen. Schon heute gibt es Familien, wo das jüngste Familienmitglied gerade geboren und

Pflege und Gesellschaft auf dem Hauptstadtkongress

Prognosen des Statistischen Bundesamtes (2019) sagen voraus, dass der Anteil der Bevölkerung, die 67 Jahre und älter sind, von 19,5 Prozent im Jahr 2020 auf 26,3 Prozent im Jahr 2050 steigt und damit auch die Wahrscheinlichkeit, einmal pflegebedürftig zu werden. Professionelle Pflege allein wird den Versorgungsbedarf nicht abdecken können. Wer aber übernimmt dann die Versorgung und wo soll diese stattfinden? Wie stellen sich die Menschen die Versorgung überhaupt vor? Werden Technik, IT und Robotik so weit entwickelt sein, dass sie einen Teil übernehmen? Welchen Beitrag leistet das Umfeld und welchen Beitrag professionelle Pflege? Muss die Familie wieder mehr Pflichten übernehmen? Was kostet die Versorgung und wie wird sie bezahlt? Gemeinsam mit Experten suchen wir nach Antworten. Beim Deutschen Pflegekongress auf dem Hauptstadtkongress 2022 (HSK) wurde die Debatte angestoßen, fortgeführt wird sie beim HSK 2023 vom 14. bis zum 16. Juni 2023.

www.hauptstadtkongress.de

das älteste 100 Jahre und mehr ist. In fast jeder Familie werden ein bis zwei Personen Hilfebedarf haben, müssen gepflegt oder versorgt werden. Fehlt es an professioneller Pflege, an ehrenamtlichen und sozialräumlichen Strukturen, ist die Familie gefordert, muss zu Lasten der eigenen Berufstätigkeit die Pflege übernehmen. Und was ist mit denen, die keine Familie haben und alleine leben?

Zukunftssichere Pflege braucht soziales Miteinander

Wie stellt sich die Gesellschaft die Versorgung vor, was kann jeder selbst oder die Familie dazu beitragen, wie müssen kommunale Strukturen und Wohnräume geschaffen sein, um das soziale Miteinander und die Verantwortung füreinander zu stärken? Wie kann Digitalisierung für die Kommunikation, Beratung und Anleitung erfolgreich eingesetzt und für den Know-how-Transfer genutzt werden? Welche Verantwortung und Rolle kann die Pflege dabei übernehmen und wie muss die (akademische) Qualifizierung dafür aussehen?

Es ist keine Zeit mehr für „Runde Tische“ und mehrjährige „Modellprojekte“, die am Ende ohne Ergebnis im Sande verlaufen. Inzwischen ist der

Fachkräftemangel nicht nur in der Pflege angekommen, sondern auch in vielen anderen Branchen, wie man bei den Handwerkern, den IT-Fachleuten, den Erziehern und inzwischen auch bei den Ärzten spürt (Spiegel, Nr. 29, 2022). Der Wettbewerb um Fachkräfte und Auszubildende läuft auf Hochtouren. Nur wer attraktive Arbeitsbedingungen, eine angemessene Vergütung und berufliche Perspektiven bietet hat gute Chancen, Nachwuchs zu gewinnen.

Eine gesellschaftliche Debatte darüber, wie die Versorgung in der Zukunft sichergestellt und bezahlt werden kann, muss endlich erfolgen. Gesundheit ist ein hohes Gut und ohne Gesundheit ist alles nichts und sie hat ihren Preis, ebenso wie der Klimaschutz oder der Frieden in Europa. Die Pflege kann und will mehr Verantwortung in der Versorgung übernehmen. Die Politik und Gesellschaft muss das aber auch wollen.

Vera Lux

Management-
beratung Pflege
und Health Care,



Kontakt: luxvera@web.de

Amerikanische Krankenhausvertreter in Deutschland

„Auf einem guten Weg“

Vernetzen und voneinander lernen: Die Entscheiderfabrik bringt regelmäßig Expertinnen und Experten aus Deutschland und USA mit dem Ziel zusammen, gemeinsam digitalen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung zu meistern. Bei einem Site Visit in Deutschland gab es neue Erkenntnisse.

Krankenhausführung und digitale Transformation“: mit diesem branchenrelevanten Thema brachten die Entscheiderfabrik und ihre Akademie AHIME im Mai Vertreterinnen und Vertreter der Führungsebene zusammen. Eingeladen waren auch Partner aus kalifornischen Exzellenz-Krankenhäusern und vom College of Healthcare Information Management Executives (CHIME) – darunter zur Besichtigung unterschiedlicher Häuser in der Region. Gastgeber für die US-Delegation der Entscheiderfabrik waren u.a. (in chronologischer Folge)

- die Universitätsmedizin Mainz
- die Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bad Homburg
- das St. Josefs-Hospital in Wiesbaden,
- die Klinik Viktoriastift/Landeskrankenhaus Andernach, Bad Kreuznach.

Wie präsentierten sich die deutschen Leistungserbringer für den Blick über den Tellerrand, welche Eindrücke nahmen die Delegierten aus den USA mit zurück und welche zentralen Botschaften sind anleitend für Versorger hierzulande? HCM-Autor Michael Reiter stellt die Digitalprojekte, die als Diskussionsgrundlage dienen, vor

und hat die Einschätzungen aus dem US-Management dazu eingefangen. Die Auseinandersetzung mit beiden Seiten zeigt Einrichtungen hierzulande, wo der gegenseitige Austausch gezielt weiterbringen kann.

Michael Reiter

Freier Journalist, spezialisiert auf den Gesundheitssektor, **Kontakt:** michael.reiter-pr@gmx.de



Bild: privat



Weitblick

Über den Tellerrand schauen und Brücken bauen – genau das, was das Gesundheitswesen mehr denn je benötigt. In Health&Care Management finde ich diesen Anspruch vorbildlich umgesetzt.“

Manfred Kindler

Vereidigter Sachverständiger für Medizintechnik
Präsident Krankenhaus-Kommunikations-Centrum e.V.





Site Visit der internationalen Entscheiderfabrik-Mitglieder bei der Vitos Klinik in Bad Homburg.

Vitos Klinik

In Bad Homburg konzentrierten sich die Gespräche auf die strategischen Punkte Personal, Digitalisierung und Nachhaltigkeit. „Eine der aktuell größten Herausforderungen ist das Recruiting“, erklärte Konzerngeschäftsführer Reinhard Belling. Die stärkste „Baby-Boomer-Kohorte“ sei im Vergleich mit den USA der Jahrgang 1957; in Deutschland handle es sich um den Jahrgang 1964, der auch etwas später in Rente gehe als in Amerika. Diejenigen, die in das Arbeitsleben einsteigen, können die Zahl derjenigen, die in Rente gehen, nicht kompensieren, betonte der Vorsitzende der Vitos-Konzerngeschäftsführung; dieses Ungleichgewicht werde noch zunehmen. „Deshalb verstärkt Vitos seine Aktivitäten für seine Arbeitgebermarke und das Personal-Recruiting mit allen Mitteln. Die Personalentwicklung hat eine zentrale Bedeutung und mündet in zahlreiche unterschiedliche Personalentwicklungsaktivitäten.“

Die digitale Transformation bilde das zentrale Element der Konzernstrategie. Man ist davon überzeugt, mit digitalen Anwendungen die Behandlung zu verbessern, den Zugang niedrigschwelliger zu gestalten und mehr Angebote außerhalb des stationären Settings anbieten zu können (Home Treatment). Gleichzeitig ermögliche die Digitalisierung Entlastung bei Routinearbeiten. „Deutschlandweit ist es sicher bislang einzigartig, dass vier große Psychiatrieträger aus drei Bundesländern gemeinsam eine Patientenplattform entwickeln“, unterstrich Laura Kuhlmann. „Sie haben als Gesellschafter die Gemeinnützige Gesellschaft für psychische Gesundheit (GDG) mit der Umsetzung beauftragt. Weitere Psychiatrieträger haben ihr Interesse bekundet, sich ebenfalls anschließen zu wollen“, fügte die GDG-Geschäftsführerin hinzu. Es sollen alle digitalen Angebote gebündelt werden, um die Patient Journey zu optimieren.

Auch Nachhaltigkeit stand in Bad Homburg auf der Agenda. Mithilfe eines Umweltkonzepts werde sorgsam mit Energie- und Wasserverbräuchen umgegangen – auch aus Wirtschaftlichkeitsgründen. In Sachen Digitalisierung bestünde noch viel Aufholbedarf, ein länderübergreifender Austausch sei u.a. wichtig um den Blick auf die eigenen Strategien zu schärfen.



Auf dem Campus der Universitätsmedizin Mainz stand u.a. die Krankenhaus-IT-Umgebung im Fokus des Delegationsbesuches.

Universitätsmedizin Mainz

In ihren Präsentationen machten die Vertreterinnen und Vertreter in Mainz „vor allen Dingen auf die neuen Anforderungen im Gesundheitssystem bzw. Krankenhaus-IT Umgebungen aufmerksam“, erläuterte PD Dr. Christian Elsner. „Diese sind quasi diametral – durch Anforderungen an schnelle agile Entwicklungen und gleichzeitig deutlich erhöhte Anforderungen durch KRITIS und DSGVO“, erklärt der kaufmännische Vorstand weiter. So entstehen für viele Kliniken – u.a. auch die Unimedizin Mainz – neue Herausforderungen. Die Unimedizin Mainz habe darauf, neben einem Infrastrukturprojekt, mit der Aufstellung eines agilen Entwicklungsteams reagiert, das ursprünglich aus den Hackathons der Unimedizin hervorgegangen sei und sich vor allen Dingen in der Covid-Zeit mit Lösungen sehr hervortun konnte. „Eine der exemplarischen Entwicklungen“, erklärte Elsner, „war die COMPASS Plattform, die als BMBF-Projekt zusammen mit der Universitätsmedizin Charité Berlin entwickelt worden ist. Die Plattform steht als Open Source Umgebung zur Verfügung, erhebt Daten über eine Erhebungsbogenbibliothek im FHIR-Standard sehr einheitlich, und hat schon mehr als fünf klinische Studien bei der Datenerhebung ‚im Feld‘ bei Patienten unterstützt“. Zusammen mit dem neu eingeführten „Broad Patient Consent“ sei das Tool zu einer wertvollen Hilfe in klinischen Studien geworden.

Nach dem Gespräch mit den US-Gästen zog der kaufmännische Vorstand einen Vergleich mit dortigen Verhältnissen. In den USA habe man einige Digitalisierungsumgebungen geschaffen, in denen man nun weiter sei als in Deutschland und wo man das Instrument „monetäre Motivationsmechanismen für die Sicherstellung standardisierter IT-Lösungen“ forcierter einsetze. Elsner berichtete dazu: „In Deutschland hat man sich mehr Zeit bei der Detailregulierung zu DSGVO- und KRITIS-Anforderungen gelassen, und es entsteht das Gefühl, dass hierdurch eine größere ‚Sperrigkeit‘ im System entstanden ist.“ Gleichwohl zeige der Austausch und die teilweise erfolgende Adoption: „Die Probleme sind überall die gleichen, aber die Herangehensweisen sind unterschiedlich; sie können beide Seiten gut befruchten, wir können voneinander lernen“.



Beim Besuch im St. Josefs-Hospital ging es u.a. um das „Big Picture“ der Versorgung der Zukunft.

St. Josefs-Hospital

„Mit unserer Präsentation wollten wir auf der einen Seite das große Ganze zeigen, das ‚Big Picture‘ unserer verbundübergreifenden Digitalstrategie, die wir bereits seit vielen Jahren entwickeln und die fortlaufend wächst“, sagte Geschäftsführer Thomas Reckmeyer. Auf der anderen Seite sollten aber auch einzelne Projekte in den Fokus gerückt werden, die bereits in der aktiven Nutzung seien und einen großen Mehrwert haben. Als Beispiele nannte er die Nutzung und Entwicklung von Apps zu Kommunikations- und Informationszwecken wie die „JoHo Baby-App“ und die „Siilo Messenger-App“, konkrete Erleichterungen im praktischen Arbeitsalltag durch den Einsatz einer digitalen Fieberkurve oder eines Unit-Dose-Systems und ein vielschichtiges, modernes Krankenhausinformationssystem.

Von dem Austausch mit den US-Vertretern nahm Reckmeyer als Botschaften mit: „Wir nehmen insbesondere die positive Botschaft mit, dass wir uns mit unserer Digitalstrategie auf dem richtigen Weg befinden. Die Herausforderung ist ohne Frage komplex und groß, aber wir wurden in unserer Richtung weiter bestärkt.“

Das Feedback der US-Vertretungen

Das KHZG bringt dringend benötigte Invest-Potenziale für deutsche Krankenhäuser, nahm Albert Oriol als Botschaft mit zurück in die USA. Ein Nachteil bestehe laut dem CIO der Rady's-Pädiatrie-Gruppe darin, dass das Gesetz einen Schnellschuss produziert, der Krankenhäusern bei allen weiteren Belastungen rasches aufwändiges Handeln aufzwingt. Viele der Häuser, so sein Eindruck, würden nach neu zu konzipierenden Lösungen suchen, statt Produkte von der Stange zu verwenden, wo sich die Frage ergibt, ob diese hiesig bislang zur Verfügung standen. Was können hiesige Häuser von Hightech

Act und Meaningful Use lernen, die die Blaupause für das KHZG und den Digitalradar geboten haben? Oriol erinnert v.a. an das Chaos, das für US-Patientinnen und -Patienten durch die Vielzahl an Patientenportalen entstand. Gleich mehrere Portale sollten Erkrankte bedienen, wenn sie Leistungen mehrerer Leistungserbringer in Anspruch nahmen – das funktioniert nicht. In den USA investierten Leistungserbringer in fachlich tiefe Funktionalitäten, die später aber auch bei Großanbietern zu finden waren – worauf der Disinvest aus kleinen Lösungen folgte. DSGVO könnte verstärkt zum Modell für Da-

tenschutz in den USA werden, betonte Oriol. Auch Keith Fraidenburg, CEO des CIO-College CHIME, stellte das KHZG analog zur US-Förderung in den Mittelpunkt. Die Beschleunigung der Digitalisierung durch Förderung ist grundsätzlich zu begrüßen, betonte Fraidenburg. Den engen Zeitrahmen sieht er als Herausforderung; v.a. bei klinischen Systemen müssten langfristige Folgen von Entscheidungen unbedingt beachtet werden. Interoperabilität kann helfen, den Weg zur Digitalisierung abzusichern; Langfriststrategien müssten jedoch zahlreiche weitere Schlüsselfaktoren einbeziehen.



Beim Besuch des Viktoriastiftes stand u.a. das Krankenhaus-zukunftsgesetz (KHZG) im Fokus.

Landeskrankenhaus Viktoriastift

Beim Site Visit am Viktoriastift wurde gezeigt, „dass wir bereits vor dem KHZG unternehmensintern eine digitale Agenda auf den Weg gebracht hatten“, erklärte Dr. Thorsten Junkermann. Er ist Regionaldirektor Nord, Landeskrankenhaus, Kaufmännischer Direktor, Rhein-Mosel-Fachklinik sowie Chief Digital Officer des Landeskrankenhauses. „Diesen Zielsetzungen hat das KHZG einen großen Schub verliehen. Wir hatten einen Plan, dann kam der Booster.“ Die Themen im Vergleich mit US-Verhältnissen seien ähnlich: Digitalisierung, Fachkräftesuche, Patientenbeteiligung. „Nur sind wir in Deutschland etwas hinten dran“, sagt Junkermann. Er beschreibt hierfür ein Beispiel: „Kliniken in den USA standen vor zehn Jahren vor einer ähnlichen Herausforderung wie wir heute. Damals hatte der Staat die digitale Entwicklung massiv gefördert. Man musste ganz ähnliche strategische Aufgaben bewältigen, vor denen wir heute stehen.“ Auch Junkermann ist der Ansicht, dass man viel um Austausch mit den USA lernen könne, um die eigene digitale Strategie umzusetzen. „Positiv war, dass wir auf einem guten Weg sind, indem wir die Digitalisierung zum Managementthema erhoben haben.“

Fahrradleasing bei den Schön Kliniken

Das Rad als „Bindungstool“

Gesundheit und Nachhaltigkeit sind die Gebote der Stunde. Mit einem Fahrradleasing-Programm für Mitarbeitende können Unternehmen bei beiden Themen punkten. Die Schön Klinik Gruppe macht das schon seit 2019 – zusammen mit dem Dienstrad-Anbieter Company Bike.

Mit einem umfangreichen Betrieblichen Gesundheitsmanagement setzen sich die Schön Kliniken ganzheitlich für das Wohlbefinden ihrer Mitarbeitenden ein. „Wir wollen Angebote machen, die genutzt werden und einen Mehrwert haben“, sagt Michaela Berger, Personalreferentin der Schön Klinik Holding SE. In der Corona-Zeit hat die Einrichtung deshalb eine Vielfalt an digitalen, klinikspezifischen Angeboten ins Leben gerufen, z.B. digitale Gesundheitskurse, Workshops zum gesunden Arbeiten im Homeoffice oder Lebenslagencoaching.

Vor gut drei Jahren haben die Schön Kliniken das Betriebliche Gesundheitsmanagement um das Company-Bike-Programm erweitert. „Wir haben viele Anfragen dazu von Mitarbeitenden aus den verschiedenen Kliniken bekommen. Deshalb haben wir uns mit dem Thema beschäftigt und festgestellt, dass Fahrradleasing gut zu unserem betrieblichen Gesundheitsmanagement passt“, erinnert sich Berger, die als zentrale Ansprechpartnerin für das Fahrradleasing-Programm zuständig ist.

Das Angebot wird gerne angenommen. Kein Wunder, denn das E-Bike verleiht auch dem Dienstradprogramm der Schön Kliniken Rückenwind. In den letzten drei Jahren ist der Anteil an E-Bike-Bestellungen der Mitarbeitenden stetig gestiegen. 2019 waren es knapp unter 50 Prozent; mittlerweile sind rund drei Viertel aller ausgelieferten Räder elektrisch. „Für unsere Mitarbeitenden ist die hohe Ersparnis der größte Vorteil beim Fahrradleasing“, erklärt Berger, Ratenzahlung und Steuerersparnis machen es möglich. Für einen weiteren Benefit sorgen die Schön Kliniken mit der Möglichkeit, Company-Bikes für die ganze Familie (bis zu vier Räder) zu bestellen sowie mit einem Fünf-Euro-Zuschuss auf die monatlichen Leasingraten des ersten Rads.

Zudem gibt es einen Rundumservice mit individueller Beratung, persönlicher Auslieferung der Räder direkt am Arbeitsplatz sowie einem mobilen Reparaturservice, für den die firmeneigenen Zweiradmechaniker mit einem Servicefahrzeug deutschlandweit an die Unternehmensstandorte kommen.

Aber auch die Klinikgruppe profitiert vom Fahrradleasing: „Intern nutzen wir das Company-Bike-Programm als ‚Mitar-



Bei den Schön Kliniken gehören E-Bikes zum Mitarbeiterbindungsprogramm.

beiterbindungstool‘ und für Stellenausschreibungen“, sagt Berger. „Neben flexiblen Arbeitszeitmodellen versuchen wir unseren Mitarbeitenden gute Zusatzangebote zu machen, mit denen wir uns von anderen Kliniken abheben. Dazu gehört auch unser ‚Schön privat‘-Angebot. Damit erhalten alle unsere Mitarbeitenden, ihre Lebenspartner und -partnerinnen sowie ihre Kinder Privatpatientenstatus in allen Schön Kliniken ohne Zusatzkosten.“

Bei den Schön Kliniken hat man sich für Company Bike als Dienstleister entschieden, weil das Unternehmen den Wunsch der Geschäftsführung nach einem zentralen Ansatz abbildet. „Company Bike hat sich auf Großunternehmen mit mehreren Standorten spezialisiert und bietet ein Konzept an, das wir in ganz Deutschland unkompliziert jeder unserer Kliniken zur Verfügung stellen können. Sowohl die einfache Abwicklung der Prozesse über ein individuell eingerichtetes Online-Portal als auch die verschiedenen Rücknahmeprozesse haben uns überzeugt. Neben der Rückgabe und dem Kauf zu einem günstigen Restwert, bietet Company Bike die Übernahme ins Privatleasing, die Weitergabe des Vertrags oder die Mitnahme zum neuen Arbeitgeber an.“

Die Abwicklung des Fahrradleasings in den einzelnen Kliniken erfolgt über die jeweilige Personalabteilung. Sie ist Ansprechpartner, gibt Bestellungen frei und organisiert Infotage.

Malin Auras,

Kontakt: m.auras@company-bike.de

Interview mit Prof. Dr. Henriette Neumeyer

„Wir brauchen einen flexiblen Geist“

Sie ist Ärztin und Expertin für IT-gestützte Versorgungsprojekte sowie integrierte Versorgung: Die neue stellvertretende Vorstandsvorsitzende der DKG will den Wandel in der Versorgungslandschaft aktiv vorantreiben und auf Partizipation, Interaktion und Kreativität setzen.

Die Selbstverwaltung der Krankenhäuser in Deutschland hat eine neue Playerin dazugewonnen: Henriette Neumeyer. Die Medizinerin war selbst in der Patientenversorgung aktiv, ehe sie nach unterschiedlichen Stationen u.a. in der Industrie und Beratung (siehe Infobox S. 23) ihre neue Position eingenommen hat. Neumeyer sagt über sich, dass sie ihre Neugier und ihre Eigenschaft, Dinge zu hinterfragen, zur Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) gebracht haben. Im Gespräch mit HCM erklärt die Digitalisierungsberaterin, die seit 2020 als selbstständige Unternehmensberaterin Kliniken in Transformationsprozessen begleitet, ihren Blick auf die Versorgungssituation in Deutschland und die Rollen von Politik und Krankenhausmanagement. Dabei geht es auch um Ambulantisierung, Fachkräftemangel, geopolitische Entwicklungen und um die Frage, wie es gelingen kann, angesichts der multiplen Herausforderungen zu bestehen.

HCM Frau Professorin Neumeyer, seit rund zwei Monaten sind Sie als Medizinerin nun Playerin in der Selbstverwaltung. Wie fällt ihre erste Einschätzung gegenüber des neuen Umfeldes aus?

Neumeyer: Ich habe mich als praktizierende Ärztin vor ganz langer Zeit einmal gefragt, wie funktioniert das hier eigentlich alles und welche Einflussfaktoren bedingen, dass die

Interview



Prof. Neumeyer ist seit 1. Juni 2022 stellvertretende Vorstandsvorsitzende der DKG und Leiterin des neu zugeschnittenen Geschäftsbereiches „Krankenhauspersonal und Politik“.

Arbeit im Krankenhaus auf diese Weise läuft. Diese Neugierde hat mich in meine heutige Rolle gebracht. Jetzt ist es für mich interessant zu sehen, wie die Prozesse im Hintergrund tatsächlich vor sich gehen. Ich erlebe dort eine extreme Gründlichkeit und einen hohen Anspruch durch wissenschaftliches Arbeiten und Rücksichtnahme auf die Betroffenen, Lösungen zu erzielen. In diesem wissensgetriebenen Umfeld fühle ich mich genau richtig.

HCM Sie verantworten mit dem Geschäftsbereich 1 die Themen Politik und Personal. Haben Sie für sich bereits Handlungsfelder definiert?

Neumeyer: Das Thema Personalengpass befindet sich derzeit mit all seiner Komplexität am höchsten Punkt unserer Agenda. Dabei geht es

nicht nur um das Thema Personalmanagement im eigentlichen Sinne, dazu gehört auch die Frage, wie wir Leistung im Krankenhaus künftig erbringen wollen. Hier sehen wir große Potenziale in den Strukturthemen rund um das Personal, aber auch in der Digitalisierung. Denn mit nur einer Maßnahme bzw. monokausalem Denken kommen wir hier nicht weiter. Die Leitfrage für mich lautet daher: Wie bewältigen wir in unserem System die Patientenversorgung von morgen bestmöglich? Dabei schließt sich für mich direkt die Fragestellung nach Arbeitsweisen und damit der intersektoralen Versorgung an.

HCM Was kann den Fachkräftemangel denn noch positiv beeinflussen?

Neumeyer: Ein wichtiger Faktor sind

natürlich gute Arbeitsbedingungen und vernünftige Bezahlung. Das sind aber im Grunde Hygienefaktoren. Denn die Arbeit in der Patientenversorgung muss auch Spaß machen. Dazu gehört für mich in einem klinisch stationären Umfeld, dass ich mich als Person einbringen und gute Versorgung leisten kann. Nun ist Versorgung natürlich zu Recht reguliert, aber häufig so kleinteilig und so wenig beeinflussbar durch die einzelne Person, dass gute Ideen – auch wenn sie schon in Modellprojekten umgesetzt werden – häufig nicht in die Regelversorgung kommen. Wenn wir uns z.B. die Ambulantisierung ansehen, dann stellen wir fest, dass diese häufig von einem ökonomischen Ende aus gedacht wird. Wenn man sich aber das eigentliche Potenzial ansieht, das wir auch in unserem Positionspapier zur klinisch ambulanten Versorgung beschrieben haben, stoßen wir auf die Chancen, die das Bridging zwischen stationärer und ambulanter Versorgung für optimierte, modernere Arbeitsprozesse im klinischen Umfeld haben kann. Das ermöglicht uns auch, in den Wettbewerb um Fachkräfte mit anderen Branchen zu treten. In meinen vorherigen Aufgaben habe ich immer wieder beobachtet, welche Kreativität in den Menschen, die im stationären Umfeld arbeiten, steckt. Sie dürfen wir nicht enttäuschen, indem wir ihnen die Möglichkeiten nehmen, mitgestalten

zu können. Wir stecken gerade in der Klemme zwischen unserem Wunsch nach bestmöglicher Qualität, bestmöglicher Regulatorik, bestmöglicher Personalausstattung und dem starken Bedarf nach einem kreativen und flexiblen Geist, der die Erkenntnisse, die wir vielfach schon haben, in die

so sehr das Bestreben ist, diese in die Breite zu bringen. Hier müssen wir uns viel mehr fragen, wie es uns gelingen kann, der Kreativität, die wir eigentlich gefördert haben, auch den Raum zu geben, Realität werden zu können. Das darf natürlich nicht zur Überforderung führen.

11 Jetzt ist die Zeit, ein Gesundheitsleitbild zu entwickeln.

Prof. Dr. Henriette Neumeyer

Versorgungsrealität bringt. In der Ambulantisierung und der in sektoralen Versorgung steckt aus meiner Sicht ein großes Potenzial hinsichtlich der Reorganisation von Arbeitsprozessen.

HCM **Kreativität und unser Gesundheitssystem, sind das nicht die klassischen Antagonisten?**

Neumeyer: Im Grunde greifen hier Leadership-Konzepte: Wenn man möchte, dass Menschen kreativ handeln, dann muss man ihnen Vertrauen und Räume aufzeigen, in denen sie kreativ tätig werden können. Und dann muss man auf diese Ideen auch hören wollen. In unserem Gesundheitswesen würde das bedeuten, die Regelversorgung einzubringen. Da habe ich z.B. beim Innovationsfonds das Gefühl, dass gute Projekte abgeschlossen werden, aber gar nicht

HCM **Überforderung angesichts Veränderung?**

Neumeyer: Wir sehen große Belastungen gerade in der Zeit von Corona, wo man sich fragen muss, ob die Krankenhäuser unzählige Transformationsprojekte schaffen. Hier müssen wir auf die einzelnen Akteursgruppen eingehen, damit sie diese Veränderungen mitgehen können.

HCM **Ist denn der Fachkräftemangel die größte Herausforderung derzeit oder sind es vielmehr parallel ähnlich stark ausgeprägte Aufgabenstellungen?**

Neumeyer: Der Fachkräftemangel hängt ein Stück weit mit der Strukturfrage danach zusammen, wie wir Patientinnen und Patienten an welchem Ort versorgen wollen. Dieses Setting macht die Hauptherausforderung aus. Wenn wir auf die Zeit der Ukraine-Krise und die Problematik der Corona-Pandemie blicken, sehen wir aber auch, dass Finanzierung zunehmend zu einem Engpass wird. Die großen drei Themen sind: Systemfinanzierung, nachhaltige Strukturperspektive und Leitbilder für präventivorientierte Patientenversorgung und das konzertierte Zusammenwirken dafür, dass das Gesundheitswesen auch gegenüber anderen Branchen wettbewerbsfähig hält.

HCM **In welcher Rolle sehen Sie die Politik?**

Neumeyer: Sie hat die Aufgabe, solche

Wer ist Prof. Neumeyer?

Henriette Neumeyer ist ausgebildete Ärztin und hat nach ursprünglich chirurgischer Ausrichtung als Projektleiterin bei der Lohfert & Lohfert AG gewirkt. Sie schloss den Master of Business Administration in General Management an der Nordakademie Hochschule der Wirtschaft ab, an der die Professorin seit 2019 den Master-of-Science-Studiengang im Fach Health-care Management leitet. Ehe sich Neumeyer im Juni 2020 in der Unternehmensberatung für Digitalisierungsthemen selbstständig gemacht hat, hat sie u.a. als Senior Clinical Consultant bei Philips gearbeitet. Neben ihrer Position als stellvertretende Vorstandsvorsitzende der DKG ist Neumeyer weiterhin als Hochschullehrerin tätig.

www.klinischeberatung.de

Entwicklungen vorausschauend zu betrachten und den Ordnungsrahmen darauf auszulegen, dass die Transformationsbewegung, die wir brauchen, um eine Resilienz des Systems zu gewinnen, möglich ist. Im Moment sehen wir Reformkonzepte, die in sehr kleinen Gruppen entwickelt werden. Ich würde mir hier ein sehr viel partizipativeres Vorgehen wünschen.

HCM Welche Vision einer Versorgungsstruktur haben Sie? Wird uns der „große Wurf“ gelingen?

Neumeyer: Wenn man sich vorstellen muss, Personalengpass, Finanzierung und all die anderen Herausforderungen vereinbart zu bekommen, ist man schon fast ein bisschen beschwert, sich eine positive Zukunft vorzustellen. Deshalb ist es einfacher auf den tatsächlichen Bedarf zu schauen. Eine bedarfsorientierte Strukturreform tut dies. Ein integriertes Zusammenwirken ist das was wir brauchen. Das Wort Sektorengrenze ist hoffentlich irgendwann einmal vergessen. Denn die Krankenhäuser werden mehr als ein Anbieter klassischer, komplexer Versorgungsleistungen und Notfallversorgung sein. Eine sektorenübergreifende, telemedizinisch gestützte Versorgung, die nachhaltig auf Versorgungsleuchttürmen und Strukturen aufsetzt, in der eine persönliche Echtzeitbetreuung möglich ist, ist ein Zukunftsszenario, auf das wir uns stützen müssen. Jetzt ist die Chance, ein Gesundheitsleitbild zu entwickeln. Ob uns der „Wurf“ gelingen wird, hängt an allen Beteiligten. Wir sollten uns aber nicht fragen ob, sondern wie und wie schnell der Wurf gelingt; das Ob nimmt uns der demographische Wandel ab.

Bianca Flachenecker

Chefredakteurin,
Health&Care Management,
Kontakt: bianca.flachenecker@holzmann-medien.de



InPaK-KOLUMNE



Auswahl ohne Wahl?

Vor einer inzwischen schon gefühlt langen Zeit gab es die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Bewerberinnen und Bewerbern auszuwählen. Nach heutigem Gesichtspunkt ein „Schlaraffenland“. Doch auch damals wurden nicht unbedingt die Positionen mit den bestmöglichen Personen besetzt. Teilweise scheiterte dies an klaren Anforderungen oder auch an der Vorgehensweise bei der Auswahl. Im heutigen Markt, in dem der Fachkräftemangel ja fast schon so weit reicht, dass einzelne Abteilungen den Betrieb einstellen müssen, ist die Auswahl zwischen mehreren Personen oft nicht mehr gegeben. Meist kann man froh sein, wenn sich ein bis zwei Bewerbende pro ausgeschriebener Position einfinden. Warum sollte man dafür noch ein Anforderungsprofil und ein Auswahlverfahren erarbeiten? Eigentlich ist man ja froh, wenn sich zumindest ein Mensch einfindet, der die jeweilige Position besetzen möchte.

Leider kann es jedoch sein, dass dieser Mensch nicht alle Anforderungen der Position erfüllt und somit die Herausforderungen bewältigen kann. Umso mehr und umso wichtiger ist es, herauszufinden, ob die Person für die Position und die Herausforderung geeignet ist. Ein gezieltes Anforderungsprofil zu erstellen und ein gezieltes Auswahlverfahren durchzuführen ist also weiterhin sinnvoll. Hier empfehle ich, im Vorfeld sowohl die fachlichen Anforderungen und die überfachlichen Anforderungen, d.h. die notwendigen Eigenschaften aufzulisten. Auf dieser Basis ist es sinnvoll, sich eine Checkliste anzulegen, um die Bewerbungsunterlagen durchgehen zu können und jeweils Einträge machen zu können, welche Anforderungserfüllungen in den Bewerbungsunterlagen ersichtlich sind. Falls der/die Bewerbende nach der Auswertung passend erscheint, sollte im nächsten Schritt zu einem strukturierten Interview oder auch sogar zu einem Auswahlverfahren eingeladen werden. Auch dieses Auswahlverfahren sollte sich auf das Erfassen der Anforderungsprofilfüllung fokussieren. In dem strukturierten Interviewleitfaden werden die Fragen und die potenziellen Antworten auf die Anforderungen erfasst. Innerhalb eines Auswahlverfahrens können beispielsweise Fallbearbeitungen, die auf die Herausforderungen der zukünftigen Position zugeschnitten sind, durchgeführt werden. Hierdurch wird erfasst, wie der/die Bewerbende mit den Herausforderungen der Position konkret umgehen würde und welche Lösungsmöglichkeiten oder Maßnahmen vorgeschlagen werden. Falls noch Entwicklungsnotwendigkeiten bestehen, können diese auf Basis der Ergebnisse definiert werden. Auswahlverfahren sind und bleiben also sinnvoll, auch wenn man nur wenig Auswahl an Bewerberinnen und Bewerbern hat.

**Petra Schubert, InPaK-Mitglied,
Geschäftsführerin Schubert Management Consultants
GmbH & Co. KG, Kontakt: petra.schubert@schubert-consultants.de**

DEKRA-Expertentipp

Mit Methode gegen psychische Belastungen

Wenn sich Strukturen verändern, entstehen auch bei Mitarbeitenden in der Gesundheitswirtschaft neue psychische Gefährdungen. Ehe Folgen wie Burn-out, Fehlzeiten oder fehlende Motivation (innere Kündigung) auftreten, können Führungskräfte und Unternehmen frühzeitig gegensteuern.

Das neue Arbeitsschutz-Managementsystem zur psychischen Gesundheit nach ISO 45003:2021 bietet einen international gültigen Leitfaden, um rasch einen Handlungsbedarf im Betrieb zu erkennen und proaktiv ein Umfeld zu schaffen, das auch unter schwierigen Rahmenbedingungen die psychische Gesundheit von Mitarbeitenden fördert. Die neue Norm unterstützt Arbeitgeber mit praktischen Anweisungen, psychosoziale Risiken zu erkennen und zu managen.

Programme zur Mitarbeitermotivation und Stressbewältigung sind in Unternehmen zwar verbreitet, psychische negative Beanspruchungen werden jedoch häufig stigmatisiert. Personalverantwortliche sehen Defizite bei

Führungskräften, z.B. wenn es darum geht, mit virtueller Führung oder der psychischen Gesundheit der Mitarbeitenden umzugehen. Vor diesem Hintergrund helfen Managementsysteme zur Objektivierung. Die übergeordnete Norm ISO 45001 für den Arbeits- und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz sowie die um die psychosozialen Risiken erweiterte ISO 45003:2021 liefern wichtige Bausteine für den Aufbau einer gesunden Unternehmenskultur.

Ziel ist, dass die Organisation auch bei externen Stressfaktoren überlegt agiert und ihre Leistungsfähigkeit aufrechterhalten kann. Die ISO 45003:2021 ist kein zertifizierungsfähiger Standard. Die Konformität kann jedoch separat oder auch in Kombination mit einer Zertifizierung für das

Managementsystem nach ISO 45001 bewertet werden.

Ein Schlüsseldokument ist die Gefährdungsbeurteilung, die Belastungsfaktoren und Maßnahmen benennt sowie die zur Verfügung stehenden Kompetenzen und Verantwortlichkeiten beschreibt. Das deutsche Arbeitsschutzgesetz fordert neben der allgemeinen Gefährdungsbeurteilung auch eine Beurteilung psychischer Gefährdungen. Für die psychische Gefährdungsbeurteilung kann z.B. das anerkannte digitale DearEmployee-Verfahren mit Fokus auf u.a. inhaltliche, organisatorische und soziale Aspekte sowie die subjektive Einschätzung der Beschäftigten.

Dr. Karin Müller,
Leiterin Mensch & Gesundheit DEKRA,
Kontakt: karin.mueller@dekra.com

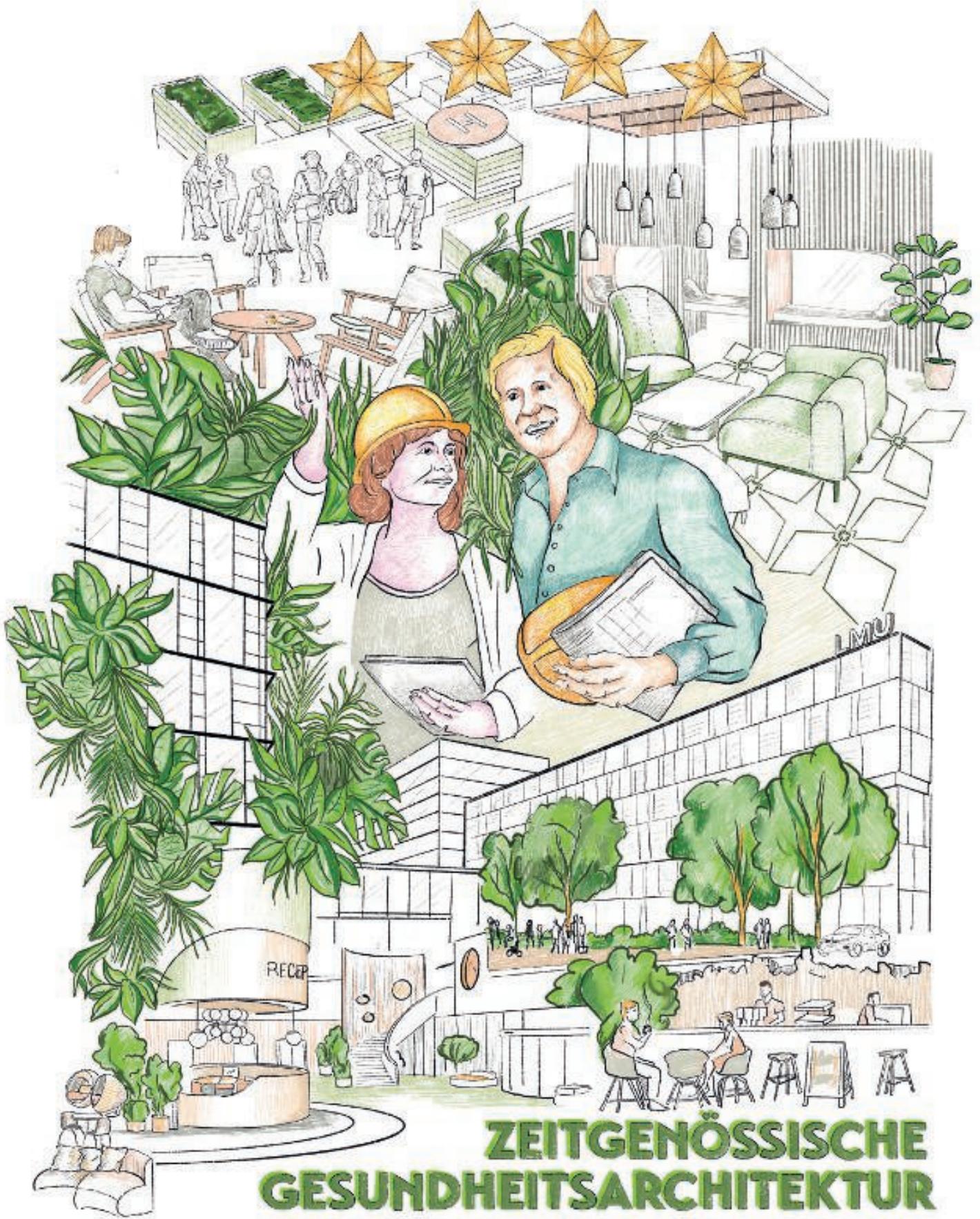
Ein Lachen schenken



Helfen auch Sie! Ihre Spende macht den Besuch der KlinikClowns bei kranken Kindern und pflegebedürftigen Senioren möglich.

Spendenkonto
IBAN: **DE94 7016 9614 0000 0459 00**

www.klinikclowns.de · www.facebook.com/klinikclownsbayern
KlinikClowns e. V. · Infos: Tel. 08161.418 05



ZEITGENÖSSISCHE GESUNDHEITSARCHITEKTUR

Kontemporäre Gesundheitsbauten

Der „Betonklotz“ hat ausgedient. Was derzeit an neuer Gesundheitsarchitektur entsteht, ist nicht mehr der an Größe variierende eckige, graue Kasten. Es sind vielmehr natürlich anmutende, sich an die umliegende Landschaft anschmiegende Bauten. Ein bekanntes Beispiel: die Waldkliniken Eisenberg. Geschäftsführer David-Ruben Thies hat hier seine Vision eines menschenfreundlichen Krankenhausbaus Realität werden lassen, der in Deutschland noch seinesgleichen sucht. Hier ist Achtsamkeit gegenüber den Patientinnen und Patienten, aber auch gegenüber den Mitarbeitenden in die Architektur „eingewebt“. Wie das gelingen konnte erklärt er im Interview mit HCM (ab S. 28).

In Großhadern soll bald eine neue Versorgungslandschaft nach dänischem Vorbild entstehen: „Eine grüne Krankenhausstadt im menschlichen

Info

Mehr zum
Thema Gebäude
& Technik finden
Sie auf der
Themenseite
unter [www.
hcm-magazin.
de](http://www.hcm-magazin.de).

Maßstab“, wie Architekt Julian Weyer ab Seite 32 berichtet. Aber nicht nur im Krankenhausbau findet derzeit ein Umdenken statt, auch Pflegeeinrichtungen setzen auf neue Konzepte, die die Bedürfnisse der Bewohnenden, aber auch Entwicklungen wie Digitalisierung ins Zentrum rücken. In Traunreut entsteht derzeit ein Leuchtturmprojekt für altersgerechtes Wohnen (ab S. 36).

Wie Gesundheitsräume mit Empathie gestaltet werden können, zeigt der „Healthcare Design Guide“ ab Seite 38. Welche Rolle bei der Gebäudeplanung Prozesse spielen und wie man diese sinnvoll für die Projektziele nutzen kann, erklärt Stefan Meyer, Consultant, HDR (S. 40 f.). Wie bei alldem die Herausforderungen der nachhaltigen Energieversorgung mitgedacht werden können, zeigt Jochen Lam, transsolar, ab Seite 42.

Interview mit David-Ruben Thies

„Tausende Momente der Achtsamkeit“

Die Architektur der Waldkliniken Eisenberg sucht hierzulande vergeblich nach Ihregleichen. Was dort im letzten Jahrzehnt entstanden ist, ist mehr als ein medienwirksames Vorzeigehospital. Geschäftsführer Thies will damit v.a. eines zeigen: Wie Versorgung auch und achtsamer funktionieren kann.

Das Gebäude der Waldkliniken Eisenberg ist derzeit wohl der bekannteste Klinikneubau Deutschlands und das einzige Krankenhaus, das sich mit vier bzw. sogar fünf Sternen des Deutschen Hotel- und Gaststättenverbandes (DEHOGA) schmücken darf. In dem in Holzhybridbauweise errichteten Haus unter kommunaler Trägerschaft werden Patientinnen und Patienten zu Gästen, die nicht mehr „ertragen“ oder „erdulden“ müssen, wie es der lateinische Wortursprung „patiens“ impliziert, und damit zu Menschen, denen Gastfreundlichkeit, Service, medizinische Versorgungsqualität und v.a. eines entgegenbracht wird: Achtsamkeit. Sie ist eingewoben in die Architektur des Gebäudes und vom Empfangsbereich bis ins Patientenzimmer spürbar.

Geschäftsführer David-Ruben Thies erzählt im Gespräch mit HCM, was Achtsamkeit mit Gebäudegestaltung zu tun hat, warum es dabei v.a. um „Hospitality“ geht und wie all das die Gesundheitsversorgung nachhaltig verbessern kann.

HCM Herr Thies, Sie erzählten von einem Moment der Rührung, als Sie Ihre Gäste statt im Krankbett gemütlich in den Wintergärten ihrer Zimmer zusammensitzen sahen. Nehmen Sie uns noch einmal mit in diesen Moment?

Interview



David-Ruben Thies, Geschäftsführer der Waldkliniken Eisenberg, hat seine Vision von einer wertschätzenden Umgebung im Krankenhaus zur Realität gemacht.

Thies: Sehr, sehr gerne. Die Idee hinter den Wintergärten war ja, einen Ort der Begegnung zwischen den Patientenzimmern zu schaffen, in dem sich die bei uns behandelten Menschen gegenseitig Achtsamkeit entgegenbringen können, anstatt einsam in ihren Betten zu liegen und auf den Fernseher zu starren. In meiner Vorstellung sollte so zudem ein entlastender Effekt für die Pflegekräfte entstehen. Aber das war zunächst einmal nur die Theorie. Als ich an diesem ersten Abend bei meinem Rundgang sah, wie tatsächlich alle in diesen gedimmten, schönen Wintergärten saßen, die Betten leer,

die Fernseher unbeachtet, da kam mir eine Träne der Rührung über die Wangen. Dass diese blanke Theorie Realität wurde, das war für mich ein sehr berührender Moment.

HCM Es ist nun fast zwei Jahre her, seit das neue Gebäude der Waldkliniken Eisenberg eröffnet wurde. Wie fühlt sich das an, Ihr neues Krankenhaus in Betrieb zu sehen?

Thies: Dieses Gefühl von „Wow, schön!“ kommt bei mir erst jetzt so richtig an. Das erste Mal „Haus voll“ habe ich so gar nicht erlebt, da ich zu diesem Zeitpunkt im Sabbatical war. Als ich wieder zurück war, waren wir – die Mitarbeitenden ebenso wie ich – zunächst einmal primär damit beschäftigt, Kinderkrankheiten zu beseitigen und anzukommen, parallel galt es auch noch die Corona-Wellen gut organisiert zu bestehen.

HCM Sie wollten einen Ort im deutschen Gesundheitssystem schaffen, an dem Achtsamkeit stattfinden kann und gelebt wird. Inwiefern ist Ihnen das gelungen?

Thies: Achtsamkeit ist eine Art innere Haltung, die wir in die Architektur des Hauses hineingebastelt haben. Ein Beispiel: Die Unit-Stützpunkte der Pflege auf jeder Station. Die Pflegekräfte sind jederzeit sichtbar für die Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen aber auch für Kolleginnen und Kollegen.

Jemanden nicht finden, gibt es bei uns nicht. Selbst bei Team-Besprechungen, die in separaten, aber verglasten Räumen stattfinden, ist Blickkontakt möglich. Und den Effekt dessen spürt man: Es wird weniger nach der Pflege geklingelt, die Gäste sind beruhigter und damit auch zufriedener. Ein anderes Beispiel für gelebte Achtsamkeit in unserem Haus sind die besagten Wintergärten. Gerade in den Zweibettzimmern geben sie den Gästen die Möglichkeit, z.B. bei Besuchen, zur Mittagsruhe oder bei Arztkonsultationen, den Wintergarten als Freiraum zu nutzen. Gleichzeitig sind sie als verbindendes Element ein Ort der Begegnung, an dem man sich in angenehmer Atmosphäre und Blick in die Natur gegenseitig Aufmerksamkeit und Zeit schenken kann. So entstehen in den Waldkliniken Eisenberg täglich tausende Momente der Achtsamkeit – weil wir sie leben und die Architektur sie auch zulässt.

HCM **Stammen die Ideen dazu von Ihnen?**

Thies: Nicht alle. Überigens auch nicht von Fachkrankenhausplanern. Sie stammen in erster Linie von den Mitarbeitenden. Wir haben bereits ganz früh im Planungsprozess alle Mitarbeitenden eingebunden. So sind rund 1.400 Ideen entstanden, nur dreißig davon waren nicht umsetzbar.

HCM **Diese – nennen wir sie Architektur der Achtsamkeit gegenüber allen am Versorgungsprozess Beteiligten – verlangt sie dem Personal ein fundamentales Umdenken ab?**

Thies: Definitiv. Stellen Sie sich nur einmal das Szenario an den Unit-Stützpunkten vor: Die Teams, Ärzteschaft wie Pflege und auch alle anderen Professionen sind während ihres Arbeitsalltages immer sichtbar. Das ist v.a. für diejenigen, die ihren Job in anderer Form bereits mehrere Jahrzehnte gemacht haben, eine enorme Umstellung und erfordert Offenheit



Unit-Stützpunkt: Der Pflegestützpunkt sorgt für Transparenz und Erreichbarkeit der Ansprechpersonen.

und die Bereitschaft für Veränderung. Es gibt nach wie vor Kollegen und Kolleginnen, die sich damit bis heute schwertun. Es wäre gelogen, zu sagen, dass alle „Hurra“ gerufen haben.

HCM **Wie nehmen Sie diese Menschen mit?**

Thies: Das machen die Teams untereinander, da eine große Mehrheit die Unit-Gestaltung gut findet. Es ist ja auch in Ordnung, wenn man sieht, dass auch eine Pflegekraft oder ein Arzt einmal eine Tasse Kaffee trinkt oder einen Happen isst. Besonders schön ist es dann, wenn sie das dann mit einer Patientin oder einem Patienten im Wintergarten gemeinsam machen. An diesem letzten „μ“, diesem Verständnis dafür, dass es die Aufgabe von den Mitarbeitenden der Versorgung am Patientenbett ist, die Zeit mit den Menschen darin zu verbringen und nicht mit den Kolleginnen und Kollegen, daran arbeiten wird derzeit noch. Aber da kommen wir hin.

HCM **Ist Ihnen der Bau des Krankenhauses der Zukunft gelungen?**

Thies: Sagen wir es so: Bereits während der Leistungsphase eins wusste ich schon, was ich alles verkehrt gemacht hatte. Ich habe gelernt, dass man wirklich sehr genau überlegen sollte, wie ein Krankenhaus in 40 Jahren aus-

sehen könnte: Was muss das Gebäude alles können, wie wollen wir darin arbeiten, wie wird die Digitalisierung in sämtlichen Fachgebieten abgebildet, inwiefern wird das Gebäude ökologischen Anforderungen gerecht? Wer ein Krankenhaus baut, baut es mit dem Wissen von heute. Ist der Bau nach rund zehn Jahren abgeschlossen, steht da im Grunde schon eine veraltete Hütte. Insofern habe ich nicht das Krankenhaus der Zukunft gebaut, sondern vielmehr der Gegenwart bzw. so wie es sein sollte.

HCM **Was würden Sie jetzt anders machen?**

Thies: Wir sollten uns noch mehr Zeit nehmen, um ins Ausland zu schauen. Ich habe viele Lösungen, die wir heute in den Waldkliniken Eisenberg finden, rein durch Zufall auf meinen zahlreichen Reisen entdeckt – vieles davon auch in Ländern, deren Gesundheitssystem finanziell ungleich schlechter gestellt ist als in Deutschland. Oft wird dort aus der Not heraus eine praktische Lösung entwickelt, so z.B. in Vietnam. Dort gibt es die beste Notaufnahme, die ich je gesehen habe. (Anmerkung der Redaktion: Mehr dazu im Film „Vier Sterne Plus ****“ mit und über David-Ruben Thies.) Würde ich wieder bauen, wäre das gesamte Gebäude aus Holz, es gäbe nur Ein-



Ein Privatzimmer in den Waldkliniken Eisenberg mit dem verbindenden Element Wintergarten – das sich so auch in den Standardzimmern vorfinden lässt.

zelzimmer, die Bäder wären kleiner, es gäbe Schiebetüren in den Nasszellen und eine Gestaltung, die noch mehr Transparenz und Nähe zu den Ansprechpersonen ermöglicht ... kurz gesagt, ich würde ein Krankenhaus als „home away from home“ gestalten.

sie den Menschen, die darin versorgt werden, mehr Wertschätzung entgegenbringen. Dabei darf man sich nicht rein auf bekannte Industrielösungen und Krankenhausplaner verlassen – manchmal funktionieren Lösungen jenseits des Mainstreams noch besser.

„ Wir müssen an Gebäudesettings denken, die den Menschen Wertschätzung entgegenbringen.“

David-Ruben Thies

Insgesamt betrachtet brauchen wir in Deutschland einfach mehr Forschung und Lehre zu Spitalarchitektur.

HCM Ihr Rat an alle, die vor einem Bauvorhaben stehen?

Thies: Machen Sie die Dinge einfach einmal anders.

HCM Wie meinen Sie das?

Thies: Wir machen aus Sicht der Patientinnen und Patienten alle immer noch zu wenig – auch wir, obwohl wir unseren Gästen einen durchaus besonderen Blumenstrauß an Serviceleistungen anbieten. Wir müssen an Gebäudesettings denken, die attraktiv sind, nicht weil sie dann mehr Gewinn bringen, sondern weil sie die Mitarbeitenden entlasten können und weil

HCM Zum Beispiel?

Thies: Einrichtungselemente aus der Hotellerie – die übrigens auch dem Qualitäts- und Hygieneanspruch eines Krankenhauses genügen, Wintergärten, Barista-Kaffeemaschinen, Kulinarik nach Wahl auf Sternenniveau oder ein offener Kamin, Holzelemente, Vorhänge, mit denen sich die Patientenbetten schnell und einfach voneinander abtrennen lassen ...

HCM All das ist zunächst einmal eine Investition. Wie gelingt es unter kommunaler Trägerschaft angesichts der bekannten finanziellen Herausforderungen, ein solches Krankenhaus als Neubau zu finanzieren?

Thies: Wir hatten 46 Millionen Euro an Fördergeldern zur Verfügung, zehn

Millionen Euro an Eigenmitteln. Später hat das Land wegen allgemeiner Kostensteigerungen noch einmal zehn Millionen dazugegeben. Insofern war unser Bauprojekt zu jedem Zeitpunkt vom Blick auf die Kosten geprägt. Wir mussten manches Mal gegensteuern und an unterschiedlichen Schrauben drehen, um die Kosten so gering wie möglich zu halten. Da wird es dann schon einmal der PVC-Boden in edler Holzoptik statt dem High-End-Echtholzboden.

HCM Woran arbeiten Sie aktuell?

Thies: Wir haben derzeit drei Arbeitsschwerpunkte: Es wird unser fortwährendes Bestreben bleiben, unsere Gäste mit dem Respekt und der Achtsamkeit zu begegnen, die man sich von einem Gastgeber wünscht. Dazu arbeiten wir auch an Abläufen und Prozessen, die dieser Achtsamkeit Zeit und Raum geben. Im Rahmen des KHZG haben wir viele Projekte eingerichtet, um digitaler zu werden. Dabei haben wir Erleichterungen für die Gäste im Blick, z.B. durch die Weiterentwicklung unseres Patientenportals (HELSEI). Wir kümmern uns aber auch um Erleichterungen für die Mitarbeitenden, indem wir Arbeitsprozesse so effizient wie möglich gestalten, damit gewonnene Zeit nicht mit Bürokratie gefüllt wird. Und: Ganz im Sinne des neuen Bettenhauses soll die Reha mit 154 Betten die Patientenjourney mit den Hospitality-Idealen der Waldkliniken vervollständigen – mit einem nahtlosen Übergang vom Krankenhaus in die Reha.

Bianca Flachenecker

Chefredakteurin,
Health&Care
Management,



Kontakt: bianca.flachenecker@holzmann-medien.de

Für Architektur aus einem Guss

In den OP-Bereichen des Evangelischen Krankenhauses Oldenburg wird deutlich, wie der neu entwickelte Belag noracare uneo das nora Systemangebot für Kliniken ergänzt

Es ist ein Mammutprojekt, welches das evangelische Krankenhaus Oldenburg stemmt – in mehreren Bauabschnitten werden seit 2011 die Zentrale Notaufnahme, Intensivstationen und OPs erneuert und erweitert. Im Februar 2022 ging der erste Teilbauabschnitt mit insgesamt fünf OP-Sälen, Nebenräumen sowie diversen Einleit- und Rüstbereichen in Betrieb. An den Bodenbelag für den neuen OP-Trakt wurden höchste Ansprüche gestellt – er musste hervorragende Hygieneigenschaften aufweisen, äußerst robust und langlebig sowie einfach und wirtschaftlich zu reinigen sein. Je nach Bereich waren aber auch noch weitere Eigenschaften wie elektrostatische Ableitfähigkeit, besonderes hohe Rutschfestigkeit oder Desinfektionsmittelbeständigkeit gefordert. Die Entscheidung fiel auf das nora Systemangebot für Kliniken: Bodenbeläge mit unterschiedlichen Funktionen, von denen jeder perfekt die Ansprüche des jeweiligen Bereichs abdeckt und zugleich eine funktionsübergreifende harmonische Gestaltung ermöglicht. Zum Einsatz kam auch der neuentwickelte Belag noracare uneo, der durch seine leistungsstarke Oberfläche die in den Waschbereichen vor den OPs benötigte Desinfektionsmittelbeständigkeit und Rutschsicherheit bietet.



Das nora Systemangebot ermöglicht eine übergreifend harmonische Gestaltung. Dabei weisen die Böden, je nach Bereich, unterschiedliche Funktionen auf.

Unterschiedliche Anforderungen – eine Bodenlösung

„Die Bodenbeläge für den neuen OP-Trakt sollten qualitativ hochwertig sein, funktional die unterschiedlichen Ansprüche der jeweiligen Bereiche erfüllen und zugleich eine stimmige, attraktive Gestaltung entlang des Design-Konzepts ermöglichen“, erläutert Projektleiterin Meike Möller von der Architekturgruppe Schweitzer, die 2010 den Architektenwettbewerb zu Umbau und Neugestaltung des OP-Gebäudes gewonnen hatte. nora Kautschukböden bringen alle Anforderungen unter einen Hut: In den OPs liegt der elektrostatisch ableitfähige noraplan signa ed in hellem Beige. In den Fluren und Nebenräumen wurde noraplan signa in zwei warmen

Brauntönen installiert. Die Waschbereiche, in denen neben der hohen Rutschsicherheitsklasse R10 auch höchste Desinfektionsmittelbeständigkeit gefragt war, erhielten noracare uneo.

Höchste Beständigkeit gegenüber Desinfektionsmitteln

noracare Bodenbeläge sind die ideale Ergänzung des nora Systemangebots für das Gesundheitswesen. Sie wurden eigens für Bereiche mit höchsten Hygieneanforderungen und erhöhtem Einsatz von Desinfektionsmitteln entwickelt. „Das Besondere ist die außerordentlich hohe Beständigkeit gegenüber medizini-

schen Medien sowie jodhaltigen Desinfektionsmitteln, wie z.B. Braunoderm oder Betaisodona“, erläutert Martina Hooch, nora Marktsegment-Spezialistin für das Gesundheitswesen in der DACH-Region. noracare uneo ist lebenslang einpflegefrei und kann beschichtungsfrei unterhalten werden. Der Belag mit der seidenmatten Oberfläche ist standardmäßig in 21 Farben verfügbar.

Weitere Infos unter: www.nora.com

nora[®]
by Interface[®]



Der Masterplan der Krankenhausstadt des LMU Klinikums am Campus Großhadern nach dänischem Vorbild.

LMU Klinikum am Campus Großhadern

Gesundheitsstadt mit „grünem Herzen“

Nach dem Modell des dänischen Super-Hospitals in Aarhus entsteht in München eine Krankenhausstadt, die die Menschen in den Fokus stellt. Einblicke in ein neues Krankenhaus, das menschliche, funktionelle sowie technische Anforderungen gleichermaßen erfüllen soll.

Das Neubauvorhaben am Campus Großhadern, der zum Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) in München, einem der führenden nationalen und internationalen Medizinstandorte gehört, bildet insgesamt sechs neue Klinikzentren. Der aktuelle Siegerentwurf aus dem Planungswettbewerb umfasst im Realisierungsteil den ersten Bauabschnitt des Großprojekts, in dessen Rahmen drei Zentren,

- das Herz-Lungen-Gefäßzentrum,
- das Onkologische Zentrum und
- das Diagnostikzentrum

auf einer Fläche von insgesamt rund 70.000 Quadratmetern entstehen.

Dieser erste Bauabschnitt deckt rund 60 Prozent des gesamten Bauvolumens des neuen Klinikums ab. Der Freistaat investiert rund eine Milliarde Euro.

In weiteren Bauabschnitten werden

- ein Bauch-, Becken- und Transplantationszentrum,
- ein Kopfzentrum,
- ein Muskuloskelettales Zentrum und
- weitere Einrichtungen für Forschung, Lehre und Logistik errichtet.

Insgesamt handelt es sich um das größte staatliche Bauvorhaben Bayerns seit der Errichtung des Klinikums in den 60er und 70er Jahren.

Der Entwurf für den Campus Großhadern stammt von den Ar-

chitekten C.F. Møller Architects und Henn, in Zusammenarbeit mit Sinai Landschaftsarchitekten und den Fachplanern HT Hospitaltechnik, Klett Ingenieure, Wetzel & von Seht, HHP Nord/Ost und Büro Heinekamp.

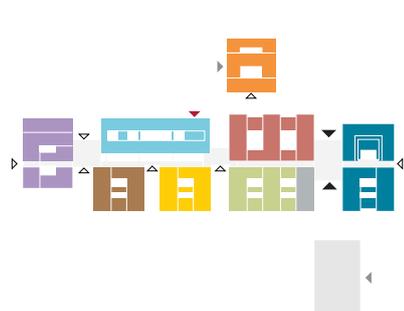
Der Entwurf zeigt starke Einflüsse von den Entwicklungen im skandinavischen Gesundheitsbau – z.B. mit Großprojekten wie dem Universitätsklinikum in Aarhus (siehe HCM-Ausgabe 4/22).

Die Idee der „Krankenhausstadt“ als strategische Flexibilität

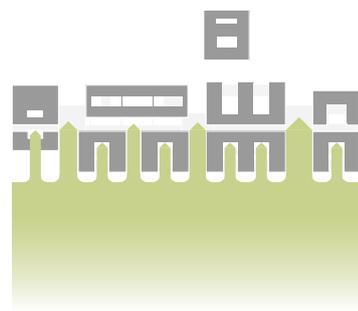
Als erstes und größtes der neuen „Superhospitals“ in Dänemarks ist das



Von der uniformen „Gesundheitsmaschine“ zu einem vielseitigen, städtischen Erscheinungsbild: Der 70er-Jahre-Hochhausbau wird abgelöst von einer human-skalierten, stadähnlichen Silhouette.



Künftiger Grundriss der klinischen Funktionen am neuen Campus Großhadern.



Die grüne Landschaft der zentralen Parkanlage reicht tief in die Gebäudestruktur und stellt die Verbindung zur inneren Straße her.



So soll die Magistrale im Großhaderner Neubau einmal aussehen.

Universitätsklinikum Aarhus ein Vorreiter im Bereich der Healing Architecture und der nächsten Generation der patientenzentrierten Versorgung mit umfassender Landschaftsintegration, einem stadähnlichen Layout für intuitive Wegfindung, Tageslichtversorgung überall, patientenzentrierte Umgebungen und Organisationsprinzipien sowie einem extrem hohen Maß an Zukunftsfähigkeit und Flexibilität in Layouts und Gebäuden.

Das Design wurde unter systematischer Anwendung von wissens- und evidenzbasiertem Design erstellt: Das Konzept der Healing Architecture hat jede Entscheidung bezüglich des physischen Designs beeinflusst, von der Gestaltung von Einzelbettstationen über die Nutzung von Tageslicht und Lichteinfall in allen Räumen bis zu Orientierung, flexiblen Funktionen für die künftige Entwicklung und der Gestaltung der Landschafts- und Gartenräume. Das Herz des Komplexes ist ein grüner Park. Die gesamte öffentliche Erschließung erfolgt durch Kolonnaden.

Ziel war es, möglichst viele Bedürfnisse, Anforderungen und Erwartungen der Patientinnen und Patienten

zu erfüllen, die Einbeziehung der Angehörigen zu fördern und optimale Arbeitsbedingungen und optimierte Arbeitsabläufe für alle Mitarbeitenden zu gewährleisten. So sollte ein Krankenhaus geschaffen werden, in dem die Menschen im Mittelpunkt stehen.

Geborgene Umgebung gepaart mit maximaler Funktionalität

Für neue Großprojekte wie das neue Universitätsklinikum in Aarhus muss mit dem Entwurf ein Krankenhaus geschaffen werden, das ein hocheffizientes Layout aufweist und als freundlicher und informeller Ort wahrgenommen wird. Das Design kombiniert eine geborgene und kleinmaßstäbliche Patientenumgebung, die eine schnelle Genesung fördert, mit einer effizienten Arbeitsumgebung, die durch integrierte Technologie unterstützt wird, damit das Personal v.a. in der Nähe der Patientinnen und Patienten bleiben kann. Diese Entwurfsentscheidungen bilden die Grundlage des salutogenen Konzepts, das die Umsetzung allgemeiner Entwurfsprinzipien wie die ausschließliche Verwendung von Einzelbettstationen in kleinen, intimen

Clustern und eine starke Symbiose zwischen Architektur und Landschaftsgestaltung umfasst, um überall den Blick auf und den Zugang zu grünen Landschaften zu gewährleisten. Ähnlich wie bei der modernen Stadtentwicklung werden auch Zukunftsperspektiven in das Gesamtdesign mit einbezogen. Das Krankenhaus ist so konzipiert und organisiert, dass es zukünftige Anforderungen an Technologien sowie Behandlungs- und Arbeitsmethoden flexibel erfüllen kann.

Dies basiert auf mehreren Strategien. So vermeidet die stadähnliche Organisation bewusst eine feste oder geschlossene Form, sondern lässt stattdessen überall Raum für zukünftige Erweiterungen. Ein Schlüsselkonzept ist außerdem, dass praktisch jeder Bereich im neuen Gebäude Tageslicht hat und der Querschnitt der Gebäude überall gleich ist. Dies bedeutet, dass alle Funktionen de facto austauschbar sind und Standardgrundrisse für z.B. OPs, Intensivstationen, Ambulatorien oder einfache Büroabschnitte verwendet werden können. Jeder Bereich kann so etwaige zukünftige Hauptfunktionen beherbergen, was eine extrem hohe



So soll es in der „Halle“ der neuen Krankenhausstadt in Großhadern später aussehen.

Anpassbarkeit und Zukunftsfähigkeit bedeutet.

In vieler Weise erinnert dieser Ansatz an die Qualitäten der Pavillon-Hospitals des frühen 20. Jahrhunderts, wo ebenfalls kleinteilige Baukörper mit viel Tageslicht und Nähe zum Grün umgesetzt wurden, was den damaligen Erkenntnissen der Hygiene und Pflege entsprach. Wo die ersten Generationen dieser Typologie oftmals für heutigen klinischen Betrieb zu stark unterteilt waren, konnten spätere Beispiele wie das erste Krankenhaus der Universität Aarhus (von C.F. Møller und Kay Fisker ab 1931 erbaut) sich erfolgreich über 80 Jahre lang wechselnden Bedarfen und Neuerungen anpassen, da hier simple Grundrissformen, Durchleuchtung und grüne Freiräume mit engeren baulichen Verknüpfungen kombiniert waren. Die einfache, aber hochwertige Architektur hat als Inspiration für das Konzept des neuen Uniklinikums gedient und wird nach dem Umzug des klinischen Betriebs von der Universität nachgenutzt.

Grüne Ausblicke nach einem Modell in Aachen

Ähnliche Prinzipien haben sich bereits in anderen komplexen Projekten wie der Erweiterung des RWTH Klinikums

in Aachen bewährt, wo zur Vermeidung von Eingriffen in die vorhandene, ikonische und denkmalgeschützte Architektur große Teile der Erweiterung unter die Erde verlegt werden. Der Erweiterungsbau mit Operationsbereich, Intensivstationen und Empfangshalle ist unter eine grüne und üppige Parklandschaft verlegt. Das niedrige Gebäude erhebt sich in einer geschwungenen Bewegung zur Empfangshalle, die zusammen mit ihrem Ausblick auf die grüne Parklandschaft einen freundlichen und einladenden Eindruck vermittelt und intuitiv auf den richtigen Weg führt. Trotz der ver-

senkten Bauweise sind auch hier alle Funktionen mit Tageslicht und grünen Ausblicken versehen und somit auch spätere Anpassungen in den Nutzungsbildern schon mitberücksichtigt.

Campus Großhadern: Auf Wiedersehen, Gesundheitsfabrik!

Für den neuen Campus Großhadern sind die Leitgedanken eine komplette Umwandlung der bestehenden Bausubstanz, hin zu einer grünen, vernetzten und freundlichen Umgebung für zukunftsfähige medizinische Versorgung, Forschung und Lehre. Unter dem Motto „von der uniformen Gesund-

Das Bauvorhaben auf einen Blick

- Der Neubau umfasst sechs neue Klinikzentren.
- Auf einer Gesamtfläche von 70.000 m² entstehen drei medizinische Zentren.
- Im ersten Bauabschnitt sollen etwa 60 Prozent des Bauvolumens mit nur einer Milliarde Euro vom Bauherrn, dem Freistaat Bayern, finanziert werden.
- Das Bauvorhaben umfasst 140.000 m² Bruttogeschossfläche in Phase 1 und
- 280.000 m² Bruttogeschossfläche in Phase 1 bis 4.
- Der Baubeginn für den ersten Baustein ist für Anfang 2024 geplant.
- Sofern die Bestandsbauten für die Erweiterung vorgesehene Flächen besetzen, sollen sie sukzessive abgerissen werden.

Weitere Informationen unter: www.neubau-klinikum-grosshadern.de

heitsfabrik zu einer abwechslungsreichen und grünen Krankenhausstadt im menschlichen Maßstab“ werden so die Ansätze aus den genannten Beispielen auf dem Standort integriert und verknüpfen sich mit bestehenden Qualitäten wie dem attraktiven, aber wenig genutzten Patientengarten.

Grünraum als „Lunge“ verbindet Forschung und Versorgung

Während die medizinische Exzellenz im Vordergrund steht, bildet der im Masterplan erweiterte und erschlossene Park das zentrale Motiv des Entwurfs. Er ist Begegnungsraum für Besuchende, Patientinnen und Patienten, das wissenschaftliche Personal und die Studierenden. Die Verflechtung zwischen dem Park – der Lunge des Areals – und der Magistrale – dem logistischen Herzen des Krankenhauses – stellt die Besonderheit des vorliegenden Masterplans dar. Durch die Dachbegrünung der Magistrale und zahlreiche Terrassen im Inneren werden Naturelemente konsequent in das strukturelle Zentrum des Krankenhauses eingeflochten.

Das landschaftliche Konzept soll der Entfaltung atmosphärischer Vielfalt, dem Wohlbefinden und dem Genesungsprozess der Patienten dienen. Diese Idee folgt einem Grundprinzip zeitgenössischer Gesundheitsarchitektur: Der Mensch steht im Mittelpunkt.

Der Entwurf verfolgt gleichzeitig die Prinzipien einer effizienten und zukunftsorientierten Krankenhausplanung, wo mitarbeiterfreundliches Design, kurze Wege und einfache Orientierung für effizientes Arbeiten durch u.a. die räumliche Nähe von Kernprozessen und Schnittstellen auf einzelnen Ebenen sowie kritische optimierte Wegeführungen kritischer Funktionen wie Notaufnahme, Helikopterlandeplatz, OPs und Pflege-/Intensivpflege priorisiert werden. Auch hier gehen die Maximierung der Tageslichtnutzung, mit Arbeitsbereichen und Wartezeiten am Tageslicht

und Grün, Hand in Hand mit einem flexiblen Grundaufbau, wo durch Modularität und Austauschbarkeit von Untersuchungs- und Behandlungs-[UB-]Räumen mit Büroräumen jederzeit eine bedarfsgerechte Kapazitätsanpassung und mögliche Erweiterungen gewährleistet sind.

Durchlässiges Gebäudeensemble im menschlichen Maßstab

Die Bestandsbauten werden nach Fertigstellung des ersten Bauabschnitts sukzessive abgerissen und machen Platz für ein in sich stimmiges und zugängliches Gebäudeensemble. Eine kleinteiligere, stadttähnliche Silhouette wandelt die bestehende uniforme „Gesundheitsfabrik“ in ein abwechslungsreiches, urbanes und menschliches Erscheinungsbild um. Das Gesamtvolumen der neuen Großstruktur setzt sich aus Modulen zusammen, die trotz einer hohen Flächeneffizienz das Bild einer aufgelockerten Bebauung vermitteln. Der modulare Masterplan kann unproblematisch erweitert werden und gewährleistet hohe Flexibilität und Nachhaltigkeit. Innenhöfe, Terrassen und Gärten ermöglichen eine maximale natürliche Belichtung und eine gute Durchlüftung, die zu einer hohen Aufenthaltsqualität führen.

Die innere Logistik wird horizontal und vertikal durch eine innere Straße/Magistrale organisiert, die alle

medizinischen Funktionen verbindet und eine spannende Raumfolge mit Blick und Zugang zum zentralen grünen Park bietet. Hier finden sich die neuen medizinischen Zentren sowie öffentliche Funktionen, die das tägliche Leben in der Klinik unterstützen.

Das Herzstück des Komplexes bildet die großzügig begrünte Parklandschaft, die sich in alle Bereiche des Klinikcampus erstreckt. Der Garten ist für ein gutes Mikroklima und Regenwasseraufnahme bei Starkregen ausgelegt und ist auf allen Seiten von angrenzenden Aktivitätszonen umgeben, die Plätze, Spiel- und Sportbereiche sowie therapeutische Gärten und Gebäudezugänge enthalten. Eine Neuordnung des Grundrisses des Campus ermöglicht eine gleichberechtigte Erschließung von Nord und Süd, verbessert die ÖPNV-Anbindung (u.a. die Anbindung an U-Bahnhöfe) und schafft einen einladenden und großzügigen Eingangsbereich mit einem lichtgefluteten Atrium, das der neuen qualitätsvollen Adressbildung Ausdruck verleiht.

Julian Weyer

Partner, Architekt
maa, CF Møller Architects, **Kontakt:**
jw@cfmoller.com



Die Außenansicht auf den zukünftigen Eingangsbereich in Großhadern.



Das Traunreuter Pflegeheim mit 100 Betten.

Sensortechnik

Bodensensoren in die Fläche gebracht

Am Chiemsee entsteht in Traunreut ein Leuchtturmprojekt für moderne Pflege: Der Betreiber SeniorenService Reif hat ein Projekt für eine zukunftsfähige Pflegeeinrichtung konzipiert. Darin verbaut ist ein intelligentes Assistenzsystem, das Pflegekräfte unterstützen soll.

Das Pflegeobjekt soll Ende 2023 bezugsfertig sein und wird als energiesparendes Effizienzhaus nach KfW 40 gebaut. Geheizt werden soll ebenfalls ökologisch mit Fernwärme aus dem Geothermie-Werk in Traunreut. Der moderne Neubau soll sich später nicht nur durch seine Energieeffizienz auszeichnen, sondern auch im Inneren mit moderner Technik und einem wohldurchdachtem Konzept überzeugen.

Die Investorin Christl Lauterbach, die Projektentwickler Behrend von IEB Care GmbH & Co. KG und die Betreiber SeniorenService-Reif GmbH haben intensiv diskutiert, wie sie den Neubau in Traunreut konzipieren können, damit dort eine zukunftsfähige Pflegeeinrichtung entsteht. Diese soll für die Bewohnerinnen und die Bewohner ein beschützender Wohnraum werden.

Familiäres Wohngefühl

In der neuen Einrichtung soll es sich wie in einer großen Familie leben – keine anonymen Stationen, sondern kleine Wohngruppen mit z.B. gemeinsamem Kochen und Essen. Mehrere großzügige Terrassen in den Stockwerken und ein liebevoll angelegter Garten sollen zu entspannten Aufenthalten einladen. Naturverbundene Bewohnende können sich auch an Hochbeeten gärtnerisch betätigen.

Optimale Arbeitsbedingungen

Vor allem der Pflegenotstand macht dem Betreiber und den Projektverantwortlichen Sorgen: Wie können sie ausreichend Personal gewinnen und halten? Womit können sie junge Arbeitnehmende für den Beruf und speziell für die Traunreuter Einrichtung begeistern? Wie kann man die

psychische Belastung reduzieren?

Viele Fragen und man war sich sicher, hier besteht Handlungsbedarf. Deswegen waren arbeitsverbessernde Maßnahmen wie rückschonende Arbeitshilfsmittel, großzügige Dienstzimmer und ein Wohngruppenkonzept den drei Partnern noch nicht weit genug gedacht. Sie setzen deshalb auf umfassendere Veränderungen im Pflegealltag und investieren großflächig in ein intelligentes Assistenzsystem.

Unterstützende Sensortechnik

Gebäudetechnische Assistenzsysteme für die Pflege arbeiten mit unterschiedlichen Sensortechniken und werden an Decke, Wand, Bett oder im Fußboden angebracht. Die ganzheitlichen Systeme sollen alle wichtigen Informationen kombinieren: Sie bewerten die Situation in den Zimmern

der Bewohnerinnen und Bewohner und geben automatisch Rückmeldung an das Personal. Die typischen Einsatzzwecke sind:

- Sturzalarm,
- Benachrichtigung bei nächtlichem Aufstehen oder
- Demenzflucht.

Durch sofortige Alarmierungen kann schnelle Hilfe im Notfall garantiert werden. Die präventiven Warnungen sollen die Sturzhäufigkeit senken, wodurch die Bewohnenden bei besserer Gesundheit seien und selbständiger leben können. Das Wohlbefinden sowie gesündere und zufriedener Bewohnerinnen und Bewohner bedeuten für das Pflegepersonal im Umkehrschluss auch ein angenehmeres Arbeitsklima.

Die Sensorsysteme sind 24 Stunden an sieben Tagen die Woche einsatzbereit. Die Mitarbeitenden sollen sich dadurch in Ruhe auf ihre Aufgaben konzentrieren können. Kritische Situationen in anderen Zimmern werden ihnen vom System gemeldet. Im Nachtdienst beispielsweise könnten dadurch Zusatz-Kontrollgänge bei sturzgefährdeten Bewohnenden entfallen. Spürbare Erleichterungen, die v.a. die psychische Arbeitsbelastung senken können.

In Traunreut haben sich die Beteiligten auf Basis dieser Anforderungen für SensFloor Care entschieden. Das System ist seit mehr als zehn Jahren am Markt und die Alarme sollen durch den Einbau der Sensorik in den Fußboden besonders verlässlich sein.

SensFloor soll in allen Zimmern und Bädern eingebaut werden. Die automatisch generierten Alarme und Benachrichtigungen sollen künftig in jedem Zimmer individuell auf den Gesundheitszustand der dort lebenden Seniorinnen und Senioren abgestimmt werden. Alle Arten von Stürzen sollen zuverlässig erkannt werden und zu einer sofortigen Alarmierung führen. Verlässt nachts jemand das Bett, schaltet der Sensor-



SensFloor liegt unsichtbar unter dem Fußboden im Zimmer der Bewohnerinnen und Bewohner.

boden zur Sturzprävention automatisch ein Wegelicht ein.

Besonders die Nachtschicht profitiert von der Übersichtlichkeit des Stationsterminals. Sie sehen, wenn eine sturzgefährdete Person aufsteht, und können dann gezielt in diesem Zimmer vorbeischaun, was wiederum die Sturzhäufigkeit stark reduzieren soll. Unnötige Störungen sollen vermieden werden und die Schlafqualität steigen.

Sturz- und Stressdaten

Weniger Stürze bedeuten nicht nur geringere Kosten für das Gesundheitswesen, sondern auch gesündere Bewohnerinnen und Bewohner sowie eine angenehmere Arbeitsatmosphäre. Die Betreiber der Traunreuter Pflegeeinrichtung sind überzeugt, dass hier viel Potenzial liegt. Eine Studie, in Zusammenarbeit mit der Universität Lübeck, soll diese Einschätzung mit Zahlen untermauern und wissenschaftliche Beweise liefern. Die großangelegte Studie ist für 2024 geplant und wird Sturz- und Stressdaten in Traunreut und parallel in einer vergleichbaren Einrichtung ohne SensFloor erheben.

Plus an Gesundheit

Der Sensorboden ist vielseitig und dank offener Schnittstellen kompatibel mit anderen Anwendungen. Im Aufenthaltsraum wird er z.B. für interaktive Aktivierungs- und Agilitätsspiele genutzt. Ein großer Monitor zeigt die eigenen Bewegungen und Spielergebnisse an. Die Übungen sollen gleichzeitig Körper, Seele und Geist des älteren Menschen ansprechen. Dadurch werde die Kreativität, aktives Erleben und das Sozialverhalten in der Gruppe gefördert.

Im Flurbereich wird der Sensorboden zur Gangbilderfassung genutzt. Über das Gangbild kann der Gesundheitszustand bewertet und Veränderungen sichtbar gemacht werden.

Für Investorin Christl Lauterbach ist das Thema Senior Living eine Herzensangelegenheit. Sie ist auch überzeugt, dass sich eine Investition in ein ganzheitliches Assistenzsystem letztendlich für alle Beteiligten auszahlt: Für die Seniorinnen und Senioren, aber auch für die Pflegekräfte, die Betreibenden und alle Investorinnen und Investoren. **Kerstin Engelbrecht, Kontakt: kerstin.engelbrecht@future-shape.com**



In Personalräumen kann die richtige Farbwahl eine gewünschte Raumnutzung und -wirkung fördern.



In Patientenzimmern spielen Farbgebung und Ausstattung eine entscheidende Rolle für die Genesung und das Patientenerlebnis.

Healthcare Design Guide

Die richtige Farbe in Heim und Haus holen

Das Patientenerlebnis steht heute mehr denn je im Fokus von Versorgungsstrategien. Dazu gehört es auch, die Raumgestaltung entsprechend zu optimieren. Dass Farben dabei eine besondere Rolle spielen, ist bekannt; wie man sie gezielt einsetzen kann, erklärt ein neuer Leitfaden.

Die Covid-19-Pandemie hat Spuren im Gesundheitswesen hinterlassen und dazu geführt, die Versorgungswege in Healthcare-Einrichtungen neu zu bewerten, um sowohl die Patienten- und Bewohnersicherheit als auch die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten. Die Pandemie hat auch die Entwicklung verstärkt, das Patientenerlebnis in den Fokus der Gesundheitsstrategien zu rücken. Mittlerweile erwarten die gut informierten Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnenden, dass sie in die Entscheidungsprozesse, die ihr Krankheitsbild und weitere Schritte betreffen, einbezogen werden. Nicht zuletzt ist es auch an der Zeit, Einrichtungen zu einem menschengerechten Arbeitsplatz zu machen, da das Patientenerlebnis und das Engagement des Personals miteinander verknüpft sind.

Welche Rolle könnten also das Krankenhaus oder Pflegeheim der Zukunft im Hinblick auf medizinische,

aber auch soziale, gesellschaftliche und ökologische Aspekte spielen? Das sind die Überlegungen, die der auf Lösungen für das Gesundheitswesen spezialisierte Bodenbelagshersteller Tarkett gemeinsam mit zwölf internationalen Experten und Expertinnen aus Soziologie, Pflege, Krankenhausleitung, Architektur und Krankenhausingenieurwesen angestellt hat. Das Ergebnis dieses Austauschs war die 70-seitige Forschungsstudie „Das Krankenhaus der Zukunft – Herausforderungen und Fragestellungen“, die im Juli 2021 veröffentlicht wurde. Sie thematisiert u.a. Fragen wie: „Wie kann die Mobilität im Krankenhaus gefördert werden?“, „Wie kann man die Laufwege verringern, die Pflegekräfte gehen müssen?“, „Wie können Menschen besser eingebunden werden?“. Welche Antworten darauf das das Design von Räumlichkeiten geben kann, erklärt der „Healthcare Design Guide“.

Farbe bringt Wirkung in Gesundheitsräume

Farben beeinflussen die räumliche Wahrnehmung hinsichtlich Tiefe, Raum und Größe: Eine warme Farbe (Gelb, Orange) wirkt z.B. näher als eine kalte Farbe wie Lila, Blau oder Türkis. So kann die Wandfarbe beispielsweise dafür genutzt werden, Flure kürzer oder länger erscheinen zu lassen. Kühle, leichte Farben erinnern aber auch an Luft und Wasser, zwei Elemente, die Menschen mit Licht und Ruhe verbinden. In der Architektur vergrößern und öffnen sie Flächen. Dunkle, warme Farben umhüllen uns, reduzieren das Raumgefühl und schaffen ein Gefühl der Intimität.

Farbliche Harmonie auch fürs Personal relevant

Die farbige Gestaltung einer Umgebung vermag zudem das menschliche Verhalten zu stimulieren, indem sie Emotionen auslöst. Die farbliche

Harmonie eines Raums ermöglicht Patientinnen und Patienten, aber auch Personal und Besuchenden, in eine Atmosphäre einzutauchen, die ihrem Wohlbefinden förderlich ist. So kann mit der passenden Farbe dazu beigetragen werden, u.a eine Atmosphäre von

- Ruhe,
- Aufmerksamkeit,
- Privatsphäre oder
- Geselligkeit

zu generieren. Die Auswahl und Positionierung von Farben an Wänden, Holzverkleidungen, Böden, Decken und Möbeln kann den Blick auf einen bestimmten Punkt fokussieren oder umgekehrt den Raum öffnen und die Aufmerksamkeit lenken. Natürliche Farben schaffen eine authentische und gemütliche Atmosphäre, während gedeckte Farben diskret sind und Sicherheit geben.

Drei wegweisende Trends im Design

Der Healthcare Design Guide legt drei Designtrends für das Gesundheitswesen samt passenden Farbpaletten zugrunde. Sie tragen dazu bei, ermutigende, sichere und beruhigende Umgebungen zu schaffen, die sowohl Wohlbefinden als auch Genesung und Gesundheit begünstigen:

- **Biophiles Design:** Ziel der „biophilen Gestaltung“ ist die Verbindung zwischen Menschen und Natur. Große Öffnungen zu Grünflächen im Freien und Zugang zu natürlichem Licht verringern nachweislich den Stress bei Patientinnen und Patienten sowie dem Krankenhauspersonal. Das Gleiche gilt für eine naturnahe Gestaltung durch natürliche Materialien oder Imitationen, Bilder von Naturlandschaften und die Verwendung neutraler und natürlicher Farben. Die positiven Auswirkungen der Interaktion mit der Natur in Gesundheitseinrichtungen wurden umfassend nachgewiesen. Seit den ersten Untersuchungen von Dr. Roger Ulrich vor

rund 30 Jahren deuten immer mehr Studien darauf hin, dass der visuelle Kontakt mit der Natur nicht nur den Stress von Patientinnen und Patienten reduziert, sondern auch ihre Schmerzen lindert.

- **Wohnliches Design:** Das „wohnliche Design“ will Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen noch menschengerechter gestalten, um beruhigende, gemütliche Räume zu schaffen, „ganz wie zu Hause“, welche die Privatsphäre schützen und die Würde des Einzelnen bewahren. Dies sorgt für eine positive Erfahrung der zu versorgenden Personen während ihres gesamten Aufenthalts. Mithilfe vertrauter Materialien und Muster wird Sicherheit gegeben, was besonders für ältere Menschen von großer Bedeutung ist.
- **Grafische Gestaltung:** Die „grafische Gestaltung“ sorgt durch den kreativen Einsatz von Elementen, Farben und Kontrasten für intuitive Räumlichkeiten, die den zu versorgenden Personen helfen, sich effektiv zu orientieren. Gleichzeitig wird die Umgebung durch spielerische Details aufgelockert. Auf diese Art kann man wunderbar kommunizieren, sich orientieren und zugleich bietet sich eine willkommene Ablenkung von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen. Räume werden intuitiv, verspielt und wohnlich. Diese Art von Atmosphäre eignet sich besonders für Kinderstationen.

Wer in seiner Einrichtung den emotionalen Effekt von Farbe positiv einsetzen möchte, sollte die gewünschte Wirkung jedes einzelnen Bereichs von der Rezeption und den Fluren über das Wartezimmer und die Personalräume bis hin zu den Patientenzimmern und -bädern sowie falls vorhanden bis in den OP-Saal reflektieren. Wartezonen sollen beispielsweise eine beruhigende und ablenkende Umgebung für Menschen schaffen. Dank genauer

Farbcodes und geeigneter Möblierung sowie angepasster Ausstattung kann es so gelingen, z.B. auch dort Privatsphäre zu fördern, wo sie normalerweise nicht vorgefunden wird.

Personalräume ansprechend gestalten

Aufenthaltsräume in Gesundheitseinrichtungen wiederum sollten

- es dem Personal ermöglichen, sich zu entspannen und zu entschleunigen,
- einen Ort anbieten, an dem man von der Tätigkeit abschalten kann,
- verschiedene Bedürfnisse erfüllen: Ruhe und Stille anbieten, soziale Interaktion ermöglichen und Erholung zulassen.

Um diese Anforderungen zu treffen, können ebenfalls die drei Trends des Healthcare-Designs herangezogen werden. Multifunktionale Räume ermöglichen es, soziale Interaktion in wohnlicher Gestaltung mit Ruheoasen zu verbinden, indem z.B. schallabsorbierende Materialien eingesetzt werden. Dort, wo Personal auf Bewohnende und Patientinnen und Patienten stößt, kann der Fokus auf biophiles oder wohnliches Design die Personaleffizienz erhöhen.

Boris Ulrich,

Kontakt: boris.ulrich@tarkett.com

Healthcare Design Guide



Den Healthcare Design Guide „Mit Empathie Gesundheitsräume gestalten“ gibt es über diesen QR-Code für HCM-Abonnentinnen und -Abonnenten kostenlos zum Download.



Neubau und Sanierung

Digitalisierung bedenken

Wer ein Krankenhaus digital zukunftsfest aufstellen möchte, sollte dabei auch die bauliche Perspektive in den Fokus nehmen. Das gilt nicht nur für den Neubau. Neue Prozesse spiegeln sich im Idealfall auch in der räumlichen Struktur wieder. Wie diese Umstellung erfolgreich gelingen kann.

Gefühlt sprechen wir schon seit Einführung von PCs von Digitalisierung im Krankenhaus. Durch die Einführung der Fallpauschalen nahmen die Digitalisierungsaktivitäten Fahrt auf. Jedoch beschränkten sich die meisten Krankenhäuser darauf, nur die Möglichkeit dieser Dokumentation einzuführen. Fast überall wurden digitale Dokumentations- und Archivsysteme in der Notaufnahme, in der Bildgebung und im OP eingeführt. Die Vorteile in der Prozesssteuerung waren in diesen klar abgegrenzten Bereichen deutlich zu erkennen.

Denkt man Digitalisierung zu Ende, ergeben sich ungeahnte Möglichkeiten im gesamten Behandlungsspektrum vom administrativen Bereich über den Behandlungsprozess bis in alle Sekundär- und Tertiärbereiche des Krankenhauses.

Doch diese Veränderungen müssen nicht nur in der Strategie und im tatsächlichen Tun umgesetzt werden, sondern auch im Gebäude abgebildet werden können. Grundsätzlich gilt: Eine Digitalisierungsstrategie ist nicht nur in einem Neubau umsetzbar. Was sollten Krankenhäuser also bei der Umsetzung der Digitalisierung in Bezug auf bauliche Fragestellungen bedenken?

Schnittstellen und Vernetzung baulich mitgestalten

Die Grenzen der Digitalisierung finden sich in den Schnittstellen. Einzelne in sich geschlossene Systeme gibt es schon lange. Die entscheidende Veränderung und damit die nächste Stufe in der Digitalisierung hängt von der Fähigkeit der Vernetzung und damit der Umwandlung von

Schnittstellen in Verbindungsstellen ab. Die größten baulichen Anpassungen sind mit Blick auf veränderte Arbeitsabläufe und damit der funktionalen Anordnung von Abteilungen und Räumen nötig. Die Herausforderung dabei: Die Vereinheitlichung von durchgängigen Prozessen sollte baulich mitgestaltet werden. Zu einer Digitalisierungsstrategie gehört daher implizit die Erfassung und Gestaltung der Prozesse im Gebäude. Es empfiehlt sich, die bauliche Planung anhand des Behandlungsprozesses von der Aufnahme bis zur Entlassung zu überprüfen. Dabei sollte v.a. antizipiert werden, wie Behandlungs- und Arbeitsprozesse in den Krankenhäusern der Zukunft aussehen werden. Es lohnt sich, zehn bis 15 Jahre in die Zukunft zu blicken. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass zum Zeitpunkt der Inbetriebnahme alte und neue Systeme parallel existieren.

Folgende Fragestellungen können Einrichtungen dabei helfen, sich vor (Neu-)Bauprojekten mit den wesentlichen Aspekten möglicher und relevanter digitaler Strukturen auseinanderzusetzen:

- Was verändert sich kurz-, mittel- und langfristig?
- Was davon hat welche baulichen Anforderungen?

Neue Abteilungsstrukturen im Gebäude abbilden

Der Weg der Patientinnen und Patienten wandelt sich in dem Maße, in dem die Daten online zur Verfügung ste-

Neue digitale Anforderungen im Gebäude

- Aufnahme: Self-check-in-Terminals
- Patientensteuerung/-kommunikation: Bedienkonsolen für Information und Aufklärung, Aufrufsysteme
- Behandlung: Flächenvorhaltung für Robotik, Infotainment-Systeme
- Medizingeräte: flächendeckende Netzwerkkonnektivität
- Diagnostik: mobile und ortsfeste Eingabeterminals
- Flächig: mobile und ortsfeste Eingabeterminals
- Logistik: zentrale Lagerbereiche, Automatisierung (Apotheke, AEMP, Zentrallager)
- Pflege: Pflege-/Versorgungs-/Visitenwagen, Abstellflächen und Ladestationen
- Rohrpost: Automatisierungsgrad definieren, Freiflächen für entsprechende Auslaufflächen berücksichtigen
- Service: Abstellflächen und Ladeflächen für Robotik

hen. Im Wesentlichen wird dies eine Änderung der Abteilungsstruktur zur Folge haben. Ein weiterer deutlicher Fokus liegt auf der Schaffung interdisziplinärer Zentralstrukturen. Daraus ergeben sich z.B. folgende Anforderungen, die bei der Gebäudeplanung bedacht werden sollten:

- Stützpunkte übernehmen Prozesssteuerungsfunktionen,
- im Hintergrund agieren zentrale Terminkoordinierungsstellen,
- die Interoperabilität des IT-Systems ist gebäudetechnischerseits zu unterstützen, um den Informationsaustausch zu gewährleisten,
- Sensorik und Prozessverfolgungssysteme können zur Unterstützung der Versorgung herangezogen werden,
- digitale Eingabeterminals und ihre Einbindung erfordern ein bauliches und Raumstrukturkonzept, das im Vorfeld zu erarbeiten ist,

Stefan Meyer

Diplom-Ingenieur,
Leiter Consulting,
HDR GmbH,
Kontakt: stefan.



meyer@hdrinc.com

Lesetipp

Wer ein Krankenhaus zukunftsfest ausrichten will, sollte auch die Veränderungen hinsichtlich der Gebäudestruktur bedenken. Denn die Digitalisierung verändert nicht nur Prozesse, sondern bringt auch neue Anforderungen an die Gebäudestruktur mit sich. Im „Exkurs: Bauen – der in Stein gemeißelte Prozess“ erklärt Stefan Meyer, wie Prozesse und Gebäudeplanung zusammenhängen und gibt eine Handlungsanleitung.



Der Text steht zum Download über den QR-Code zur Verfügung. Eingebettet ist das Kapitel in das Standardwerk „Krankenhausmanagement – Strategien, Konzepte, Methoden“, das in überarbeiteter 3. Auflage bei der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft erschienen ist. www.mwv-berlin.de

- ebenso wie Lademöglichkeiten für unterschiedliche Elektro-Techniken.

Es empfiehlt sich in sämtlichen Bauprozessen Reserveflächen einzuplanen, sowohl für Erweiterungen der Netzwerktechnik, zur Vorhaltung von Autonomen-/Robotiksystemen sowie die Steuerungstechnik von Türen und Aufzügen. Flurbreiten sind zu prüfen, um die Schleppkurven autonomer Transport- und Servicesysteme abbilden zu können.

Im Bereich der Logistik sollte für den Transport von Proben die Installa-

tion einer Rohrpostanlage in Erwägung gezogen werden. Diese kann auch zum Versand von Individualmedikation und Blutprodukten eingesetzt werden. Es kann die Möglichkeit geschaffen werden, Bestückung und Entnahme der Rohrpostanlage zu automatisieren. Dies ist insbesondere an Stellen mit hohem Aufkommen, wie z.B. das Zentrallabor, sinnvoll. Anleitung für die Planung und Abbildung neuer an Digitalisierung ausgerichteter Abteilungsstrukturen, liefert die Checkliste in der Infobox auf Seite 40.

Bilder: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (MWV), privat

Wir geben alles für die, die alles geben.

WiBU – Ihr Kompletthanbieter für den Pflege- und Gesundheitsmarkt

www.wibu-gruppe.de



Ihr Plus. Seit 1920.

Klima- und Energieversorgungskonzepte der Zukunft

Dekarbonisierung in Healthcare-Gebäuden

Die Unsicherheiten der Gasversorgung zeigen nachdrücklich die Notwendigkeit einer Neustrukturierung der Energieversorgung im Gesundheitswesen. Sie muss unter Berücksichtigung der notwendigen Dekarbonisierung betrachtet werden. Ein Überdenken bestehender planerischer Lösungen ist nötig.

Laut dem Deutschen Krankenhausinstitut e.V. (2022) wird in 92 Prozent der Kliniken in Deutschland Erdgas als Energieträger genutzt. Zwar gehören Krankenhäuser zur systemrelevanten Infrastruktur, die bei der Energieversorgung im Notfall priorisiert werden, auf der anderen Seite verursachen sie mit ihrem typischerweise hohen Wärme- und Kältebedarf mehr als fünf Prozent der deutschen CO₂-Emissionen. Der notwendige Schritt in der Energieversorgung weg von fossilen hin zu erneuerbaren Energieträgern muss für Gebäude des Gesundheitswesens beiden Anforderungen, d.h. Versorgungs- und Betriebssicherheit als auch Minimierung der CO₂-Emissionen im Betrieb gerecht werden.

CO₂-Emissionen treiben den Klimawandel an, der auch in Deutschland für jeden spürbar angekommen ist. Die Temperaturen steigen im Durchschnitt, aber auch Wetterextreme häufen sich. Welche Anforderungen an den Krankenhausbau ergeben sich aus diesen geänderten Randbedingungen? Was muss in der Konzeption und in der Planung von Neubauten sich ändern? Wie kann der Bestand ertüchtigt werden?

Eine Vielzahl von Studien (s. Infobox rechts) befasst sich mit den idealen thermischen Bedingungen in Krankenhäusern und thermischer Behaglichkeit für Patientinnen und Patienten sowie Personal. Der thermisch

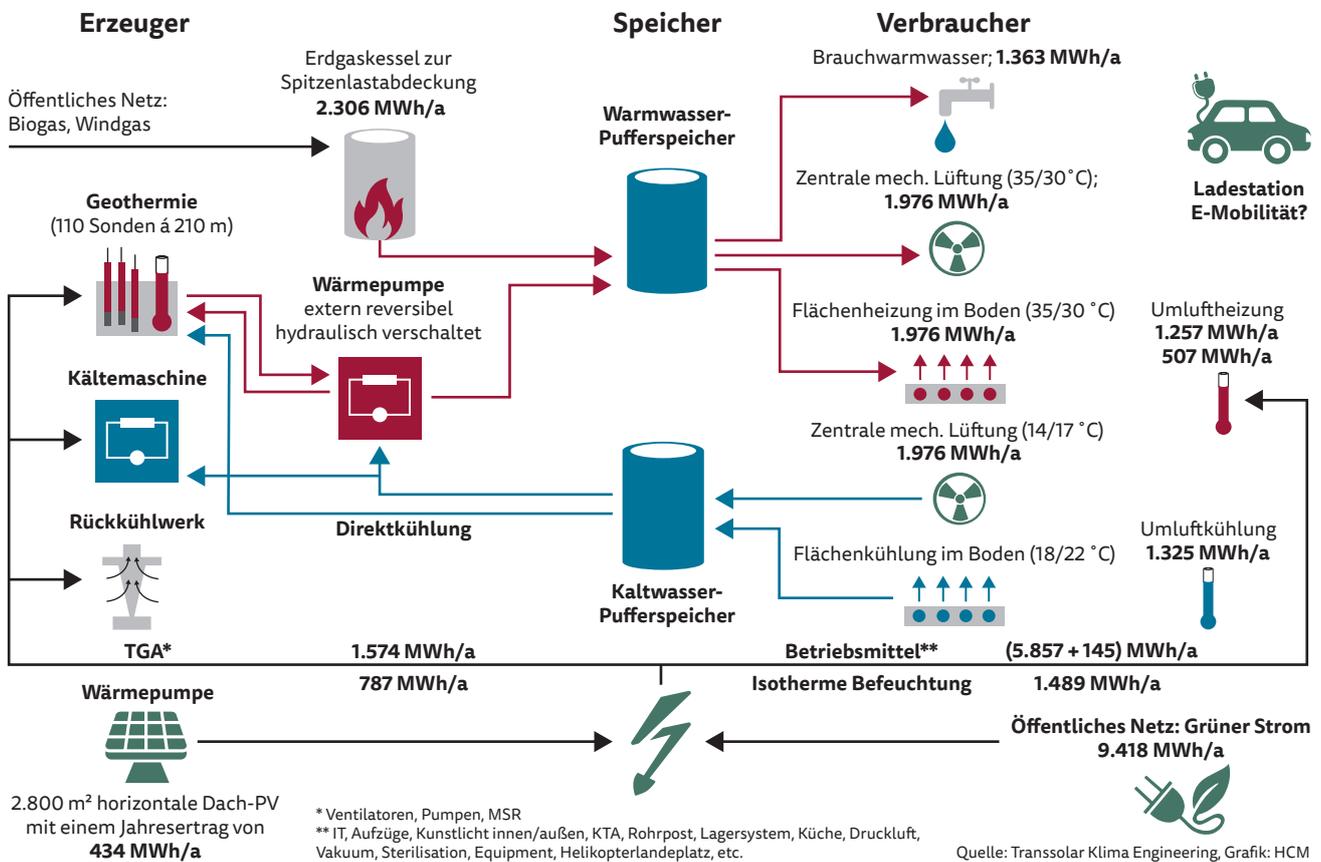
ideale Korridor variiert in einem Krankenhaus deutlich mehr als bei anderen Nutzungen. Mitarbeitende sowie Patientinnen und Patienten stellen sehr unterschiedliche Anforderungen. Auch innerhalb der Patientengruppe gibt es je nach Alter, Geschlecht, Erkrankung, Gesundheitszustand usw. unterschiedliches Temperaturempfinden. Wie sich kurzzeitige Expositionen auf das Gesamtfinden auswirken, z.B. der Übergang von unterschiedlich konditioniertem Flurbereich zu Patientenzimmer, gibt es in klassischen Regelwerken keine Aussagen. Auch Forschungsergebnisse in diesem Bereich liegen bis dato nur fragmentarisch vor. Hier besteht Handlungsbedarf.

Wer braucht welche Temperatur?

Die Definition einer unteren Temperaturgrenze fällt leichter, da an dieser Stelle eine höhere Toleranz durch individuelle Anpassung vorausgesetzt werden kann. Die Fragestellung, die uns in näherer Zukunft beschäftigt, sind Raumtemperaturen während der Sommermonate und Hitzewellen. In der Planung sollten die Gebäude über die heute gesetzlichen Vorgaben hinaus bezüglich ihrer Resilienz gegenüber extremen Wetterbedingungen überprüft und entsprechend optimiert werden. Computergestützte Simulationsrechnungen sind ein etabliertes Werkzeug und können den Planungsprozess an dieser Stelle unterstützen.

Studienmaterial

- Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (2022): Klimaschutz in deutschen Krankenhäusern: Status quo, Maßnahmen und Investitionskosten
 - Proceedings of Clima WellBeing Indoors (2007): J. Khodakarami, I. Knight, Measured Thermal Comfort Conditions in Iranian Hospitals for Patients and Staff
 - Passivhaus Institut (2013): O. Kah, K. Bräunlich, T. Schulz, A. Grill, Dr. O. Ottinger, R. Schumacher, Umsetzung des Passivhaus-Konzepts in Krankenhäusern
 - Applied Ergonomics Vol. 50 (2015): S. Del Ferraro, S. Iavicoli, S. Russo, V. Molinaro Ferraro, A field study on thermal comfort in an Italian hospital considering differences in gender and age
 - Energy Policy Vol. 49 (2012): D. Ormandy and V. Ezratty Health and thermal comfort: From WHO guidance to housing strategies
- Weitere Studien und Quellen liegen bei den Autoren.



Energieflussdiagramm des Neubaus eines Klinikums in der Schweiz.

Den Ergebnissen und Empfehlungen der genannten Studien folgend, werden passive Maßnahmen allein, mittelfristig nicht ausreichen. Insbesondere eine schnelle Anpassung der thermischen Konditionen im Raum, wird nur durch den Einsatz aktiver Systeme zu gewährleisten sein.

Der Einsatz von Flächenheiz- und kühlssystemen erlaubt durch niedrige Vorlauftemperaturen im Heizfall und hohe Vorlauftemperaturen im Kühlfall den Einsatz einer großen Palette etablierter Wärme- und Kälteerzeugungstechnologien. Es ermöglicht außerdem bei gleichzeitiger Anforderung von Wärme und Kälte, Wärme intern im Gebäude von Bereichen mit Kühlbedarf nach Zonen mit Wärmebedarf über Wärmepumpen unter minimalem Energieeinsatz zu verschieben.

Nach heutigem Kenntnisstand rückt Elektrizität als zentraler erneuerbarer Energieträger in den Mittelpunkt. Wärmepumpentechnologie idealerweise mit Geothermie gekoppelt ist eine erprobte verfügbare Technologie. Eine wichtige Aufgabenstellung ist es, Systeme mit Speichermöglichkeiten auszurüsten, die eine zeitliche Ent-

kopplung zwischen Stromangebot und Nachfrage bzgl. Wärme-Kälte ermöglichen. Durch den Ausbau erneuerbarer Energien sind höhere Schwankungen auf Erzeugerseite zu erwarten, die auch auf der Verbraucherseite zu berücksichtigen sind.

Geothermieversorgung als Best-Practice-Beispiel

In der Schweiz entsteht ein Neubau, bei dem ebendieses Prinzip in Verbindung mit einem Geothermiefeld umgesetzt wird. Die gesamte Wärme- und Kälteverteilung erfolgt zentral über je einen Wärme- und Kältepufferspeicher. Die beiden Pufferspeicher werden über eine reversible Wärmepumpe beladen und erlauben bei gleichzeitig auftretenden Wärme- und Kältebelastungen den vorab erläuterten

simultanen Wärmeshift. Darüberhinausgehender Wärme- und Kältebedarf wird primär aus dem Erdsondenfeld gedeckt, das als saisonaler Wärmepuffer genutzt wird. Das Geothermiefeld wird in einer ausgeglichenen Jahresbilanz betrieben, d.h. die im Winter zu Heizzwecken entnommene Wärme wird im Sommer im Kühlbetrieb in gleicher Größenordnung wieder zugeführt. Spitzenlasten werden über Trockenrückkühler und Brennwertkessel gedeckt. Nach heutigen Erkenntnissen ist der Gasbrennwertkessel für Wärmespitzenlasten zu hinterfragen.

Diese neuen Aufgaben im Bestand und bei Neubauten erfordern das Überdenken etablierter planerischer Lösungen. Auch die Förderung von Healthcare-Bauten muss hinsichtlich Planung und Bau angepasst werden.

Dipl. Ing Jochen Lam

Projektleiter,
Transsolar Klima
Engineering, **Kontakt:**
jlam@transsolar.com



Dipl. Ing Helmut Meyer

Partner, Transsolar
KlimaEngineering,
Kontakt: meyer@transsolar.com



Wäscheversorgung in Zahlen

Chance: Textiles Controlling

Die Kosten für die Wäscheversorgung in Einrichtungen steigen. Doch ohne Alternativen sind die Häuser dieser Entwicklung nicht ausgesetzt. Das Etablieren von Mechanismen des textilen Controllings kann helfen, Einsparpotenziale zu heben.

Die Kosten in Senioreneinrichtungen für Dienstleistungen wie Wäscheversorgung, Reinigung und Verpflegung werden in der nächsten Zeit exorbitant steigen. Somit werden auch die Preissteigerungen der externen textilen Dienstleister, aufgrund der explodierenden Energiepreise, der deutlich höheren Logistik- und Personalkosten entsprechend zu Buche schlagen. Diese nicht umzukehrende Preissituation fordert smarte Lösungen.

Textiles Controlling als Instrument in der Preisspirale

Die Kosten für die Wäscheversorgung setzen sich aus den jeweiligen Einzelpreisen der Textilien multipliziert mit den Verbrauchsmengen zusammen. Hier setzt das textile Controlling an, die Verbrauchsmengen zu bewerten und zu steuern. Denn es sind nicht nur die Einzelpreise, sondern v.a. die Verbrauchsmengen entscheidend, um die Kosten im Budget zu halten. Durch die Daten aus dem textilen Controlling wird dem Kunden aufgezeigt, wie hoch der Verbrauch an Wäsche pro Pflage tag ist. Damit wird der ansonsten relativ intransparente Wäscheverbrauch sichtbar gemacht und schafft damit ein

Bewusstsein für das Verbrauchsverhalten. Erst wenn diese Mengen bekannt sind, kann ggf. gegengesteuert werden. Gemäß dem Grundsatz, nur was man misst kann man auch steuern, kann das Wissen der Verbrauchsmengen in der Einrichtung zu einem Appell an ökologisches und ökonomisches Verhalten führen. Das Vermeiden von Mehrverbräuchen, gleichzusetzen mit Verschwendungen, führt zur Kostensenkung und schont Ressourcen.

Vergleich zwischen Ist- und Soll-Werten

Als Grundlage für textiles Controlling müssen zunächst durchschnittliche Verbrauchswerte der einzelnen Textilien pro Pflage tag als Soll-Werte definiert werden. Hier können die

textilen Dienstleister unterstützen, da diese als Erfahrungswerte vorliegen. Letztendlich entscheidet aber der Kunde über seinen Qualitätsstandard und gibt den Bedarf pro Pflage tag vor.

Eine Besonderheit stellt die Bewohnerwäsche dar. Hier können durchschnittliche Verbrauchswerte über alle Bewohner einer Einrichtung angesetzt werden, bei der detaillierten Auswertung muss aber jeder Bewohner aufgrund seines Pflegegrads, seiner Erkrankung oder sonstiger Umstände immer individuell betrachtet werden. Grundsätzlich geht man bei der Definition der Soll-Mengen pro Pflage tag immer vom Normalzustand aus, nicht von der Ausnahme. Punktuelle Mehrverbräuche werden im Monatsverlauf ausgeglichen und müssen

Was ist textiles Controlling?

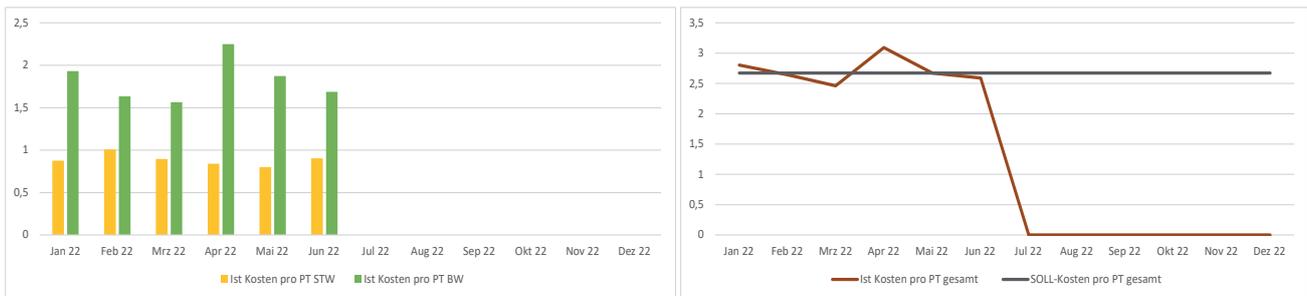
Textiles Controlling hat die Funktion, den Wäscheverbrauch mit den definierten Soll-Verbrauchswerten bzw. die Ist-Kosten den Soll-Kosten je Artikel monatlich gegenüberzustellen. Bei Abweichungen erfolgt eine tiefere Analyse des Verbrauchsverhaltens entweder pro Artikel (Stationswäsche) oder pro Bewohner (Bewohnerwäsche). Es können Handlungsempfehlungen abgeleitet werden, die zu einer Verbrauchs- und Kostenoptimierung ohne Qualitätsverlust führen.

Flach-/Frotteewäsche		Jan 1.876		Feb 1.775		Mrz 2.041		Apr 1.956		Mai 1.955		Juni 1.961	
Pflage tag	Verbrauch	Ist	pro PT	Ist	pro PT								
Bettbezug	200	0,107	320	0,180	240	0,118	160	0,082	220	0,113	325	0,166	
Kopfkissenbezug	210	0,112	330	0,186	220	0,108	210	0,107	190	0,097	280	0,143	
Inkontinenzunterlage	1220	0,650	1110	0,625	1090	0,534	660	0,337	730	0,373	600	0,306	
Spannlaken	100	0,053	160	0,090	230	0,113	400	0,204	600	0,307	400	0,204	
Wickelsack	180	0,096	160	0,090	180	0,088	185	0,095	315	0,161	195	0,099	
Handtuch	1680	0,896	1920	1,082	2160	1,058	2480	1,268	1980	1,013	2150	1,096	
Waschhandschuh	1790	0,954	1980	1,115	2870	1,406	2860	1,462	2370	1,212	2260	1,152	

Artikel	Benchmark Verbrauch/PT
Bettbezug	0,13
Kopfkissenbezug	0,13
Inkontinenzunterlage	0,3
Spannlaken	0,17
Wickelsack	0,1
Handtuch	1,5
Waschhandschuh	1,5

Eine Übersicht über verbrauchte Wäsche pro Pflage tag macht Benchmarks möglich.

Spalte1	Jan 22	Feb 22	Mrz 22	Apr 22	Mai 22	Jun 22	Jul 22	Aug 22	Sep 22	Okt 22	Nov 22	Dez 22	Gesamt
Pflegetage	1.876	1.775	2.041	1.956	1.955	1.961							11.564
Rechnungssumme pro Monat / n	5.013 €	4.743 €	5.454 €	5.226 €	5.224 €	5.240 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	30.899 €
IST-Kosten STW	1.639 €	1.789 €	1.830 €	1.646 €	1.562 €	1.769 €							10.235 €
Ist Kosten pro PT STW	0,87 €	1,01 €	0,90 €	0,84 €	0,80 €	0,90 €							0,89 €
IST-Kosten BW	3.621 €	2.899 €	3.194 €	4.401 €	3.662 €	3.308 €							21.084 €
Ist Kosten pro PT BW	1,93 €	1,63 €	1,56 €	2,25 €	1,87 €	1,69 €							1,82 €
IST-Kosten gesamt	5.260 €	4.689 €	5.024 €	6.047 €	5.223 €	5.077 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	31.320 €
Ist Kosten pro PT gesamt	2,80 €	2,64 €	2,46 €	3,09 €	2,67 €	2,59 €							2,71 €
SOLL-Kosten pro PT gesamt	2,67 €	2,67 €	2,67 €	2,67 €	2,67 €	2,67 €	2,67 €	2,67 €	2,67 €	2,67 €	2,67 €	2,67 €	2,55 €
Über-/Unterschreitung zur Zielvereinbarung	- 247,01 €	54,29 €	429,84 €	- 820,44 €	0,27 €	162,50 €							- 420,56 €
%-Abweichung	-4,93%	1,14%	7,88%	-15,70%	0,01%	3,10%							-1,36%



Textiles Controlling stellt die Soll- den Ist-Kosten gegenüber.

mengenmäßig nicht berücksichtigt werden. Die Kosten pro Pflegeitag werden durch das Ausmultiplizieren der Verbrauchsmengen je Pflegeitage mit den Einzelpreisen ermittelt. Dieser Pflegeitagesatz ist die Steuerungsgröße im textilen Controlling.

Alle Artikel, die in das textile Controlling einfließen sollen, können in die beiden Bereiche Stations- und Bewohnerwäsche geclustert werden. Das private Handtuch ist Bewohnerwäsche und keine Stationswäsche. Diese Trennung erleichtert das Aufzeigen von Optimierungen. So arbeitet man entweder mit einem Pflegeitagesatz für Stations- und Bewohnerwäsche oder mit zwei Pflegeitagesätzen, getrennt für Stationswäsche und Bewohnerwäsche.

Artikel wie Bewohnerwäsche, die chemisch gereinigt werden müssen, Berufsbekleidung und Schmutzfangmatten werden nicht berücksichtigt.

Wo entstehen Mehrkosten – Bewohner- oder Stationswäsche? Monatlich bereitet der textile Dienstleister die Ist-Kosten pro Pflegeitag auf. Dazu benötigt er von der Einrichtung die Anzahl der Pflegeitage für den abgelaufenen Monat. Im nächsten Schritt wird die Über- oder auch

Unterschreitung zu den Soll-Werten dargestellt. Bei gravierenden Überschreitungen erfolgt die tiefere Analyse der Bereiche mit Mehrverbräuchen. Hilfreich sind dabei grafische Darstellungen der Monatsverläufe.

Werden z.B. Überschreitungen in der Stationswäsche festgestellt, betrachtet man die mengenmäßigen Verbräuche pro Pflegeitag. So wird erkannt, ob die Mehrkosten aus der Bett- oder Frotteewäsche oder aus beiden Bereichen stammen. Bei Mehrverbräuchen in der Bewohnerwäsche betrachtet man die Verbräuche jeder einzelnen Person. Üblicherweise gibt es immer eine gewisse Anzahl von Hochverbrauchern sowie Personen, die kaum Wäsche abgeben – in Summe gleichen sich diese meist aus. Werden die Kosten dennoch insgesamt überschritten, müssen die Hochverbrauchenden genauer analysiert werden. Werden z.B. 25 Hosen pro Monat gebraucht, kann an dieser Stelle je nach Grund des hohen Verbrauchs eine Empfehlung zur Einsparung ausgesprochen werden.

Einer der Grundsätze des textilen Controllings ist, dass sich die Verbrauchsmengen und damit die Kosten der Artikel gegenseitig subventionieren können. Heißt: Beim Einsparen von

Bettwäsche kann mehr Frotteewäsche oder beim Einsparen von Flach- und Frotteewäsche mehr Bewohnerwäsche verbraucht werden. Wie oben beschrieben gelten als Steuerungsgröße die Kosten pro Pflegeitag.

Können die Pflegeitage pro Wohnbereich ermittelt werden, kann das textile Controlling für die gesamte Einrichtung und pro Wohnbereich durchgeführt werden. Somit hat die Einrichtung die Möglichkeit, die Wohnbereiche miteinander zu vergleichen und Best Practices zu übertragen.

Weiterhin kann das textile Controlling auch Veränderungen in der Einrichtung aufzeigen. Werden z.B. andere Inkontinenzprodukte eingeführt oder Prozesse verändert, kann dies zu einem anderen Verbrauch von Wäsche führen, was im textilen Controlling dann sichtbar wird.

Eva Schubert

Geschäftsleitung
TSA Textile Service
Allianz,



Kontakt: eschubert@tsa-online.de



Strukturen, Pflege, Nachhaltigkeit und mehr: Beim Controller-Tag gab es kontroverse Diskussionen um die Zukunft der Gesundheitsversorgung.

Reformdiskussion und Praktikeraustausch beim Krankenhaus Controller-Tag

Schulterschluss mit der Pflege gefordert

Das Themenspektrum des diesjährigen Controller-Tages des Deutschen Vereins für Krankenhaus-Controlling (DVKC) in Köln reichte von Reformen der Strukturen und Vergütung, über Finanzstabilität sowie Pflegekräftemangel bis hin zu Intersektoralität und Bürokratiereduktion.

Im politischen Auftakt unterstrich Prof. Dr. Armin Grau, MdB, Bündnis 90/Die Grünen, die zentrale Zukunftsrolle der Gesundheitsregionen für seine Partei: „Die Sektorentrennung in Deutschland hat lange Tradition. Sie ist schlecht für die Patienten!“. Die Pflegebevollmächtigte Claudia Moll skizzierte die Lage: Der demografische Wandel führe zu einer Patientenklientel mit erhöhtem Versorgungsbedarf – und dies in einer Situation des Fachkräftemangels. Ambulantisierung werde daher auch wichtiger, etwa für die Betreuung Demenzkranker. „Wir müssen die wenigen Pflegekräfte dort einsetzen,

wo sie wirklich gebraucht werden!“ Der Pflegeberuf müsse attraktiver gemacht werden; dies erfordere nachhaltige Verbesserungen der Arbeitsbedingungen. PPR 2.0 habe hier das Ziel eines besseren Qualifikationsmix, der Wechsel und Karrierewege erleichtere. Work-Life-Balance, persönliche Weiterentwicklung und mehr: Aus dem hausindividuellen Pflegemanagement müssten die richtigen Impulse kommen.

Thomas Lemke, stellvertretender Vorsitzender DKG und CEO Sana Kliniken, fand in Köln viele Kritikpunkte an der Politik und an den Krankenkassen. Seine Zusammenfassung der

Lage: „Es wird immer schwieriger, in einem total regulierten System Freiheiten im Denken und Handeln zu haben“. Seine konkreten Forderungen reichten von der zügigen Einführung der Hybrid-DRGs über die Abschaffung der PPUGV bis hin zur Umsetzung der PPR 2.0. Die Formulierungen aktueller Gesetze bezeichnete er als „Realsatire“ – „... gerade, wenn es um die Absenkung der Re-Finanzierung der Pflegekosten geht.“ VKD-Präsident Dr. Josef Düllings forderte bei dem Eröffnungspanel eine „Qualitätssicherung der Gesetzgebung“.

Eine Koalition der Willigen zum Umbau des Systems – keine Be-

Prof. Dr. Björn Maier zu den Kernbotschaften des Controller-Tages

Für HCM fasst Prof. Dr. Björn Maier, Vorsitzender des DVKC e.V., die Kernaussagen des 29. Deutschen Krankenhaus-Controller-Tages zusammen: „Es muss wohl unter allen Stakeholdern in der Branche eine ‚Koalition der Willigen‘ geben, um Veränderungen voranzubringen – so eine zentrale Botschaft in Köln. Der Controllertag machte ferner deutlich, dass die PPR 2.0 umstritten ist. Die Aussage der Pflegebeauftragten Claudia Moll, Pflege und Controlling müssten zusammenkommen, war ebenso ein Highlight wie der Appell nicht nur von der Kassenseite, die Menschen in den Mittelpunkt zu nehmen und gesamtgesellschaftlich zu entscheiden, welche Gesundheitsleistungen solidarisch finanziert werden sollten.“

wahrer, das wünschte sich Lemke. Für die Krankenkassen nahm Rosamaria Wehner Stellung. Die neue Geschäftsführerin der Barmer in Nordrhein-Westfalen Bettina Klusmann erklärte: „Wir sehen Doppelfinanzierungen und Abgrenzungsproblematiken“. Es müsse sichergestellt werden, dass Pflegepersonal seiner Qualifizierung gemäß eingesetzt werde – nicht für minderwertige Aufgaben. Außerdem wollten die Kassen eine Verschlinkung der Budgetverhandlungen: Die „Black Box“ für die Verhandler müsse aufgebrochen, Bürokratie reduziert und Transparenz erhöht werden.

Der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Olaf Kern, RWU Ravensburg, forderte auf, „wir müssen mehr über Ziele der Gesundheitsversorgung sprechen“. Daraus sei zu folgern, wie der Leistungskatalog der Krankenkassen auszusehen habe. Sein Postulat: „Mehr auf Qualität als auf Kosten fokussieren“. Der Mensch müsste im

Mittelpunkt sein – im Sinne Porters: „Focus on value not just costs“. Welche Effekte hat all dies auf den Job der Controller? Daten aggregieren, bereitstellen, analysieren, Auswertungen formulieren – da waren wir ja schon. Was an Mehr, an „anders“ ist hier gefragt – um konkret welche Zielerreichung zu unterstützen? „Es geht in Zukunft verstärkt darum, Businesspartner für alle Berufsgruppen zu sein – die beschriebene Koalition der Willigen zu unterstützen und zu identifizieren, was ermöglicht werden kann“, sagte DVKC-Vorstand Prof. Dr. Björn Maier. Dies gelte auch über die Grenzen des Krankenhauses hinweg. „Die aktive Rolle ist entscheidend!“ Welche Aufgaben kommen beim Thema Nachhaltigkeit auf die Controller zu – im Kontext der EU CSRD und des Deutschen Nachhaltigkeitscodex? „Neben dem internen und externen Rechnungswesen wird die Nachhaltigkeitsberichterstattung zur dritten Säule“, erklärt Maier. Wenn Fortschritte

erzielt werden sollten, etwa bei der Senkung der THG-Emissionen, werde es nicht ausreichend sein, diese zu messen und Maßnahmen zu formulieren, sondern dann „muss ferner ein internes Reporting dazu erstellt werden, wie Maßnahmen umgesetzt werden und entsprechend wirken“. Mit Blick etwa auf die CO₂-Bepreisung sei das wieder eine Frage der wirtschaftlichen Steuerung. „Hier gilt es den Dreiklang in der Abstufung zu beachten: vermeiden, vermindern, kompensieren.“ Wichtig sei auch, dass der Blick auf Klimaneutralität über soziale Nachhaltigkeitsaspekte hinauszugehen habe. „Hier schaffen Krankenhäuser zwar einerseits Wohlfahrt, andererseits sind sie als Arbeitgeber und Teil von Lieferketten in der Verantwortung für Menschenrechte, Arbeitnehmerrechte und mehr“. Das Lieferkettensorgfaltspflichtgesetz sei ein Beispiel.

Starke Vorschläge wurden in Köln diskutiert – zur Konzeption eines Kennzahlensystems für Pflegeeinsatz und eines Pflegedashboards mit Reportingintervallen, zum NRW-Strukturreformansatz als Blaupause für die Republik und vieles mehr. Wird der nächste Controllertag Fortschritte aufzeigen?

Michael Reiter

Freier Journalist, spezialisiert auf den Gesundheitssektor, **Kontakt:**

michael.reiter-pr@gmx.de



News und Diskussion
rund um die Gesundheitswirtschaft mit
#HCM auf LinkedIn



Telehealth-Services

Facharzt-Rundumbetreuung

Die Möglichkeiten der Telemedizin gehen weit über die Videosprechstunde hinaus. Das Klinikum Schongau will dazu ein Pilotprojekt starten und zeigt, wie 24-7-Rundum-Services auf Intensivstationen mit KI-gestützter Methode Personal und Klinik-IT entlasten und die Patientensicherheit erhöhen.

Der Bedarf an digitaler Unterstützung von Intensivstationen (ICU – intensive care unit) ist an deutschen Kliniken vorhanden: 75 Prozent der Kliniken auf den ICUs dokumentieren noch immer mit Papier und Stift. Aufgrund des Kostendrucks können Krankenhäuser eine Bereitstellung von Fachärzteschaft rund um die Uhr nicht leisten. Zudem besteht in vielen Regionen ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten. Telehealth-Services sollen hier Abhilfe schaffen, um Mitarbeitende und Klinik-IT zu entlasten.

Das HealthTech-Start-up Telehealth Competence Center (TCC) ist ein mit Fachärzteschaft und Intensivmedizinerinnen und -medizinern rund um die Uhr, sieben Tage die Woche besetztes Kompetenzzentrum, das ärztliche Tätigkeiten aus der Entfernung übernimmt. Ärzteschaft und Pflegepersonal in Krankenhäusern, deren Bet-

ten mit der Hard- und Software des Dienstleisters ausgerüstet sind, sollen dank dem 24-7-Service mit fach- und intensivmedizinischer Qualität beraten werden. Als ausgelagertes Zentrum hat das Unternehmen Einsicht in Behandlungsdaten in Echtzeit und ist damit in der Lage – unterstützt durch KI – Entwicklungen des Gesundheitszustandes vorherzusagen und so Verschlechterungen zu vermeiden.

Krankenhaus Weilheim-Schongau will Pilot werden

Diese Vorteile möchte auch die Krankenhaus GmbH Landkreis Weilheim-Schongau nutzen. Etwa 40.000 Patientinnen und Patienten werden dort von 1.300 Mitarbeitenden pro Jahr versorgt. Gestartet werden soll das Modell dort an acht Intensivbetten, vorausgesetzt das Projekt wird nach dem KHZG-Förderantrag bewilligt. TCC erfüllt den Fördertatbestand 9 („Telemedizinische Netzwerke, informations- & kommunikations-technische und robotikbasierte Anlagen, Systeme oder Verfahren“). Weitere Tatbestände (3, 4, 5, 6, 7 und 10) werden übergreifend abgedeckt.

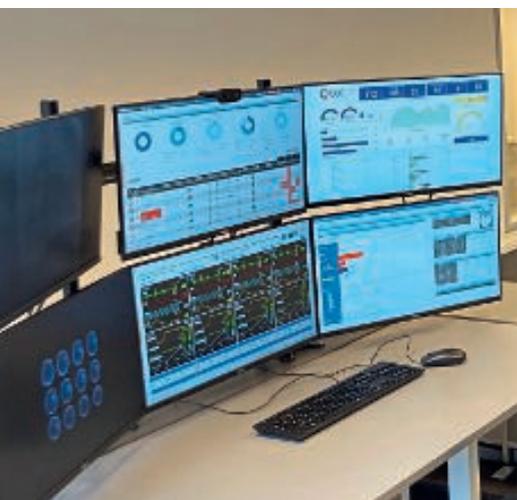
Im ersten Schritt sollen dann die vorhandenen IT-Systeme (v.a. das Klinikinformationssystem – KIS) und die Endgeräte der Intensivstation evaluiert werden. Anschließend startet der Change-Management-Prozess, indem TCC-Intensivmedizinerinnen und -mediziner das Personal im Dienst begleiten und die Abläufe kennenlernen. Die Wünsche und Erwartungen des Klinikteams an die digitale Unter-

stützung vor Ort werden aufgenommen und in das PDMS (Patient Data Management System) übernommen und bei den späteren 24/7-Services berücksichtigt. Anschließend soll das PDMS als SaaS-Applikation zur Verfügung gestellt werden. Über Schnittstellen sollen alle gängigen Systeme eingebunden werden. Sind die Intensivbetten mit der Hard- und Software ausgestattet und die Schnittstellen angebunden, laufen alle Daten im TCC zusammen. Das PDMS wird anschließend technisch so vorbereitet, dass es über Schnittstellen mit dem KIS des Krankenhauses kommunizieren kann. Auf Dashboards erhält die Ärzteschaft Hinweise und Frühwarnungen zu ihren Patientinnen und Patienten. Als Schlüssel der technischen Integration soll die „IoT Konnektorbox“ installiert und alle Endgeräte der ICU angebunden werden. Die Intensivbetten benötigen dazu neben der Konnektorbox nur eine Internetverbindung.

Nach einem Testbetrieb und einer Schulung vor Ort erfolgt der „Go-live“. Unter Einhaltung aller Vorgaben des Datenschutzes soll dann eine permanente Analyse der Patientenzustände stattfinden. Die Fachärzteschaft könne somit künftig alle Parameter im Blick haben. Parallel wird durch das System die digitale Dokumentation der Klinik aufgebaut.

HCM berichtet in den kommenden Ausgaben, wie das Pilotprojekt in der Krankenhaus GmbH Landkreis Weilheim-Schongau voranschreitet.

David Barg, Kontakt:
dbarg@tcc-clinicalsolutions.de



Im Telehealth-Kompetenzzentrum können Daten von der Intensivstation in Echtzeit eingesehen werden.



„The patient will see you now“

Kommentar

Wenn man sich mit der Zukunft des Arzt-Patienten-Gesprächs ernsthaft beschäftigt, wird schnell klar, dass sich dies in Zukunft zu einem Arzt-Patienten-Maschine-Gespräch entwickeln wird. Die Maschine wird zum einen das Instrument zur Übermittlung der Information sein (wie es heute das Fax, die E-Mail ist – wird es morgen die Telehealth- Sprechstunde in der Versorgungspraxis sein). Die Maschine wird aber auch punktuell die Rolle der Ärzteschaft einnehmen, wenn z.B. eine Künstliche Intelligenz die Aufklärung, Therapie oder Nachsorge übernimmt. Es geht dabei nicht mehr um das „ob“, sondern lediglich um das „wann“. Wir werden zuhause krank und so wollen wir auch zuhause sofort mit einer Ärztin oder einem Arzt sprechen, egal wann sofort ist – auch an einem Sonntag um Mitternacht. Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass es technisch funktioniert und viele Kundinnen und Kunden (und ich sage bewusst nicht Patientinnen und Patienten, da heute noch vieles im Out-of-Pocket-Bereich liegt) es auch wollen.

Es ist an der Zeit, dass nicht nur innovative Start-ups Telehealth-Services im Selbstzahlerbereich anbieten, sondern diese Angebote von der Ärzteschaft im Kernsystem des Gesundheitswesens in der breiten Versorgung zum neuen Standard werden. Vieles was sprechende Medizin ist, kann von ärztlichen Kolleginnen und Kollegen über Telefon oder Smartphone via Zoom und Co. gut umgesetzt werden. Deshalb begrüße ich die Initiative vom Klinikum Schongau, das ein Pilotprojekt mit 24-7-Rundum-Services auf Intensivsta-

tionen mit KI-gestützter Methode Personal und Klinik-IT entlasten und Patientensicherheit erhöhen. Die technischen Voraussetzungen scheinen im Projektplan klar zu sein. Noch wichtiger ist die richtige Kultur und das Mindset der teilnehmenden Mitarbeitenden und auch das Thema Kommunikation. Der Nutzen muss für alle Seiten (Klinikleitung, Mitarbeitende, Dienstleister sowie Patientinnen und Patienten) von Anfang an klar sein. Nicht Technik und Prozess dürfen im Vordergrund stehen, sondern der Faktor Mensch. Klingt trivial? Ist es nicht, denn das machen noch zu viele Krankenhäuser falsch.

Das Pilotprojekt kam zustande, weil es Aussicht auf eine KHZG-Förderung gab. Ich bin ein Freund von Instrumenten wie dem KZHG. Es ist allerdings auch gleichzeitig eine Ohrfeige für das Gesundheitswesen, das scheinbar oft nur innovativ sein kann, wenn es Programme gibt. Umso wichtiger ist die Anschlussfinanzierung und die Perspektive, damit es nicht nur eine „nette Machbarkeitsstudie“ bleibt. Wichtig ist, dass die Ergebnisse schnell in der breiten Versorgungsrealität ankommen. Denn: „The patient will see you now“ – um es mit den Worten des US-amerikanischen Kardiologen und Digital Health Autors Eric Topol zu sagen.

Ihr

Prof. Dr. David Matusiewicz

Dekan und Institutsdirektor,
FOM Hochschule
Digitalisierung im Gesundheitswesen |
Digitale Gesundheit, Kontakt:
david.matusiewicz@gmail.com

Erstmals
gemeinsam von



5. Fachmesse Krankenhaus Technologie mit Fachtagung Technik im Gesundheitswesen

Am 28. und
29.9.2022 im
Wissenschaftspark
Gelsenkirchen

Jetzt
anmelden

Innovative
Technologien und
Services rund um das
Krankenhaus

Dabei sein und
Fortschritt
gestalten!

Informationen und
Anmeldung unter:
www.fachmesse-krankenhaus-technologie.de

Lungenkrebs

Früh erkennen, Leben retten

Lungenkrebs ist häufig, und Lungenkrebs ist tödlich. Wer die Erkrankung früh erkennt, kann viele Leben retten und viel Leid verhindern. Worauf warten wir noch?

Text: Philipp Grätzel von Grätz

Etwa 45.000 Menschen sterben in Deutschland jedes Jahr an Lungenkrebs. Das entspricht fast der Passagierzahl eines Airbus A320 pro Tag. Keine andere Krebsentität erreicht diese Dimension. Der Grund: Patient*innen mit Lungenkrebs haben anfangs wenige bis keine Beschwerden. Manche entwickeln erst klinische Komplikationen, wenn sie schon Fernmetastasen haben. Dieses Sterben durch Lungenkrebs ist aber nicht zwangsläufig: Mit Hilfe von Computertomographie kann Lungenkrebs im Prinzip früh erkannt werden. Jetzt geht es darum, ein solches Screening bei Hochrisikopatient*innen auch umsetzen.

Todesfälle werden verhindert, teure Therapien eingespart

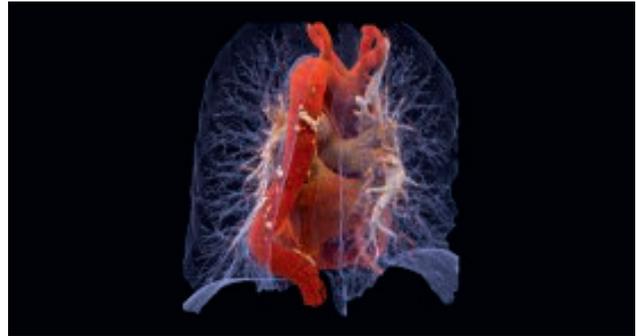
Das Lungenkrebs-Screening mittels Computertomographie mit niedriger Strahlendosis („Low-Dose-CT“) ist keine fixe Idee mehr, sondern in Ländern wie den USA, Polen, Großbritannien und Kroatien gelebte Versorgungsrealität. Mit sehr guter Evidenz, wie Prof. Dr. Jens Vogel-Claussen, Stellvertretender Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), betont: „Wir haben mittlerweile acht große, randomisierte Studien und massenhaft Real-World-Daten vor allem aus den USA. Wir haben eine klare Empfehlung der Fachgesellschaften und der Leitlinien und ein positives Votum des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG. Mehr Evidenz werden wir nicht bekommen.“

Medizinisch haben klinische Studien wie die hochrangig publizierte NELSON-Studie gezeigt, dass sich die Sterblichkeit an Lungenkrebs durch das CT-Screening bei Hochrisikopatient*innen um etwa ein Viertel senken lässt. Aber es gibt nicht nur klinische, sondern auch ökonomische Daten, und zwar im Kontext des deutschen Gesundheitswesens: „Zwei Studien in Hannover und



Prof. Dr. Jens Vogel-Claussen, Leiter HANSE-Studie und Radiologe an der MHH

Hamburg besagen, dass die Kosten für das Screening unter dem liegen, was wir in späteren Phasen für die Therapie ausgeben müssten“, so Vogel-Claussen.



Mit freundlicher Genehmigung des Universitätsklinikums Erlangen

Screening konkret: Deutsche HANSE-Studie auf der Zielgeraden

Was bisher noch fehlte, war eine Studie, die untersucht, wie sich das CT-basierte Lungenkrebs-Screening bei Hochrisikopatient*innen – also Menschen ab 50 oder 55 Jahren, die viel rauchen – im deutschen Gesundheitswesen optimal umsetzen lässt. Das ist wichtig, denn es reicht nicht, ein Screening einfach nur zu beschließen. Erfahrungen unter anderem aus den USA zeigen, dass die Teilnehmeraten teils deutlich hinter den Erwartungen zurückbleiben, wenn das Screening nicht gut organisiert wird. Auch andere Krebs-Screening-Programme machen diese Erfahrung.

Hier setzt die von Vogel-Claussen geleitete und mittlerweile weit fortgeschrittene HANSE-Studie an, die in großen Sprüngen vorangeht. Einen ersten Einblick gab der Radiologe beim Hauptstadtkongress: „Wir werden im August 2022 die angestrebten 5000 Proband*innen rekrutiert, und sie mittels CT gescreent und vollständig nachgesorgt haben. Die Erfahrung zeigt, dass wir in Deutschland das Lungenkrebs-Screening innerhalb der bestehenden Strukturen und nach den Vorgaben des Bundesamts für Strahlenschutz sehr gut umsetzen können.“

Drei Faktoren für den Screening-Erfolg

Die Wissenschaftler*innen um Vogel-Claussen haben insbesondere drei Faktoren identifiziert, die dazu beitragen, dass das Screening ein Erfolg wird. Sehr gute Erfahrungen macht die HANSE-Studie mit einem personalisierten Anschreiben in Verbindung mit einem leicht zugänglichen, einfach zu nutzenden Webportal: „Dort können sich die Teilnehmer*innen anmelden und ein Risiko-Assessment durchführen, das der Pneumologe

oder die Pneumologin vor Ort dann noch einmal überprüft. Sie können außerdem gleich einen Screening-Termin vereinbaren“, so Vogel-Claussen.

Zweiter Erfolgsfaktor ist die CT-Infrastruktur, die in ausreichender Menge zur Verfügung stehen muss. Die fest installierten CT-Geräte in den Krankenhäusern und radiologischen Zentren reichten für ein effizientes High-Volume-Screening nicht aus, betont der Radiologe: „Wir nutzen deswegen einen CT-Truck, der zusätzliche Kapazitäten schafft, unterversorgte Regionen ansteuern kann und die Qualität des Niedrig-Dosis-CTs konstant hält.“

Mindestens genauso wichtig sei schließlich eine Datenplattform mit einheitlicher Software, die die Bilddatensätze mit künstlicher Intelligenz standardisiert aufbereitet: „Wenn wir als Radiolog*innen an der Workstation sind, dann sollten die potenziellen Knötchen nicht nur detektiert sein. Sie sollten auch volumetriert und entsprechend den Vorgaben des jeweiligen Screening-Programms kategorisiert sein.“ Die automatische Analytik muss auch nicht bei der Lunge enden. So zeigen die HANSE-Erfahrungen, dass sich bei etwa der Hälfte der Patient*innen als Nebenbefund ein positiver Kalk-Score der Herzkranzgefäße findet, der ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko anzeigt. Das ist für die Patient*innen eine wichtige Information, die einen Lungenkrebs-Screening gleich mitliefern könnte.

Patient*innenseite plädiert für nicht zu strenge Indikationsstellung

Es sind nicht zuletzt diese „zusätzlichen“ Benefits, die aus Patientensicht dafür sprechen, das Lungenkrebs-Screening möglichst breit zur Verfügung zu stellen. Barbara Baysal vom Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e.V. sieht bei einem auf Hochrisikogruppen



Barbara Baysal, Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e.V.

beschränkten Screening kommunikative Schwierigkeiten: „Wir fragen uns zum Beispiel, was wir Patient*innen sagen sollen, die vor 20 Jahren mit dem Rauchen aufgehört haben und die einen Lungenkrebs ent-

wickeln. Sollen wir denen sagen: Hätten Sie mal weitergeraucht, dann hätten Sie ein Screening bekommen?“

Baysal und viele andere Patientenvertreter*innen favorisieren beim Lungenkrebs-Screening ein Modell, das neben der „Hochrisikoindikation“ Rauchen andere Risikofaktoren zulässt und auch zum Beispiel Menschen mit hohem Sicherheitsbedürfnis den Zugang zur CT-Untersuchung nicht versperrt. Klar ist aber auch, dass das Screening-Programm jetzt in Deutschland erst einmal bei Hochrisikopatient*innen auf die Schiene gebracht werden muss, bevor über eine Weiterentwicklung diskutiert werden kann.

„Wir diskutieren nicht mehr das Ob, sondern nur noch das Wie“

Was genau fehlt noch, damit es in Deutschland mit dem Lungenkrebs-Screening losgehen kann? Dr. Sebastian Schmidt, zuständig für Innovation & Medical Affairs Computertomographie bei Siemens Healthineers, fasst zusammen, was noch ansteht: „Der nächste Schritt ist eine Verordnung des Bundesumweltministeriums bezüglich des Strahlenschutzes bei den Screening-Untersuchungen.



Prof. Vogel-Claussen und Dr. Sebastian Schmidt im Truck der HANSE-Studie

Danach kann der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit seinen Beratungen zu Einführung und Umsetzung des Screening-Programms starten, was typischerweise 18 Monate dauert.“

Wir reden also selbst unter optimalen Bedingungen frühestens vom Jahr 2024 – spät, angesichts dessen, dass die deutschen Leitlinien ein Screening von Risikopatient*innen schon seit 2017 empfehlen. Für Vogel-Claussen ist das Glas dennoch eher halb voll als halb leer: „Wir diskutieren nicht mehr, ob wir ein Screening einführen, sondern nur noch, wie wir es genau umsetzen. Die Fachgesellschaften müssen jetzt vertrauensvoll mit dem G-BA zusammenarbeiten, um ein maximal effizientes Programm zu ermöglichen – jenseits von allem Standesdünkel.“

Seitens der Politik signalisiert der Bundestagsabgeordnete und Gesundheitsexperte Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP) Unterstützung:

Die Ampel-Koalition habe die Prävention im Koalitionsvertrag weit nach vorn gerückt, und das Lungenkrebs-Screening gliedere sich hier sehr gut ein: „Wir wollen Gesundheit betrachten, und nicht nur Krankheit“, fasst Ullmann das gesundheitspolitische Credo der Bundesregierung zusammen. Und worum, wenn nicht darum, geht es beim Lungenkrebs-Screening? ●



Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB, FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag

Kontakt

Dr. Sebastian Schmidt
Leiter Strategie, Innovation und Medical Affairs Computertomographie
Siemens Healthineers
sebastian.s.schmidt@siemens-healthineers.com

siemens-healthineers.de/lungenkrebs

Multimedia

Patienteninfotainment am Point of Care

Patientenzufriedenheit hängt in erster Linie von der medizinischen Versorgung im Krankenhaus ab. Doch der Anspruch der zu behandelnden Menschen schließt auch Informationen und Einbindung in Behandlungsprozesse mit ein. Wie dies mit Infotainment gelingen kann, zeigt das UKSH.

Neben der ärztlichen Visite, den Mahlzeiten am Tag und Besuchen von Angehörigen haben Patientinnen und Patienten viel Zeit für sich im Krankenzimmer. Hier bietet sich ein großgefächertes Unterhaltungsangebot an. Das Patientenentertainment ist mehr als ein Fernseher am Krankenbett. Ein Multimediaterminal soll hier Komfort in einer neuen Dimension bieten. Neben Telefonieren, Fernsehen, Radio hören und Filme streamen, angebotene Hörbücher genießen, digitale Magazine oder E-Books lesen, können die zu behandelnden Menschen im Internet surfen. Oft werden diese Dienste für ein geringes Entgelt zur Nutzung am Bett angeboten.

In Multimedia steckt Potenzial

Nicht nur komfortable Unterhaltung finde sich in der Erweiterung der Systeme zur Multimediaplattform. Mit diesen können Patientinnen und Patienten direkt am Bett Informationen über ihr Patientenportal einholen und vorhandene Applikationen nutzen. Der Schlüssel zur Entlastung des Pflegepersonals soll in der Einbindung der Patientinnen und Patienten in die täglichen Krankenhausprozesse sein, wie

- Menübestellung,
- Servicruf für bestimmte Wünsche,
- persönliche elektronische Patientenaufklärung,
- Benachrichtigungen über Push-Messages am Multimediaterminal,

- Orientierungsunterstützung via Indoor-Navigation,
- Termininformationen,
- Online-Feedback und elektronische Kommunikation zwischen Patientin und Patient sowie Pflegepersonal.

Hier liegt das große Potenzial einer Multimediaplattform. Diese Entwicklung hin zum Patienteninfotainment ist nicht nur dem KHZG mit neuen Anforderungen an die Digitalisierung im Krankenhaus geschuldet, sondern ist ein Prozess, der sich seit Jahren etabliert hat. Die zu behandelnden Menschen sollen im Mittelpunkt stehen.

Mit den Multimediaeigenschaften öffne sich nicht nur den Patientinnen und Patienten eine neue Welt, auch den ärztlichen und pflegerischen

Bereich unterstütze die Infrastruktur am Krankenbett bei der täglichen Arbeit. Durch die Anbindung an das Krankenhaus-Informationssystem (KIS) sollen Informationen (z.B. aus der elektronischen Patientenakte) unmittelbar am Bett eingesehen und erforderliche Maßnahmen bzw. Eingaben sofort durchgeführt werden. Nach erfolgter Anmeldung und Autorisierung können Ärzte- und Pflegekraft einzelne Patientendaten, die kompletten Patientenakten oder sogar digitale Röntgenaufnahmen einsehen. Das soll Zeit sparen und die Effizienz im Krankenhausprozess steigern. Die Sicherheit der sensiblen Daten muss dabei jederzeit gewährleistet werden. So kann der klinische Prozess effizient



Das Multimedia-Tablet soll Ärztinnen und Ärzte sowie die Pflegekräfte bei den digitalen Prozessen am Patientenbett unterstützen.

gesteuert und die Behandlungsqualität stetig verbessert werden.

Infotainment am UKSH

Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) hat im Rahmen des Change-Projekts „Krankenhaus-Infotainment für Patienten“ genau diesen Weg beschritten: vom Röhrenfernseher zum smarten Krankenhaus-Infotainment für Patientinnen und Patienten.

Am UKSH wurde ein Projekt zur Ablösung des klassischen Krankenhaus-Entertainments aufgesetzt. Das ursprüngliche Patienten-Entertainment sollte durch ein intelligentes „Krankenhaus-Infotainment für Patienten“ (KIP), ersetzt werden. Die neue Generation KIP sollte mit einer eigenen Kommunikationsplattform die Integration der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsprozesse in den Fokus rücken. Das Wohlergehen und -befinden der behandelnden Menschen sollte gestärkt werden.

Nach einem Markterkundungsverfahren mit verschiedenen Anbietern, hat sich das UKSH für die HiMed-Lösung der Siemens AG entschieden. Die im UKSH formulierten zukunftsweisenden KIP-goals wurden durch die offene Lösungsplattform zur

sicheren Digitalisierung des Point of Care, der HiMed-Lösung am besten beantwortet.

Mittlerweile steht das KIP an mehr als 1.750 Patientenbetten zur Verfügung. In enger Abstimmung mit dem Hersteller werden neue Anwendungen als zusätzlicher Content in das System integriert. Die ursprüngliche Fokussierung lag bei den Patientinnen und

Nachricht zum Status des jeweiligen Anliegens. Auch andere „KIP-Apps“ helfen. Fragen beispielsweise zu den Medikamenten beantwortet neben dem Klinikpersonal jederzeit das KIP-Tablet automatisch am Bett per QR-Code auf dem Blister. Patientinnen und Patienten sind informiert und die Pflegekräfte sparen Zeit und Wege.

„ Wir haben mit unserem Change-Projekt eine neue, offene Plattformlösung geschaffen.“

Tobias Voth, Abteilungsleiter Service Integration, UKSH Gesellschaft für IT Services mbH

Patienten, geht seither aber immer mehr auch in die klinischen und wissenschaftlichen Prozesse und die Teilhabe der behandelnden Menschen an diesen Prozessen über.

Nach anfänglichen Bedenken einiger Mitarbeitenden gäbe es heute durchweg positive Rückmeldungen. Hierzu habe u.a. der digitale Pflegeassistent Cliniserve beigetragen. Die Patientinnen und Patienten senden Serviceanfragen vom Touchscreen direkt auf die Handys der Stations- oder Assistenzkräfte und erhalten eine

Patientennutzen bündeln

Bereits erste Überlegungen zur Ablösung des Bestandssystems hatten gezeigt, dass das neue System den klinischen Nutzen und den Patientennutzen bündeln sollte, um den größtmöglichen Mehrwert zu liefern. Für die langfristige Optimierung des KIP-Contents werden Ergebnisse aus Rückmeldungen mit dem Hersteller analysiert und für die weitere Entwicklung und Updates des Systems genutzt.

Christian Leffler, Kontakt:
christian.leffler@siemens.com



eCLIQ

Der Schlüssel zum
elektronischen
Schließen

www.assaabloy.com/de



ASSA ABLOY
Opening Solutions

Experience a safer
and more open world

Hinweisgeberschutzgesetz

Whistleblowing im Krankenhaus

Bereits Ende 2021 hätte die EU-Richtlinie zum Schutz von Whistleblowern in Deutschland in nationales Recht umgesetzt sein müssen, um Hinweisgebende besser vor Sanktionen wie Kündigungen oder sonstigen Benachteiligungen zu schützen. Was Krankenhäuser beachten müssen.

Die Große Koalition konnte sich am Ende der letzten Legislaturperiode nicht mehr über Einzelfragen des Gesetzesentwurfs einigen. Die EU-Kommission hat deswegen ein förmliches Vertragsverletzungsverfahren gegen Deutschland eingeleitet. Inzwischen hat das Bundesministerium der Justiz (BMJ) einen neuen Gesetzesentwurf eines Hinweisgebergesetzes vorgelegt, sodass spätestens jetzt konkreter Handlungsbedarf besteht.

Unmittelbare Geltung der EU-Richtlinie

Es ist umstritten, ob die Whistleblower-Richtlinie der EU durch die fehlende Umsetzung zum 17. Dezember 2021 bereits vor Inkrafttreten des nationalen Hinweisgebergesetzes unmittelbare Wirkung entfaltet. Die dafür erforderliche hinreichende Bestimmtheit der Richtlinie ist nach der Meinung der Autoren gegeben. Für juristische Personen des öffentlichen Rechts ist somit davon auszugehen, dass für diese die Regelungen der EU-Richtlinie seit dem 17.12.2021 unmittelbar verbindlich sind. Privatrechtliche Unternehmen sind zwar aktuell noch nicht unmittelbar betroffen, allerdings wird die EU-Richtlinie im Falle von arbeitsrechtlichen Auseinandersetzungen mit Mitarbeitenden zur Auslegung des nationalen Rechts herangezogen.

Welche Unternehmen sind betroffen?

Bereits seit dem 18. Dezember 2021 sind juristische Personen mit öffentlich-rechtlichen Eigentümern aufgrund der EU-Whistleblower-Richtlinie zur Einrichtung eines internen Meldesystems für Hinweisgebende verpflichtet. Mit Inkrafttreten des nationalen Hinweisgebergesetzes sind dann zunächst sämtliche Un-

wie andere Unternehmen verpflichtet, eine interne Meldestelle zu schaffen. Wie ein solches Hinweisgebersystem konkret aussehen soll, lässt die EU-Richtlinie offen. Möglich ist es auch, das interne Meldesystem auf externe Dritte auszugliedern. Wichtig ist, dass ein Meldeweg geschaffen wird, über den Hinweisgebende schriftlich, mündlich, digital oder persönlich – auch anonym –

11 Hinweisgebende sollen künftig besser vor Sanktionen und Benachteiligungen geschützt werden.

Anna Stenger

ternehmen ab 250 Mitarbeitenden betroffen. Kleinere Unternehmen mit 50 bis 249 Mitarbeitenden haben noch bis zum 17. Dezember 2023 Zeit für die Umsetzung.

Einrichtung von Meldewegen für Hinweisgebende

Für hinweisgebende Personen werden mit internen und externen Meldekanälen zwei gleichwertig nebeneinanderstehende Meldewege vorgesehen, zwischen denen sie frei wählen können. Neben einer externen Meldestelle, die u.a. beim Justizministerium angesiedelt ist, sind Krankenhäuser

Hinweise an das Krankenhaus oder den externen Beauftragten melden können. Wichtig ist die Vertraulichkeit des Meldesystems, damit sichergestellt wird, dass die Identität des Hinweisgebenden ebenso gewahrt wird, wie auch die Identität derjenigen Personen, die in der Meldung namentlich benannt werden. Zudem müssen die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden.

Was folgt nach der Meldung eines Hinweisgebenden?

Die Meldestelle muss dann den Sachverhalt aufklären und Ermitt-

lungen anstellen, um zu prüfen, ob die Meldungen plausibel sind. Auch müssen ggf. Maßnahmen ergriffen werden, um gegen den gemeldeten Verstoß vorzugehen. Hierfür muss eine unparteiische Person oder Abteilung benannt werden, die für die Folgemaßnahmen zuständig ist. Zudem sind Fristen zu beachten. Eine Meldung muss innerhalb von sieben Tagen nach Eingang gegenüber dem Hinweisgeber bestätigt werden. Spätestens drei Monate nach der Meldung muss der Hinweisgebende eine Rückmeldung z.B. über getroffene Maßnahmen erhalten.

Was Krankenhäuser beachten sollten

Für Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft ist bereits seit Ende 2021 von der Geltung auszugehen und auch Krankenhäuser in privater Trägerschaft ab 250 Mitarbeitenden sollten mit einer schnellen Umsetzung des nationalen Gesetzesentwurfs rechnen, da die Regierung Sanktionen aus Brüssel vermeiden möchte. Daher sollten Krankenhäuser zeitnah die erforderlichen Strukturen schaffen. Dabei empfiehlt es sich Rechtsrat einzuholen, um einerseits den gesetzlichen Anforderungen zu genügen und den Schutz von Hinweisgebenden zu gewährleisten und andererseits das Risiko von Sanktionen (Bußgeld bis zu 100.000 Euro) sowie verschuldensunabhängigen Schadensersatzansprüchen zu vermeiden.

Anna Stenger

LL.M., Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht Lyck+ Pätzold healthcare.recht,
Kontakt: stenger@medizinanwaelte.de



COMPLIANCE-KOLUMNE



Vorsicht bei Kaufverträgen

Krankenhäuser im Sinne von §§ 108, 109 SGB V sind berechtigt, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 Abs. 1, 1a SGB V zu gründen. Diese MVZ fungieren auch als (Zu-)Kaufende weiterer ärztlicher Praxen verschiedenster Fachgebiete. Oft besteht das Interesse an der Übernahme der vertragsärztlichen Versorgungsaufträge (Zulassungen). Das materielle Anlagevermögen der Praxen interessiert oft nicht, da in den letzten Jahren der beruflichen Tätigkeit des Verkaufenden nicht selten ein „Investitionsstau“ aufgetreten ist. Damit rückt also der sogenannte „Goodwill“ (Patientenstamm) in den Mittelpunkt der vertraglichen Gestaltung, da eine „Zulassung“ an sich kein veräußerungsfähiges Gut darstellt. Die Kaufverträge enthalten dann nicht selten Bestimmungen, wonach der Patientenstamm der Praxis Kaufgegenstand sei. Die Parteien vereinbaren eine Rufumleitung sowohl der Anrufe auf dem Telefonanschluss als auch der Aufrufe der Internetseite der Praxis. Auch wird vereinbart, dass die Patientinnen und Patienten durch ein Rundschreiben über die Praxisabgabe zu informieren sind. In diesen wird dann die Fortsetzung der Behandlung durch den Kaufenden empfohlen.

Der BGH hat durch Beschluss vom 9. November 2021 – VIII ZR 362/19 derartige Kaufverträge für nichtig angesehen, da diese Verabredungen gegen das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt (z.B. 31 MBO-Ä) verstoßen. Rufumleitung, Domainumleitungen, Patientenanschriften würden eine Zuweisung darstellen, die versucht, Entscheidungen der Patientinnen und Patienten dahingehend zu beeinflussen, sich durch den Kaufenden weiterbehandeln zu lassen. Dem Einwand, der Kaufpreis würde nicht als Gegenleistung für die Zuweisung der Patientinnen und Patienten gezahlt, sondern für den in der Patientenkartei verkörperten immateriellen Wert der Praxis und damit für die Chance zukünftig die Menschen weiter behandeln zu können, erteilte der BGH eine Abfuhr. So wäre nach Aufgabe der Praxis diese Chance allen im örtlichen Wettbewerb verbliebenen gleichermaßen – aber unentgeltlich – zugekommen. Sinn und Zweck der im Vertrag vereinbarten „Werbemaßnahmen“ sei es aber gewesen, diese Chance für den Kaufenden gegen Zahlung des Betrags zu erhöhen. Daraus erwachsen wichtige Schlussfolgerungen für die Vertragspraxis. Es ist Vorsicht geboten bei der Verabredung von weiteren „Werbemaßnahmen“ zugunsten des Kaufenden. Auf Ruf-/Domainumleitungen sowie Empfehlungsschreiben sollte verzichtet werden und eine Einzelfallprüfung der Verträge veranlasst werden. Anderenfalls läuft man Gefahr, den Kaufpreis nicht zu erhalten oder in das Visier der Aufsichtsbehörden (Ärztammer, Bezirksregierung o.ä.) oder auch ermittelnder Staatsanwaltschaft zu geraten.

Dr. Tobias Weimer M.A., Fachanwalt für Medizinrecht, Weimer | Bork – Kanzlei für Medizin-, Arbeits- & Strafrecht, Infos: www.smart-compliance-consulting.de, Kontakt: weimer@kanzlei-weimer-bork.de

Das gilt bei MD-Kontrollen

In den letzten zwei Jahren wurden die Verfahren zur Qualitätssicherung pandemiebedingt ausgesetzt und Krankenhäuser von den Nachweis- und Dokumentationspflichten befreit. Nun wurden retrospektive Kontrollen eingeführt. Was Krankenhäuser dabei beachten sollten.

Zuletzt wurde die maßgebliche Richtlinie für Qualitätskontrollen durch den MD (MD-QK-RL) im April 2022 dahingehend angepasst, dass die Qualitätskontrollen für den Zeitraum 1. Dezember 2021 bis zum 30. Juni 2022 ausgesetzt werden. Zugleich wurden retrospektive Kontrollen eingeführt, wonach die MD nach Ablauf dieses Zeitraums rückwirkend Prüfungen für diesen Zeitraum durchführen dürfen, sofern deren Gültigkeit in der jeweiligen Richtlinie nicht ebenfalls infolge der Corona-Pandemie eingeschränkt werden. Nur für den Zeitraum der ersten Aussetzung im Jahr 2020 (27. März bis 31. Oktober 2020) sind retrospektiv keine Kontrollen möglich. Die jährliche stichprobenbasierte Überprüfung hingegen wurde weiter nach hinten verschoben und darf erst ab dem Jahr 2025 stattfinden. Seitdem nehmen die MD nun auch die zurückliegenden sieben Monate unter die Lupe.

Die MD dürfen die Einhaltung der Strukturqualitätsvorgaben der entsprechenden Richtlinien (wie die Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborener) sowie die Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung auf Grundlage der MD-QK-RL prüfen. Die Qualitätskontrollen setzen eine schriftliche Beauftragung des MD voraus, die – je nach Kontrollart – von den gesetzlichen Krankenkassen, einem verantwortlichen Gremium oder auch dem G-BA selbst erteilt werden kann. Voraussetzung für die Beauftragung ist

das Vorliegen konkreter und belastbarer Anhaltspunkte für die Nichteinhaltung der in den Richtlinien genannten Qualitätsanforderungen. Dies können z.B. Implausibilitäten der Angaben in Qualitätsberichten, Erkenntnisse bei Abrechnungsprüfungen bei Einzelfällen oder Verstöße gegen Dokumentationspflichten in Form von nicht nur unerheblichen Diskrepanzen zwischen veröffentlichten Ergebnissen der externen Qualitätssicherung und von im Rahmen der Abrechnungsprüfung vorgelegten Informationen sein. Es sind grundsätzlich drei Kontrollarten möglich. Die Qualitätskontrolle nach Anmeldung vor Ort, die unangemeldete Qualitätskontrolle oder die Kontrolle als schriftliches Verfahren. Die Richtlinie regelt explizit, dass die angemeldete Kontrolle vor Ort der Regelfall ist. Eine unangemeldete Kontrolle ist hingegen nur zulässig, wenn eine angemeldete Kontrolle den Kontrollenerfolg gefährden würde. Eine Ausnahme besteht bei den Kontrollen der Richtigkeit der Dokumentation; diese dürfen ausschließlich nur nach Anmeldung vor Ort erfolgen.

Ablauf der Kontrolle

Bei angemeldeter Kontrolle vor Ort und bei Prüfungen im schriftlichen Verfahren übermittelt die beauftragende Stelle den Kontrollauftrag zeitgleich an das Krankenhaus und den MD. Anschließend hat der MD dem Krankenhaus die benötigten kontrollrelevanten Unterlagen fristgerecht schriftlich anzuzeigen. Daraufhin

erhält das Krankenhaus Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme bzw. zur Übermittlung der erforderlichen Unterlagen. Kann das Krankenhaus am Kontrolltermin die kontrollrelevanten Unterlagen nicht vorlegen, ist dies dem MD und der beauftragenden Stelle unverzüglich unter Nennung der Gründe mitzuteilen. Bei unangemeldeter Kontrolle vor Ort erfährt das Krankenhaus erst mit Beginn der Kontrolle, welche Unterlagen bereitzustellen sind. Allerdings hat der MD den Kontrollauftrag, das Einleitungsdatum und die bereitzustellenden Unterlagen dem Krankenhaus schriftlich mitzuteilen. Über die Anhaltspunkte erfährt das Krankenhaus aber nur dann etwas, sofern schutzwürdige Interessen von Personen gewahrt bleiben und das Ziel der Qualitätskontrolle nicht beeinträchtigt wird. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die kontrollrelevanten Unterlagen unverzüglich zur Verfügung zu stellen. Ist ihm das nicht möglich, müssen dem MD und der beauftragenden Stelle die Gründe dafür schriftlich mitgeteilt werden. Bei allen drei Kontrollarten gilt, dass das Krankenhaus eine Mitwirkungspflicht trifft. Klar definiert ist aber auch, dass die Qualitätskontrollen sowohl für das Krankenhaus als auch den MD aufwandsarm zu gestalten sind. Der MD hat den Kontrollbericht innerhalb von sechs Wochen nach Abschluss der Kontrolle zu erstellen und an die beauftragende Stelle und das Krankenhaus zu übermitteln. Das Krankenhaus kann zum Kontrollbericht innerhalb von zehn Arbeitstagen

ab Zugang des Berichtes gegenüber der beauftragenden Stelle eine Stellungnahme abgeben. Das Krankenhaus hat auch die Möglichkeit eine erneute Qualitätskontrolle zu beantragen, um die Beseitigung der vom MD festgestellten Qualitätsmängel nachweisen zu können. Sollten bei den Qualitätskontrollen Mängel festgestellt werden, ist ein abgestuftes Verfahren vorgesehen, um die Qualitätsanforderungen durchzusetzen. Neben Maßnahmen der Beratung und Unterstützung bei der Qualitätsverbesserung können je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Anforderungen Vergütungsabschläge bzw. sogar -ausfälle, die Information Dritter oder die Veröffentlichung der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen drohen.

Kenntnis schützt vor Strafe

Angesichts der jährlichen Erweiterungen der Qualitätsanforderungen bzw. -richtlinien ist das Qualitäts- und Risikomanagement in Krankenhäusern in Form einer verbindlichen Organisation und Festlegung von Arbeits- und Behandlungsabläufen sowie einer regelmäßigen internen Überprüfung unerlässlich. Ein fester Ansprechpartner, der schnell und unbürokratisch Zugang zu den kontrollrelevanten Unterlagen hat und weiß, welche Befugnisse der MD hat, verbessert den Ablauf der Kontrollen. Er sollte darauf achten, dass die Fristen von beiden Seiten eingehalten und erhobene Einwände und Argumente protokolliert werden, damit der Anlass der Prüfung gegenüber der beauftragenden Stelle widerlegt werden kann.

Ines Martenstein

LL.M.,
Fachanwältin für
Medizinrecht,
Kontakt: i.martenstein@solidaris.de



RECHT KOMMENTIERT



European Health Data Space – Verordnungsentwurf

Ein Baustein der EU-Digitalstrategie ist der am 3. Mai 2022 veröffentlichte Kommissionsentwurf für einen European Health Data Space (EHDS). Ziel des EHDS ist es, die nationalen Gesundheitssysteme durch einen sicheren und effizienten Zugriff und Austausch von Gesundheitsdaten unionsweit stärker zu verknüpfen. Die Gesundheitsversorgung, Forschung und Infrastruktur der einzelnen Gesundheitssysteme sollen so weiter optimiert werden. Zudem soll ein einheitlicher Rechtsrahmen für eine elektronische Patientenakte geschaffen werden. Notwendig ist eine einheitliche Regelung v.a. deshalb, weil die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) im Bereich Gesundheitsdaten Öffnungsklauseln enthält, die zu divergierenden Regelungen in den Mitgliedstaaten führen. Um die damit einhergehende Rechtsunsicherheit und Hindernisse einzudämmen und für einen Gleichlauf zu sorgen, hat sich die Kommission beim EHDS für eine EU-Verordnung entschieden. Das heißt, ein Umsetzungsakt in den Mitgliedstaaten ist nicht erforderlich. EHDS und DSGVO sollen nach Vorstellung der Kommission nebeneinanderstehen. Wobei der EHDS ausweislich seiner Erwägungsgründe auf der DSGVO aufbauen und einen hohen Sicherheitsstandard in der EU sicherstellen soll.

Der EHDS basiert dabei auf drei Säulen in Verbindung mit der Primär- und Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten:

- Schaffung eines einheitlichen Rechtsrahmens für den Datenzugriff und -austausch
- Sicherung der Datenqualität und Interoperabilität
- Schaffung einer starken Infrastruktur

Als Nächstes werden sich nun das EU-Parlament und der Rat mit dem EHDS befassen. Die Datenschutzaufsichtsbehörden haben sich auch schon zu Wort gemeldet. Der Europäische Datenschutzausschuss und der Europäische Datenschutzbeauftragte begrüßen den EHDS, sehen aber noch einigen Verbesserungsbedarf. So vermischen sie z.B. eine Abstimmung zu den Regeln, die auf Ebene der EU und der Mitgliedstaaten zum Gesundheitsdatenschutz bestehen. In Deutschland etwa die Regelungen zum Sozialdatenschutz und die Datenschutzregelungen in den Landeskrankenhausgesetzen. Auch das Zusammenspiel mit weiteren EU-Vorhaben, z.B. dem Data Governance Act, Data Act, AI Act und der MDR, erscheint unklar. Außerdem wird befürchtet, dass die Betroffenenrechte in der DSGVO zu sehr eingeschränkt werden könnten. Ferner bleibt abzuwarten, ob der EHDS in seiner jetzigen Form den bestehenden Schwierigkeiten mit Blick auf eine effiziente Sekundärnutzung begegnen kann.

Dr. Tim Schwarz,

Rechtsanwalt und Experte im Bereich Life Sciences
bei Taylor Wessing, Kontakt: t.schwarz@taylorwessing.com

Nachhaltigkeitsstrategie

Wie sinnvolle Quick Wins unterstützen können

Ganzheitliches Nachhaltigkeitsmanagement berücksichtigt neben den fundamentalen langfristigen investiven Maßnahmen auch kurzfristige Hebel. Woran man erkennt, welche dieser Handlungen zu empfehlen sind – und welche nicht, veranschaulicht das Beispiel der Dr. Becker Unternehmensgruppe.

Natürlich für morgen – so heißt die Nachhaltigkeitsinitiative mit der die Dr. Becker Unternehmensgruppe zusammen mit ihrem Nachhaltigkeitsreferenten Jonas Bettenbühl seit Anfang 2021 umfassende Maßnahmen aus den drei Bereichen der Nachhaltigkeit umsetzt: Ökologisch, sozial und ökonomisch. Strukturiert wird die Herangehensweise durch übergeordnete Ziele, die u.a. bis 2025 umgesetzt werden sollen:

- 25 Prozent CO₂-Einsparungen (50 Prozent bis 2030, 100 Prozent bis 2050),
- 50 Prozent Reduktion des Restmülls,
- 100 Prozent naturnahe Außenanlagen,
- 50 Prozent Verbrauchsprodukte mit Öko-Siegel,
- 100 Prozent faire Textilien,
- 100 Prozent nachhaltige Finanzanlagen und
- Geschlechterparität über alle Führungsebenen.

In der Umsetzung dieser dürfen auch kurzfristige Handlungs-Enabler nicht fehlen. Begleitende Quick Wins beweisen als gering oder nicht-investive und oft schnell wirkende Maßnahmen ihre Relevanz. Trotz der schnelleren Umsetzungsfähigkeit müssen sie gut durchdacht werden, damit sie nicht zu Schnellschusshandlungen werden. Die Quick Wins lassen sich in drei Kategorien einteilen.



Das Mähen von Teilflächen schafft Lebensräume für Kleintiere und Insekten.

Kategorie 1: Quick Wins mit großem Effekt

Im Bereich der Energie lassen sich einige Beispiele finden, die zu dieser Kategorie gehören: Ein schnell umzusetzender großer Hebel ist der Wechsel zu echtem, also zertifiziertem Ökostrom mit dem „Grüner Strom-Label“ oder „OK Power Label“. Die Mehrkosten sind marginal und gehen in den aktuellen Marktpreisentwicklungen unter.

Durch wassersparende Duschköpfe und Strahlregler kann bis zu 50 Prozent Warmwasser eingespart und somit auch dessen Erdgasverbrauch deutlich reduziert werden. Auch das Einsetzen von LED-Lampen ist signifikant, denn durch die effizientere Nutzung von Strom wird viel Energie eingespart. Die Amortisationszeit liegt teilweise bei unter einem Jahr. Zuletzt spart das Her-

absenken der Raumtemperatur um nur ein Grad fünf bis sieben Prozent Heizenergie ein. Naturnahe Außenanlagen eignen sich ebenfalls als sinnvoller Quick Win mit großem Effekt: Indem z.B. nicht genutzter Rasen weniger häufig oder gar nicht gemäht wird, entsteht Lebensraum für Insekten und Kleintiere. Eine zusätzliche Aufwertung erfolgt durch das Sähen regionaler Pflanzen.

In der Speisenversorgung liegen die schnellsten und größten Hebel in der Reduktion von tierischen Produkten.

Kategorie 2: Schnell sichtbare Quick Wins

Dieser Kategorie lässt sich z.B. der Einkauf von nachhaltigen Papierprodukten, wie Kopier- oder Hygienepapier sowie Ärztekreppe mit den Siegeln „Blauer Engel“ oder „EU Ecolabel“

Quick Wins in drei Kategorien

Kategorie 1: Maßnahmen, die schnell geplant und umgesetzt werden können und gleichzeitig einen großen Effekt haben.

Kategorie 2: Schnell umgesetzte Maßnahmen, die in der Bilanz zwar keine großen Hebel bewegen, jedoch durch ihre Präsenz im Alltag relevante Effekte erzielen.

Kategorie 3: Kompensationsprojekte und Schnellschusshandlungen, die eine klimaneutrale CO₂-Bilanz erkaufen, verborgene nicht nachhaltige Aspekte mitbringen oder keine relevanten Effekte erzielen.

zuordnen. Der Wechsel zu nachhaltigeren Papierprodukten funktioniert meist problemlos und spart teilweise sogar Kosten ein. Auch weitere Büroartikel wie Kugelschreiber oder Ordner lassen sich schnell gegen zertifiziert nachhaltige Alternativen, z.B. aus recyceltem Plastik oder Holz austauschen.

In der Speisenversorgung ist der Wechsel zu wiederverwendbaren „To Go“-Bechern ein schneller Gewinn. Zusammen mit der Abschaffung von kleinen Einmal-Verpackungen wie Ketchup wird so Abfall reduziert. Weitere schnell sichtbare Maßnahmen sind Müllsammelaktionen oder die gemeinsame Teilnahme an Klima-Challenges wie „Klimaretter Lebensretter“. Handlungen wie diese schaffen Bewusstsein für die Umwelt und zeigen eigene Handlungsmöglichkeiten auf.

Die Beispiele aus Kategorie 1 und 2 wurden in der Dr. Becker Unternehmensgruppe parallel zu weiteren Maßnahmen bereits umgesetzt oder befinden sich in Umsetzung.

Kategorie 3: Nicht zu empfehlende Quick Wins

Die Sinnhaftigkeit von Quick Wins lässt sich also erkennen, wenn sie in die erste oder zweite Kategorie fallen. In die dritte Kategorie lassen sich nicht zu empfehlende Quick Wins einordnen.

CO₂-Zertifikate können schnell erworben werden und wirken im ersten Moment vielleicht sinnvoll: externe Projekte, die CO₂-Emissionen einsparen, werden dadurch finanziell unterstützt. Handlungen dieser Art

zählen jedoch zu den Kompensationsprojekten, denn Unternehmen müssen an ihren eigenen Abläufen nichts ändern – Klimaneutralität wird somit „erkauft“. Werden unternehmenseigene Prozesse innerhalb einer Nachhaltigkeitsstrategie adressiert, können CO₂-Zertifikate lediglich ergänzend und zur temporären Restwertkompensation erworben werden. Dabei sollten sowohl direkte, als auch indirekte Treibhausgas-Emissionen mit in die Rechnung aufgenommen werden.

Auch Schnellschusshandlungen sollten vermieden werden: Besonders gefährdet ist dafür der Einkauf, da eine Vielzahl neuer Produkte mit Nachhaltigkeit wirbt. Verpackung, Lieferweg und Produkt sollten gründlich analysiert werden, bevor eine Entscheidung getroffen wird. So können nur oberflächlich nachhaltige oder versteckte, nicht nachhaltige Details entdeckt werden.

Zuletzt begeben sich Unternehmen schnell in die Gefahr des Green-Washings, wenn sie ausschließlich Quick Wins der letzten beiden Kategorien durchführen. Eine fundierte Nachhaltigkeitsstrategie sollte im Kern langfristige investive Maßnahmen sowie Quick Wins der Kategorie eins enthalten und durch schnell sichtbare Maßnahmen der Kategorie zwei ergänzt werden. Kombiniert können so alle sinnvollen Hebel bewegt werden, die essenziell im ganzheitlichen und langfristigen Prozess der Klimaneutralität sind..

Clara Kleine,

Kontakt: ckleine@dbkg.de



Konzentrieren Sie sich voll auf Ihre Patienten. Wir sorgen für ein sicheres Umfeld.

CES Zutrittskontrolle

Sie sind Fachleute rund um das Thema Gesundheit. Wir sind Profis für zukunfts-sichere Zutrittskontrolllösungen.

Profitieren Sie von der perfekten Verbindung konventioneller Zutrittskontrolle und intelligenter mechatronischer Schließtechnik. Verknüpfen Sie höchste Funktionalität mit spezifischen betrieblichen Sicherheitsanwendungen und Schnittstellen zu praktisch allen in Gebäuden vorkommenden Gewerken.

AccessOne ermöglicht Ihnen eine maßgeschneiderte Zutrittskontrolle für jede denkbare Anwendung – vom Pflegeheim bis zum Klinikum.

Gerne beraten wir Sie individuell:
objektabteilung@ces.eu
ces.eu



Nachhaltigkeit priorisieren – oder aber Lieferkettenresilienz?

Einkauf: Dem „schwarzen Schwan“ Paroli bieten

Anfang Juni statt Anfang Dezember 2021: Im Sommer feierte der Beschaffungskongress sein Vor-Ort-Comeback. Engagiert und zukunftsgerichtet tauschten sich die rund 500 Teilnehmenden über die zentralen Herausforderungen aus, die das Beschaffungsmanagement dringend anzupacken hat.

Im Vordergrund des Beschaffungskongresses standen das KHZG, die Digitalisierung und die Lehren aus der Pandemie. „Es ist wichtig, dass wir und die Politik uns jetzt die Zeit nehmen, ganz bewusst zu analysieren und zu evaluieren, was sich in der Krise gezeigt hat“, betonte Dr. Gerald Gaß beim Eröffnungspanel. „Wir dürfen jetzt nicht die Pandemie vorübergehen lassen, ohne diese Bestandsaufnahme zu machen und unsere Schlüsse zu ziehen – ansonsten würden wir riesige Chancen an Erkenntnissen verschenken, die wir gewonnen haben.“ Primär sei es Aufgabe der Politik, so der DKG-Vorstandsvorsitzende, die strukturierte Aufarbeitung mit den Beteiligten zu organisieren.

Beschaffungssicherheit in den Fokus rücken

Zu den Erkenntnissen werde zählen, dass Aufgaben der Digitalisierung liegengeblieben seien; das KHZG als Impuls müsse weitergeführt und ergänzt werden. Das komplett leistungsabhängige Finanzierungssystem müsse um Vorhaltefinanzierung ergänzt werden, um im Kontext von Strukturveränderungen die Grundversorgung zu sichern. „Wir müssen das Gesamtsystem in den Blick nehmen, uns durch Bund und Länder operationalisierbare Ziele stecken – und abgestimmt Maßnahmen umsetzen.“ Die Pandemie habe auch gezeigt, dass Beschaffungsstrategien nicht nur darauf setzen dürften, dass immer der Billigste zum Zug komme. Vielmehr gehe es um Beschaffungssicherheit, was verlässliche, längerfristige, diversifizierte Strukturen erfordere. Qualitative Aspekte wie Nachhaltigkeit müss-

ten Berücksichtigung finden – und refinanziert werden. Er wandte sich mit der Forderung an den Einkauf, die Diversifizierung voranzubringen und Querverbindungen zu schaffen, über die Liefersicherstellung möglich werde. Sie sollten mit der Industrie auf Langfristigkeit setzen und qualitative Themen diskutieren; dabei seien auch Einkaufsgemeinschaften gefragt.

Neuer Treiber im Einkauf: Nachhaltigkeit

Wie sollten Krankenhäuser auf die anstehende EU-Nachhaltigkeitsgesetzgebung (CSRD) reagieren? „Bei der Nachhaltigkeit stoßen Krankenhäuser an Grenzen der Investitionsbudgets“, unterstrich der DKG-Chef. „Derzeit müssen die Häuser priorisieren – sie kümmern sich ums Tagesgeschäft und können sich nicht mit längerfristigen Strategien beschäftigen.“ Prozesse und Ressourceneinsatz müssten neu gedacht werden – „resultierende Investitionsentscheidungen treffen Häuser nur, wenn sie wissen, wie die Zukunft aussieht ... und diese Klarheit gibt es zurzeit nicht“.

Stein des Anstoßes: das Vergaberecht

Veränderungen beim Vergaberecht brauchen das Zusammenspiel von Politik und Verbänden/Fachgesellschaften wie der DKG sowie der Einkaufsgemeinschaften und der juristischen Dienstleister, so Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff von der Universität Münster und der HHL Leipzig. Einig waren sich die Teilnehmenden darüber, dass die gegenwärtigen Praktiken im Vergaberecht zu bürokratisch sind. Das führe laut von Eiff in Analogie zu Gaß dazu, dass die wirtschaftlichste Lösung angestrebt werde, „die Kriterien der Nachhaltigkeit und des Wertes für den Patienten nicht gerecht wird“.

„Der Gesundheitssektor erzeugt 4,4 Prozent mehr Treibhausgase als Schifffahrt und Flugverkehr zusammen gerechnet“, betonte von Eiff. Als Grundlage für nachhaltigeres Handeln brauche es deshalb klare Kriterien – v.a. für Ausschreibungen: „Wir brauchen eine Veränderung des Ausschreibungsrechts.“ Raum für Flexibilität müsse ge-

Neue Termine stehen

Am 7. und 8. Dezember 2022 findet der BKK-Thinktank mit begrenzter Teilnehmerzahl in Berlin statt; am 23. und 24. Mai 2023 der 13. Beschaffungskongress. Alle Updates unter: www.beschaffungskongress.de

schaffen werden, der Preis dürfe nicht mehr alleine zählen, Nachhaltigkeitsaspekte müssen hier untergebracht werden. „Wir brauchen ferner Organisationen, die eine Zertifizierung auf Basis eines abgestimmten Beurteilungssystems vornehmen.“ Krankenhäuser, Einkaufsgemeinschaften und Industrie müssten gemeinsam Anforderungskriterien formulieren.

Gefordert: KHZG 2.0

„Wer eine digitale Gesundheitsversorgung möchte und dies nicht in den DRGs abbildet, muss über Bund oder Länder Fördermittel für eine nächste Runde bereitstellen“, erklärte Dr. Josef Düllings. „Für 2021 erwarten wir verbreitet Defizite bei den Häusern – Raum für Investitionen gibt es da nicht“, fuhr der VKD-Präsident fort. Eigentlich sei wegen der du-

Zehn-Punkte-Agenda fürs Beschaffungsmanagement 2025

Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff hat in Berlin einen Anforderungskatalog vorgestellt, der die Handlungsschwerpunkte für das Beschaffungsmanagement der Krankenhäuser 2025 setzt. Den Einkaufsgesellschaften komme laut von Eiff eine wichtige Rolle bei der digitalen Transformation sowie bei der Nachhaltigkeit zu. Aber der Experte fordert auch die Politik zum Handeln auf. Von Eiffs Agenda enthält in der Kurzfassung folgende Ansatzpunkte:

- 1 Neuorientierung der Entscheidungskriterien bei der Beschaffung mit Fokus auf u.a. Value-based Healthcare
- 2 Erstellen einer Nachhaltigkeitsagenda mit Zielen, Aktionsschwerpunkten und Nachhaltigkeitsindikatoren
- 3 Ausrichtung der Einkaufsaktivitäten auf Beiträge u.a. zur Verbesserung der Arbeitsplatzattraktivität
- 4 Überprüfung von Lieferketten auf Resilienz
- 5 Erhöhung der Lieferzuverlässigkeit, Prozesseffizienz und Wirtschaftlichkeit
- 6 Festlegung von Local-for-local-Produkten
- 7 Flexibilisierung des Vergaberechts
- 8 Nachhaltigkeit durch Beschaffungsmanagement
- 9 Durchführung von Pilotprojekten zur Etablierung nachhaltiger Produkte
- 10 Etablierung eines Krisenmanagements

Die Zehn-Punkte-Agenda finden Sie in ihrer ausführlichen Version exklusiv zum Download über den QR-Code.



alen Finanzierung eine Förderung in einem umgekehrten Anteilverhältnis zwischen Bund und Ländern angemessen. Gemessen werden sollte laut Düllings die Signifikanz der Fortschritte bei der Digitalisierung, gekoppelt an Anreize. Fristen müssten gestreckt werden. Mit diesen Forderungen komme das Digitalisierungsprojekt zum Erfolg.

Veränderung der Aufgaben

Den klassischen Einkäuferberuf werde es künftig nicht mehr geben, unterstrich Prof. Dr. Kurt Marquardt. „Es ist gefordert, dass sich das Beschaffungsmanagement zu Prozessmanagement wandelt, neue Themenfelder kennenlernen und erkennen, dass Digitalthemen in ihr Aufgabengebiet fallen“, sagte der IT-Leiter der Rhön-Klinikum-AG. Neben der Anschaffung sollten sie Controlling- und Change-Management-Aufgaben akzeptieren. Anstelle der früher nachgelagerten Position sollten sie sich neu in der Hierarchie positionieren. Das KHZG gebe ihnen den Spielball dafür: Der Einkauf müsse mit einem Prozessverständnis und den Sollvorgaben der Fördertatbestände harmonisiert werden. Im Kontext des KHZG sei es laut von Eiff das Hoheitsgebiet des Einkaufs Ausschreibungsverfahren gesetzeskonform durchzuführen und so sicherzustellen, dass Vergaben in den Förderungsbereichen gesetzeskonform erfolgen.

Pandemie als Treiber der nötigen Vernetzung

Auch der Kongresspartner Femak engagierte sich beim Beschaffungskongress, um Fachleute einkaufsgemeinschaftenübergreifend zueinanderzubringen. Während Corona hatte der Verband die Plattform „Wissen vernetzt“ eingerichtet, über die der Einkauf Zugriff auf Informationen sowie konkret auf Ware erhielt. Die digitale Komponente sei ausschlaggebend, sagte Femak-Bundesvorsitzende Thomas Gallmann und fasste zur Pandemie zusammen: „Wir haben jetzt ein starkes Netzwerk, das vorher nicht bestand“. Sein Handlungshinweis lautete: „Die Einkaufsgemeinschaften übernehmen heutzutage einen Großteil der Verhandlungsaufgaben; dies gibt den Einkäufern Ressourcen, innovativere Projekte im Haus zu identifizieren. Ergreifen Sie jetzt die Initiative im Kontext der Unternehmens-, Digitalisierungs- und Prozessstrategien!“.

Visuelle Eindrücke vom Beschaffungskongress im Juni 2022 gibt es unter www.hcm-magazin.de

Michael Reiter

Freier Journalist, spezialisiert auf den Gesundheitssektor,
Kontakt: michael.reiter-pr@gmx.de





Interview mit Horst Träger, Cord Brüning und Dubravka Maljevic

Nachhaltiger Fortschritt: Was brauchen Kliniken?

Im Vorfeld der 5. Fachmesse Krankenhaus Technologie mit Fachtagung Technik im Gesundheitswesen am 28. und 29. September in Gelsenkirchen sprechen Dubravka Maljevic, Cord Brüning und Horst Träger über die zentralen Herausforderungen der Technik im Gesundheitswesen.

Effiziente und sinnvolle Technik, die ihre Anwenderinnen und Anwender mitnimmt sowie neue Service-Strategien sind essenziell, wenn es um nachhaltigen Fortschritt in der deutschen Krankenhauslandschaft und Technik geht. Wie dieser gelingen kann, wird Ende September in Gelsenkirchen bei der 5. Fachmesse Krankenhaus Technologie mit Fachtagung im Gesundheitswesen diskutiert. Im Gespräch erklärt das Veranstaltergremium bestehend aus Horst Träger, Präsident der Fachvereinigung Krankenhaustechnik e.V. (FKT), Cord Brüning, Präsident der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Krankenhaustechnik e.V. (WGKT) und Dubravka Maljevic, Präsidentin des Fachverbandes Biomedizinische Technik e.V. (fbmt), worauf es aus technischer Sicht ankommt.

In welchen Bereichen der Gesundheitstechnik sehen Sie die größte Diskrepanz zwischen dem Krankenhaus, wie es ist, und dem Krankenhaus, wie es sein müsste und könnte?

Träger: Diese Frage ist mit zwei Schlagworten schnell beantwortet. Dem Krankenhaus, wie es ist, mangelt es an Geld und Fachkräften.

Brüning: Eklatante Diskrepanzen zwischen Soll und Ist liegen für mich ferner im niedrigen Digitalisierungsgrad und in einer damit einhergehenden fehlenden Transparenz über das Geschehen in der Technik. Die

erforderlichen Werkzeuge wären da. Wir setzen sie zu zögerlich ein. Außerdem müssen wir uns der Frage stellen: Wie muss Führung heute sein, um im Kampf um qualifizierte Mitarbeiter mit der Industrie mithalten zu können?

Maljevic: Die Investition in gutes und gut ausgebildetes Personal ist für eine nachhaltige Entwicklung unabdingbar. Im Hinblick auf die Ziele der einzelnen Kliniken kann man beobachten, dass einerseits die Qualität der Versorgung gesteigert werden soll und gleichzeitig die Kosten für die Betriebsabläufe minimiert werden sollen. Die (Medizin)

wichtige und effiziente Maßnahmen in Richtung einer optimalen technischen Performance?

Brüning: Großen Handlungsbedarf sehe ich wie meine Vorredner beim Fachkräftemangel. Wir müssen unsere Prozesse darauf abstellen, von althergebrachten Vorgehensweisen wegkommen und zu mehr Standards finden. Darüber hinaus wünsche ich mir mehr Nähe zum Krankenhausmanagement. Die technischen Abteilungen bündeln ein immenses Wissen über ihre Krankenhäuser, das viele Betreiber bei der Weiterentwicklung ihrer Unternehmen

” Optimale technische Performance und Nachhaltigkeit werden künftig nicht mehr zu trennen sein.

Dubravka Maljevic

Technik zwingt das, Betriebsabläufe und Instandhaltungsroutinen zu hinterfragen. Untersuchungen und praktische Erfahrungen zeigen zum Beispiel, dass eine evidenzbasierte Instandhaltung effizienter und ökonomischer sein kann als eine strikte Einhaltung der Herstellerempfehlungen. Hier brauchen wir neue Strategien.

Wo sehen Sie in der Gesundheitstechnik den größten Handlungsbedarf und was wären Ihrer Meinung nach

schlicht außer Acht lassen. Es gäbe in allen Krankenhäusern viel zu tun. In vielen Häusern fehlen aber klar kommunizierte Strategien und Konzepte für eine langfristige Entwicklung.

Träger: Klar. Digitalisierung, Big Data und KI müssen in der Gesundheitstechnik Einzug halten. Dabei müssen wir uns ehrlich fragen: Was brauchen wir wirklich und wer kann die neuen Systeme beherrschen? Wir brauchen sinnvolle Technik und müssen deren Anwender mitnehmen. Weiter benöti-



Horst Träger ist Präsident der Fachvereinigung Krankenhaustechnik e.V. und Berater für alle Fragen der Gesundheitstechnik.



Dubravka Maljevic ist Präsidentin des Fachverbandes Biomedizinische Technik e.V. (fbmt) und Leiterin des Bereichs Medizintechnik bei den BG Kliniken.



Cord Brüning ist Präsident der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Krankenhaustechnik e.V. (WGKT) und Geschäftsführer bei CoSolvia.

gen wir angesichts des Fachkräftemangels und einer abnehmenden Fachlichkeit neue Servicestrategien. Wir werden so manche Make-or-Buy-Entscheidung hinterfragen und uns in spezialisierten Bereichen externe Unterstützung holen. **Maljevic:** (Medizin)Technik soll in erster Linie dem Patienten oder dem Personal helfen und Menschenleben retten. Aber auch wenn die Langlebigkeit eines Produktes oder sein ökologischer Fußabdruck bislang nicht im Vordergrund standen, überdenken immer mehr Unternehmen ihre Materialauswahl, die Herstellungsprozesse und die Entsorgung ihrer Produkte. Sämtliche Branchen haben erkannt, dass ein nachhaltiges Wirtschaften in Zukunft unerlässlich ist. Die Themen optimale technische Performance und Nachhaltigkeit werden künftig nicht mehr zu trennen sein.

Hochgesteckte Klimaziele und exorbitante Energiepreise verleihen Nachhaltigkeit eine neue Relevanz. Wo steht hier die Gesundheitstechnik und wie wird Fortschritt nachhaltig?

Brüning: Annähernd 100 Prozent der Krankenhäuser haben keine Nachhaltigkeitsstrategie. Mit ganzheitlichen Energiekonzepten könnte man viel Energie sparen. Wir sind jedoch meilenweit entfernt von Smart Buildings und haben es schlicht versäumt, über Alternativen für fossile Brennstoffe und konventionell erzeugten Strom nachzudenken. Lange waren die groß-

zügig subventionierten BHKWs der Weisheit letzter Schluss, und jetzt?

Träger: Bei diesem Thema werden wir uns in Zukunft mit sehr grundlegenden Fragen auseinandersetzen müssen. So werde ich in letzter Zeit sehr häufig nach dem optimalen Energieträger zum Heizen gefragt. Gibt es Alternativen zum Gas? Was ist die richtige Wahl bei Ersatzinvestitionen? Ein weiteres Thema, das mich schon seit längerer Zeit umtreibt, ist die Tatsache, dass der Energieverbrauch bei vielen zum Einsatz kommenden Technologien keine Rolle zu spielen scheint. Fragen wie diese möchte ich in Gelsenkirchen mit unseren Industriepartnern erörtern.

Maljevic: Zuletzt werden wir uns fragen müssen, wie wir in unserem Agieren als Techniker nachhaltig werden können: Eine hohe Fehlerbehebungsquote beim ersten Kundenbesuch ist das Ziel jedes Serviceunternehmens. Jede eingesparte Zweitanfahrt verringert

den CO₂-Ausstoß und senkt die Energiekosten. Ein Trend, der sich durch die Corona-Pandemie verstärkt hat, ist der Remote oder auch Self Service. Tools und Technologien, mit denen Kunden befähigt werden, ihre Geräte und Anlagen selbst zu warten und zu reparieren, sind in einigen Branchen schon im Einsatz. In der Instandhaltung und im technischen Service erweitern Augmented-Reality-Anwendungen die Realität der Techniker/Instandhaltung. Zusätzlich kann ein Experte per Video anleiten. Diese Tools lassen sich direkt aus einer App aufrufen und sind damit überall von Smartphone oder Tablet aus einfach und schnell nutzbar. Der Ersatz von papierbasierten Dokumenten durch eine Software zur Auftragsplanung und durch eine mobile App für die Auftragsabwicklung leistet einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der CO₂-Bilanz.

Das Interview führte Maria Thalmayr.

Mehr dazu im Messereport

Die ausführliche Version dieses Interviews sowie viele weitere nützliche Informationen rund um das Programm und zu den Ausstellern der 5. Fachmesse Krankenhaus Technologie mit Fachtagung Technik im Gesundheitswesen am 28. und 29. September 2022 in Gelsenkirchen finden Sie im Messereport, der dieser Ausgabe beiliegt, beziehungsweise online unter <https://www.fachmesse-krankenhaus-technologie.de/home> und auf der FKT-Themenseite www.hcm-magazin.de/FKT



Klinikneubau in Lörrach

Flexibel bis zur Schlüsselübergabe

Neben den Herausforderungen, die eine Großbaustelle immer mit sich bringt, müssen die Verantwortlichen hinter dem Klinikneubau in Lörrach auf aktuelle Entwicklungen nochmals unter besonderem Fokus reagieren.



2025 soll das neue Fusionskrankenhaus in Betrieb gehen.

Die wegen der Ukraine-Krise enorm gestiegenen Gaspreise, einhergehend mit einer unsicheren Versorgungslage, veranlassten die Bauherren, ihr ursprüngliches Energiekonzept neu zu denken – in der Realisierungsphase. Um möglichst unabhängig von einer Energieversorgung über Gas zu werden, wird geprüft, ob die angedachte Versorgung über Brunnen für das neue Zentralklinikum des Landkreises Lörrach ausgeweitet und die Heizung komplett auf Niedrigtemperatur umgestellt werden kann.

Details neu und anders zu planen, sei bei Bauvorhaben dieser Größenordnung an der Tagesordnung – bis zur Inbetriebnahme. Dass jedoch eine

Energieversorgung komplett neu und wie in diesem Fall auf eine Niedertemperaturheizung umgeplant werden soll, sei in der Errichtungsphase schon eine echte Challenge, räumte Sabine Bommel beim FKT-Online-Seminar „Klinikneubau in Lörrach – Erfahrungen aus einem 343-Millionen-Projekt“ ein. Auch auf die Preissteigerungen bei den Baumaterialien habe Projektleiter Thorsten Stolpe schnell reagiert und seine Kalkulation entsprechend angepasst. 3,5 %/anno für den Baupreisindex werden künftig nicht mehr reichen. 6 % seien da realistischer, führte die Leiterin des Bereichs bauliche Ziel- und Masterplanung bei der Endera Gruppe, die die Bauherrenbetreuung für das Projekt übernommen hat, weiter aus.

Flexibilität ist in dem Projekt ein zentrales Kriterium. So wurde das Gebäude in den Sockelgeschossen in einem Raster von 7,50 Meter mal 7,50 Meter konzipiert, das im künftigen Betrieb eine schnelle und problemlose Umnutzung der Räumlichkeiten ermöglicht, wie Torsten Petroschka, Geschäftsführer bei a|sh architekten, die dem Projekt als Generalplaner zur Seite stehen, erörterte. Multifunktionale Räume ermöglichen darüber hinaus deren flexible und vielseitige Nutzung. „Kein Zimmer soll den größten Teil des Tages leer stehen“, so Petroschka. Um unnötige Investitionen in gebaute Kapazitäten zu vermeiden, wurden im Vorfeld Prozesse und Abläufe simuliert. Raum, Personal- und Zeitkapazitäten wurden so in ein optimales Verhältnis gebracht und, wo möglich, Abläufe optimiert.

Weiterführende Infos

Die Präsentation zum Vortrag steht auf der FKT-Homepage www.fkt.de in der Rubrik Wissen zur Verfügung. FKT-Mitglieder finden die Aufzeichnung des Webinars auf der Wissensdatenbank Technik im Gesundheitswesen. <https://wtig.org>



Die Sockelgeschosse sind in einem Raster von 7,50 Meter mal 7,50 Meter konzipiert. Das ermöglicht eine problemlose Umnutzung der Räumlichkeiten.

Kommunikation ist alles

Als einzigartig erleben die mehr als 100 Projektbeteiligten die Zusammenarbeit auf dieser Großbaustelle, die vier Klinikstandorte in der Region – darunter auch ein konfessionelles Haus – zu einem neuen Zentralklinikum vereint. 2012 wurden dazu erste Gespräche geführt und viele Lösungsvarianten geprüft. Letztes Jahr war Grundsteinlegung und 2025 soll das neue Fusionskrankenhaus in Betrieb gehen: mit knapp 90.000 Quadratmeter Bruttogeschossfläche, 677 Betten und weiteren tagesklinischen Einheiten.

Damit alle Projektbeteiligten jederzeit auf dem aktuellen Stand sind und kein Wissen verloren geht, erfolgt die komplette Dokumentation zum Bauprojekt auf einem für alle zugänglichen und als Single Source of Truth dienenden Poolarserver. Und damit

die Zahnräder ohne das kleinste Sandkörnchen ineinandergreifen wurden Schnittstellenlisten für alle Leistungsphasen klar definiert sowie ganz wichtig: Entscheidungsträger benannt. Bei den regelmäßigen Bauherrn-Meetings gilt die Devise „Offenheit“. Erfahrungen, die die Projektbeteiligten aus anderen Vorhaben mitbringen, werden ebenso bereitwillig angehört wie Probleme oder Fehler. Je früher man davon erfährt, umso leichter lassen sie sich beheben, sagte Petroschka. Überaus hilfreich sei es außerdem, wichtige Ansprechpartner wie die Feuerwehr, den Arbeitsschutz oder auch Behindertenbeauftragte frühzeitig in die Planung mit einzubeziehen.

BIM 2 FM

Building Information Modeling (BIM) sei kein Selbstläufer und immer nur

so gut wie die Menschen, die die Methode anwenden, räumt Petroschka ein. Zweifellos leiste das digitale Planen und Bauen jedoch bei der Entstehung des neuen Zentralklinikums des Landkreises Lörrach wertvolle Dienste. So manches Problem, das wir früher auf der Baustelle lösen mussten, deckte BIM mithilfe der Kollisionsprüfungen schon im Vorfeld auf. Es sollte aber auch allen klar sein, dass nicht jeder Schreiner schon in der Lage sei, die entsprechenden Tools zu bedienen. Einen echten Mehrwert böten 3D-Modelle für die Visualisierung des Geplanten und von Funktionsabläufen für die späteren Nutzer. In Lörrach haben diese bei der Entwicklung ihrer künftigen Arbeitsplätze sehr federführend mitgewirkt. Die BIM-Daten sollen insbesondere im Bereich der TGA als as built in der Leistungsphase 8 an die späteren Nutzer übergeben werden. Das heißt, sie können unter anderem die kompletten TGA-Daten für den späteren Betrieb übernehmen.

Zentrale Organisation

Als sehr effizient und praktikabel erweise sich die zentrale Baustellenorganisation über einen Baulogistiker, der Themen wie Müllentsorgung, die An- und Abfahrt von Baustellenfahrzeugen und vieles mehr für alle vorab und einheitlich regelt. Die Einhaltung des Zeitplans werde das sicher enorm begünstigen ebenso wie ein Lean-Management auf der Baustelle.

Maria Thalmayr

V.i.S.d.P. für die FKT

Horst Träger (Präsident)
Matthias Vahrson (Vizepräsident)

Geschäftsführender Vorstand

Horst Träger, Präsident, Rostock
Matthias Vahrson, Vizepräsident, Münster
Christoph Franzen, Schatzmeister, Krefeld

Redaktion

Maria Thalmayr (mt)
Pressesprecherin der FKT
Karwendelstraße 6
82299 Türkenfeld
Tel.: +49 8193 999853
E-Mail: maria.thalmayr@fkt.de
Internet: www.treffendetexte.eu

Geschäftsstelle

Fachvereinigung
Krankenhaustechnik e.V. (FKT)
Plauener Straße 12
44139 Dortmund
Tel.: +49 231 53402 25
E-Mail: fkt@fkt.de
Internet: www.fkt.de



Versorgungssicherheit

Energieengpässe nachhaltig überstehen

Versorgungsengpässe beim Gas oder massive Preissteigerungen stellen Krankenhäuser vor enorme Herausforderungen in der Energieversorgung. Die DKG fordert deshalb Mittel für klimagerechte Investitionen. Doch Krankenhäuser können auch selbst einige Stellschrauben drehen.

Die Energieversorgung von Einrichtungen des Gesundheitswesens ist schon eine Herausforderung an sich. In Abhängigkeit der Topographie und Topologie, der kommunalen Versorgungssituation und der Gebäudekonstellation sind Betreiber von Gesundheitseinrichtungen gerade in den Krisenzeiten vor immensen Herausforderungen gestellt. Die seit Jahren anhaltende Unterfinanzierung der deutschen Kliniken und Pflegeheime erleichtert die finanzielle Situation angesichts der derzeit avisierten Kostenexplosionen bei der Beschaffung der benötigten Energie nicht unbedingt. Hinzu kommen die komplexen Vorgaben aus Politik und Gewährsträgern bei der Beschaffung der Energie. Sehr eng gesetzte Rahmenbedingungen erfordern zielgerichtete Anstrengungen auf dem Energiemarkt bei der Beschaffung der benötigten Energien.

Energieversorgung leidet unter fehlenden Investitionsmitteln

Die fehlenden Investitionen seitens der Förderbehörden haben die Möglichkeiten einer grundlegenden Erneuerung der Energieversorgung inklusive den technischen Anlagen und der technischen Infrastruktur insbesondere unter den Nachhaltigkeits- und Energieeinspar-Gesichtspunkten fast unmöglich gemacht. Bekanntermaßen haben die Kosten für die Energie einen nicht unwesentlichen

Anteil an den Gesamtaufwendungen einer Gesundheitseinrichtung.

Dabei ist die Aufgabenstellung für die Energieversorgung eines Klinikums oder einer Gesundheitseinrichtungen relativ einfach beschrieben: Benötigt wird eine sichere, unterbrechungs- und störungsfreie Energieversorgung. Der Weg dahin ist Sache der jeweiligen Betreiber und deren für die Energieversorgung beauftragten Abteilungen oder Bereiche. Doch die größte Anzahl der Kliniken hat gerade im Bereich der Energieversorgung und technischen Infrastruktur riesige Investitionsrückstände. Hier haben die Kliniken auch aus Kostengründen in der Vergangenheit versäumt, ihre

Technik auf redundante und unabhängige Energieerzeugung umzustellen.

Ziel- und Masterplanung für die Technik vonnöten

Das Thema Nachhaltigkeit, begleitendes und/oder regulierendes Energiemanagement, eine strategische Ausrichtung der Energieversorgung konnten seitens der Technikzuständigen nicht überall in der gebotenen Wertigkeit in den Entscheidungsgremien vorangebracht und realisiert werden. Ziel- oder Masterplanungen für Gesundheitseinrichtungen wurden in der Vergangenheit zu sehr auf den Fokus des Städtebaus und der bauli-



Die drohenden Engpässe in der Gasversorgung stellen Einrichtungen in der Gesundheitsversorgung vor enorme Herausforderungen hinsichtlich der Sicherstellung ihrer Energieversorgung. Einige Auswege gibt es allerdings.

chen Entwicklung ausgerichtet, eine Masterplanung für die Technik spielte dabei oft eine untergeordnete Rolle oder wurde ganz vernachlässigt. Aber auch eine fehlende Innovationsbereitschaft im Bereich der Technik führte zu den bekannten Problemen. Die Transformation zur Digitalisierung bei der Energieversorgung und -verteilung und der technischen Instandhaltung hat sich noch nicht in allen Köpfen der zuständigen Techniker und Technikerinnen durchgesetzt. Seit Jahren etablierte und geeignete Energiemanagementsysteme sowie Innovationen in der Gebäudeautomation werden noch zu oft vernachlässigt. Hier empfiehlt es sich auch in den Fachgesellschaften auf eine breitere Kommunikation und Information in die Einrichtungen hinzuwirken. Das Energieeinsparpotenzial durch den Einsatz dieser Technologien ist hoch.

Gasverknappung: Schnelles Handeln ist jetzt gefragt

Das Festhalten an fossilen Brennstoffen und konventionell erzeugtem Strom für die Energieversorgung fällt den Kliniken gerade in den aktuellen Krisenzeiten auf die Füße. Die angekündigte Gasverknappung nach dem Ausrufen der zweiten Stufe des Notfallplans Gas durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz zwingt die Einrichtungen jetzt zum schnellen Handeln. Durch die vorher beschriebenen Probleme sind die kurzfristig realisierbaren Lösungen jedoch sehr eingeschränkt. Die Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen und

Einrichtungen zur Betreuung behinderter Menschen gehören qua Definition zu den „geschützten Kunden“, deren Energiebelieferung prioritär gewährleistet werden soll. Unklar ist jedoch weiterhin die Umsetzbarkeit zur Vermeidung von Engpässen. Hinzu kommen die angekündigten Preissteigerungen, einhergehend mit kalkulatorischen Unsicherheiten bei den Energieversorgern, die diese an die Kunden und Großverbraucher Klinikum weitergeben.

Option: Gezieltes Energieeinsparen

Die hohen Energiebedarfe für alle benötigten Gewerke können durch gezielte und innovative Energieeinsparmaßnahmen reduziert werden. Der Betrieb von medizinischen Großgeräten für die Diagnostik und interventionellen Eingriffen bedarf jedoch weiterhin sehr hohe Lasten für Strom und Kälte. Die gestiegenen normativen Anforderungen an die Raumlufttechnik und Trinkwasserversorgung einer Gesundheitseinrichtung verringern den Bedarf an Wärme und Dampf keineswegs. Die benötigte Energie für die Transportlogistik zur Verteilung der Waren und Güter inklusive der Fördertechnik ist nicht zu vermeiden, auch hier führen zielgerichtete Einsparmaßnahmen zur Verringerung des Energiebedarfs.

Einige intelligente und auf die örtliche Situation modifizierte Beispiele zur Verbesserung und Sicherstellung der Energieversorgung wurden bereits realisiert. Nicht alle lassen sich für die verschiedenen Versorgungssituatio-

Mehr Energieeffizienz erreichen

Christian Förster, Leiter Betriebstechnik bei consus clinicmanagement, beschreibt in seinem Beitrag „Kliniken können bis zu 50 Prozent Energie sparen“, welche Maßnahmen Kliniken für Energieeinsparungen ergreifen können. Konkret hebt der Experte dabei fünf Aspekte hervor.

Zum Beitrag: www.hcm-magazin.de/energiesparen



VIELSEITIGE ZUTRITTLÖSUNGEN

FÜR JEDEN ZUTRITTSUNKT

Vielfältige Beschläge, Schösser, Zylinder und Wandler für Türen aller Art sowie Aufzüge, Zufahrten, Tore, Möbel u.v.m.

FÜR MASSGESCHNEIDERTE SYSTEME

Flexible Kombination von virtueller Vernetzung, Funkvernetzung, Mobile Access, Online- und Cloud-Systemen.

FÜR EFFIZIENTEN BETRIEB

Optimierte digitale Prozesse durch Integration mit Drittsystemen sowie Einbindung in die vorhandene IT- und Systemlandschaft.



SECURITY ESSEN, 20.-23.9.2022
HALLE 6, STAND 6B27

FKT-MESSE, 28./29.9.2022
GELSENKIRCHEN

SALTO Systems GmbH
www.saltosystems.de

Klimaschutzmaßnahmen im Fokus

Fehlende Finanzierung von Klimaschutzmaßnahmen und bislang nicht vorhandene politische Unterstützung haben den Klimaschutz in den Krankenhäusern ausgebremst. Das ist das Ergebnis der Studie „Klimaschutz in deutschen Krankenhäusern: Status quo, Maßnahmen und Investitionskosten“ von DKI und DKG. Dabei ist das Klimaschutzpotenzial der Krankenhäuser noch nicht ausgeschöpft. 63 Prozent der befragten Kliniken sehen Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich der Energie- und Stromversorgung. Bei der Wärmeversorgung sieht jedes zweite Krankenhaus Handlungsbedarf. Dabei dominiert aktuell die Erdgasnutzung mit 92 Prozent der befragten Einrichtungen. Fernwärme und leichtes Heizöl waren als Energieträger bei rund der Hälfte der Kliniken im Einsatz. Nach Einschätzung der DKG haben Kliniken derzeit aber zumindest kurzfristig keine oder nur relativ geringe Einsparmöglichkeiten beim Gas. Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Energiekrise bleibe Umwelt- und Klimaschutz ein vorrangiges Ziel der Krankenhäuser. Im wichtigen Feld von Energie und Strom gelte es, den Primärenergiebedarf zu reduzieren. Hier können laut DKG Erdwärmesonden eingesetzt werden. Die Laufzeitoptimierung von raumlufttechnischen Anlagen sowie Zeitschaltungen und Präsenzmelder bieten nach Aussage der DKG die größten Möglichkeiten, kurzfristig Energie und Strom einzusparen. www.hcm-magazin.de/klimagutachten

nen adaptieren. Dennoch sind diese Best-Practice-Beispiele hervorragende Ansätze, die sich weiter zu betrachten lohnen. Die im Beitrag „Kliniken können bis zu 50 Prozent Energie sparen“ genannten Energie-Einsparmöglichkeiten sind hervorragende und schnell zu realisierende Beispiele (s. Infobox S. 67).

Natürlich lässt sich bei gegebenen Randbedingungen nicht alles davon realisieren. Zu prüfen sind die standortspezifischen Energiequellen wie

- Geothermie,
- Rückkühlung durch Grund- oder Flusswasser oder
- Fernwärmeversorgung oder
- Abwärme aus Industrieanlagen.

Die Nutzung von Kälteverbundanlagen oder vernetzte Energieinseln bringen enorme Vorteile in der Versorgungssicherheit. Bereits realisierte Lösungen mit Pufferspeichern decken Spitzenlasten der elektrischen Versorgung ab, die Amortisationszeit solcher Anlagen verringert sich angesichts der hohen Strompreise je nach Größe der Speicher in Richtung einstelliger Jahreszahlen.

Gespeist werden können diese Pufferspeicher auch durch Photovoltaikanlagen auf Dächern und an Fassaden.

Auch die Bemühungen diverser einschlägiger Fachvereinigungen und Netzwerke zur Realisierung einer nachhaltigen Energieversorgung verringern die Abhängigkeiten von fossilen Brennstoffen oder aufgrund der geopolitischen Lage reduzierten Energieträgern wie Gas oder Strom. Also genau diejenigen Energieträger, die in den Gesundheitseinrichtungen den größten Anteil der Energieversorgung haben. Laut einer Studie der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) (siehe Infobox oben) nutzen 92 Prozent aller Kliniken Erdgas zur Wärmeerzeugung. Erneuerbare Energien werden, wie von der Fachvereinigung Krankenhaustechnik e.V. (FKT) (www.hcm-magazin.de/FKTKlima) treffend beschrieben, nur zögerlich eingesetzt.

Sehr loblich hervorzuheben sind die Anstrengungen der FKT, der ZUKE Green sowie der Initiative Klinik der

Viamedica-Stiftung, die mittels breit gestreuter medialer Information und Kommunikation und fachlich hervorragend aufbereiteten Seminaren und Workshops die Themen Klimaschutz, Energieeinsparung und Nachhaltigkeit propagieren.

Im Juli 2022 hatten die DKG sowie das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) das Gutachten „Klimaschutz in deutschen Krankenhäusern: Status quo, Maßnahmen und Investitionskosten“ vorgestellt, in dem einerseits auf die dramatische Situation der Unterfinanzierung der deutschen Krankenhäuser eingegangen wird, andererseits wurden mehr als einhundert konkrete Maßnahmen zum Klimaschutz in acht Handlungsfeldern erläutert. Die Bereitstellung der notwendigen Investitionsmittel ist Sache der Fördergeber, hier muss dringend ein Paradigmenwechsel stattfinden. Benötigt wird aber auch eine klare, in der Geschäftsführung angesiedelte Unternehmensstrategie zum Thema Energie, Klimaschutz und Nachhaltigkeit.

Dann kann zu der einfachen Aufgabenstellung einer sicheren, unterbrechungs- und störungsfreien Energieversorgung die Themen Klimaschutz, Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit implementiert werden. Ganzheitliche Planungsansätze über alle Lebenszyklusphasen gepaart mit technischen Innovationen, Erhöhung des Digitalisierungsgrades und Flexibilität in der Energieerzeugung generieren eine erhöhte Versorgungssicherheit und machen die Einrichtungen des Gesundheitswesens unabhängiger von Lieferengpässen.

Thomas Schumacher

Leiter Geschäftsbereich Bau und Technik, Universitätsklinikum Mannheim, **Kontakt:** thomas.schumacher@umm.de





ARCHITEKTUR-KOLUMNE

Healing Environment: Mehr als „One size fits all“

Wir alle sind Teil der Natur, unsere Aktivitäten interagieren und reagieren. Ruhe oder Stress sind jeweils folgenreich. Genauso interagieren wir mit unserer gebauten und gestalteten Umwelt – von Städtebau bis hin zur Innenarchitektur und Produktdesign – und prägen im Krankenhaus damit den Aufenthalt hinsichtlich Mitarbeitenden, aber auch der Patient Experience.

Daher sollte uns zu denken geben, dass nicht wenige Krankenhausräume eher krank machen, obwohl es in den Kathedralen des Gesundheitswesens, im Kern um Heilung geht. Trist, ineffizient, veraltet, abseits aller Aufenthaltsqualität oder gar Hygiene, sind sie ungeeignet. Sie forcieren Ängste und Unsicherheit, statt Vertrauen und Sicherheit, die es braucht, um in Ruhe zu gesunden.

Bereits mit Tageslicht und frischer Luft entsteht eine Wechselwirkung im Raum als Bestandteil eines gelungenen Healing Environments. Darüber hinaus ist aber keine sterile und funktionale Eintönigkeit, sondern angemessene Inspiration und Multisensualität gemeint. Um eine zum Charakter des Krankenhauses passende gestalterische innenarchitektonische Lösung zu schaffen, braucht es Sensibilität hinsichtlich der Eigenschaften der Materialien, die sich stimmig und harmonisch bereichernd einfügen.

Multisensualität ist dabei eine Qualität, die subtil Stress entgegenwirkt,

indem sie auffordert, wahrzunehmen – eine Eigenschaft die im Stress leicht abhandenkommt, weswegen sie so mancher erst während einer Psychotherapie geduldig wieder erlernt. Sinnliche Qualität, von Hightech bis Handwerk, ist daher parallel auch da gefordert, wo technische Ansprüche und Funktionalität regieren.

Die Zukunft im Blick statt Rückwärtsgewandtheit, geht es um das Miteinander mit modernster Medizin, damit die Räume Schritt halten. Statt einen Bruch im wahrsten Sinne des Wortes darzustellen, unterstützt ein solches Healing Environment die mentale und körperliche Gesundheit

weniger, alles andere als profitabel.

In der Ruhe liegt die Kraft, in diesem Sinne können Räume schützen, Sicherheit und Vertrauen vermitteln, Energie spenden. Die Revitalisierung alter Strukturen, sensible Anpassung an neue bedarfsgerechte Prozesse und moderne Medizin, bedeuten dann eine Transformation für den Wandel.

Körperliche und seelische Gesundheit sind für unsere Gesellschaft fundamental, das haben die vergangenen beiden Jahre deutlich gezeigt. Ganzheitliche Gesundheit umfasst aber auch die wenig lukrativen Bereiche und gehört daher als ineinandergreifendes System betrachtet, um dem eigent-

11 Die Architektur sitzt am Hebel, um etwas zu tun.

Sylvia Leydecker

von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden, indem es kürzere Verweildauern und weniger Ausfallzeiten bewirkt.

Es geht also um mehr als die technische Erfüllung von Richtlinien und Vorschriften, sondern das Miteinander von Architektur und Gesundheit, Gesellschaft und Natur. Unser aller Umwelt, durch den Verzicht auf Nachhaltigkeit und damit unsere Gesundheit zu ruinieren, ist letzten Endes für die Gesellschaft, mit Ausnahme einiger

lichen Anspruch gerecht zu werden. Rein technologie- und vorschriftsgetriebenes „One size fits all“ ist daher im komplexen Gesundheitswesen keine Lösung. Die Architektur und Innenarchitektur sitzen am Hebel, um etwas zu tun und neue, jeweils bedarfsgerechte Typologien zu entwickeln.

Sylvia Leydecker,
Innenarchitektin bdia AKG,
100 % interior, Köln,
www.100interior.de
Kontakt: info@100interior.de



KKC-KOLUMNE

Geriatronik: Kollege Roboter in der Pflege?

Pflegekraft Vera Neumann ist in ihrer Senioren-WG von Pflegemaschinen in der Gestalt von KI-Robotern regelrecht umzingelt – nicht immer zum Vorteil: Die Kuschelrobbe wurde gerade von einem Kind angezündet und der starke Robbiman klemmte ihr kürzlich beim Umbetten einer Patientin die Finger ein. Der Putzroboter hatte ein Häufchen des Besucherhündchens auf dem ganzen Fußboden verschmiert und die Sturzsensoren verklebt. Nur gut, dass ihre Sorgenkinder von der Media-KI Cornelia über die VR-Brillen mit spannender Unterhaltung ruhiggestellt werden. Um die Verpflegung kümmern sich Küchen- und Servierroboter. Ihr Psycho-KI Doc Gottfried motiviert sie wieder mit aufmunternden Tschaka-Tschaka-Appellen. Raffinierte Algorithmen und unzählige digitale Helfer begleiten sie an ihrem Arbeitsplatz und zuhause im Smart Home.

In ihrem Tagebuch aus dem Jahre 2033 beschreibt Vera anschaulich, was uns bei der Digitalisierung der Pflege im schlimmsten Fall bevorstehen könnte.

Der neue Trend namens Geriatronik soll mehr Zeit, mehr Wissen und mehr Effektivität zur Entlastung der Pflegekräfte schaffen. Vorreiter sind schon seit vielen Jahren die technikaffinen Japaner, die sich mit Begeisterung allerlei Roboterhilfen bedienen. In Deutschland müssen durch klare Regelungen zunächst noch viele Vorbehalte geklärt werden, denn kommerziell fokussierte Pflegeanbieter könnten die menschliche Betreuung durch Pflegekräfte durch billigere Maschinen ersetzen. Dabei

können Roboter und KI-Angebote deren Arbeitsalltag wesentlich erleichtern. Die Reduktion der enorm zeitaufwändigen Qualitätsdokumentation, die körperliche Entlastung durch Hebehilfen, die psychische Unterstützung von dementen Menschen durch Tierroboter, die digitalen Hilfen der Sturzsensoren, zur Befragung des Wohlbefindens, zur Erinnerung von Medikamenteneinnahme und Trinken können dem Pflegepersonal mehr Zeit für die individuelle Anteilnahme durch Gespräche, Bewegungsprogramme und Spiele bereitstellen.

Sozialwissenschaftler Ingolf Rascher ist als Koordinator des Forschungs- und Praxisinstituts für humanoide Robotik und KI mit seinen Robotern Siasun, Jaime, Pepper, Sanbot und Yanny bereits in 63 Alteneinrichtungen und 15 Kliniken erfolgreich aktiv. Ihre Einsatzgebiete sind neben der Pflegeassistenz die psychosoziale Betreuung durch die Beobachtung

von Stimmungen und Emotionen, aber auch Unterstützungsdienste bei der Nachtwache, der Dokumentation und im Qualitätsmanagement. Insbesondere Menschen mit Autismus kommunizieren mit Yanny intimer als mit ihren menschlichen Bezugspersonen.

Ist der Einsatz von Robotern im sozialen Bereich ethisch vertretbar? Der Deutsche Ethikrat meint: Verantwortungsvoller Einsatz der Robotik kann einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen und der Arbeitsqualität in der Pflege leisten. Voraussetzung dafür ist, dass durch die Technologie nicht zwischenmenschliche Beziehungen ersetzt, sie nicht gegen den Willen der Betroffenen oder zur bloßen Effizienzsteigerung genutzt wird.

Manfred Kindler,
Präsident des Krankenhaus-
Kommunikations-Centrums e.V. (KKC)
Kontakt: m.kindler@kkc.info

Mehr zu Robotik und KI im Gesundheitswesen

- Zum kompletten Tagebuch von 2033: <https://www.mt-medizintechnik.de/?s=Tagebuch&submit=Suchen>
- KI-Ethikerin Aimee van Wynsberghe zum ethischen Design von Robotern: www.responsiblerobotics.org
- Kontakt Ingolf Rascher, Sprecher der AAL Akademie: <https://aal-akademie>
- Anwendungsberichte gibt es unter www.serapion.de
- Zu den Robotik- und KI-Forschungen von Sami Haddadin im Geriatrik-Zentrum der TU München: <https://www.mirmi.tum.de>
- Zur EU-Studie Artificial intelligence in healthcare – Applications, risks, and ethical and societal impacts geht es unter <http://www.europarl.europa.eu/stoa>.

Innovative Therapie

CAR-T-Zellen etablieren sich in der Versorgung

Neue Technologien wie CAR-T-Zellen halten Einzug in die Versorgung. Diese gentechnisch veränderten körpereigenen T-Zellen zählen zu den Arzneimitteln für neuartige Therapien (ATMP) und unterliegen strengen Herstellungs- und Anwendungsvorschriften. Die Herausforderungen sind nach wie vor groß.

Vor etwa zehn Jahren wurden in den USA erstmals zwei Leukämiepatienten mit CAR-T-Zellen behandelt, die Tumorzellen angreifen und vernichten können. In Europa wurde die Therapie erstmals im Jahr 2018 zugelassen. Davon profitieren können derzeit Patienten und Patientinnen mit ausgewählten B-Zell-Lymphomen und B-Zell-Leukämien, bei denen alle weiteren Therapieoptionen ausgeschöpft sind.

Was genau sind CAR-T-Zellen und wie wirken sie?

Die CAR-T-Zelltherapie basiert auf T-Zellen, die als Abwehrzellen des erworbenen Immunsystems auch bei der Eliminierung von Tumorzellen eine wichtige Rolle spielen. T-Zellen können mithilfe eines Rezeptors auf ihrer Oberfläche molekulare Strukturen erkennen und eine spezifische Immunantwort in Gang setzen. Dies erfolgt bei Tumorzellen ähnlich wie bei infizierten Zellen und ermöglicht, dass sie von der körpereigenen Abwehr zerstört werden. Allerdings entwickeln viele Tumore Mechanismen, um diesen Angriffen zu entgehen. Dieser Immun-Escape tritt in verschiedenen Formen auf, sei es die Freisetzung direkt blockierender Faktoren oder eine Art Tarnung, bei der ein Tumor seine Antigene nicht auf der Oberfläche preisgibt. Die Mechanismen dienen alle dazu, das körpereigene Immunsystem davon



Die Behandlung mit CAR-T-Zellen verspricht bisher unbekannte Therapieerfolge.

abzuhalten, gegen die Tumorzellen vorzugehen. Eine ganze Reihe von Immuntherapien zielen deshalb darauf ab, die Escape-Mechanismen zu durchbrechen und eine Immunantwort gegen den Tumor zu ermöglichen (Willen 2022).

Personalisierte Immuntherapie mit CAR-T-Zellen

Die CAR-T-Zelltherapie ist eine innovative und personalisierte Immuntherapie. Hierfür werden zuerst T-Zellen

des zu Behandelnden entnommen und im Labor speziell präpariert. Die Zellen werden gentechnisch so verändert, dass sie einen speziell eingeführten Rezeptor für ein ausgewähltes Tumorantigen auf der Oberfläche tragen. Dieser chimäre Antigenrezeptor (CAR) gibt der Methode den Namen. Die Zellen werden zuerst im Labor vermehrt und dann per Infusion zurück in den Körper des Patienten gegeben. Die CAR-T-Zellen patrouillieren nun im Körper des Patienten oder der Pati-

entin, spüren die Tumorzellen auf und zerstören sie (Ledford 2022).

So die Theorie, und in der Tat geben das längere Überleben der Behandelten und der Nachweis der Zellen im Menschen noch zehn Jahre später Grund zur Hoffnung. Die Methode ist aber nach wie vor mit zahlreichen technischen, klinischen und zulasungsrechtlichen Herausforderungen verbunden. Aber sie etabliert sich allmählich in der Versorgung, sodass Betroffene inzwischen in Deutschland unter strengen Maßnahmen zur Qualitätssicherung mit CAR-T-Zellen therapiert werden können. Dabei erhält jeder Patient und jede Patientin ein individuell hergestelltes Präparat

auf Basis der eigenen Zellen (Ledford 2022, Osterfloh 2022).

Vier EU-Zulassungen für maßgeschneiderte T-Zellen

In Deutschland sind derzeit vier CAR-T-Zelltherapien zur Behandlung bestimmter Leukämien und Lymphome zugelassen, sofern alle anderen Therapiemöglichkeiten bei dem Patienten oder der Patientin ausgeschöpft sind (Hüttemann 2021).

Tisagenlecleucel, Axicabtagen cicleucel und Brexucabtagen autoleucel sind drei zugelassene Zellpräparate für die Behandlung spezieller Fälle von akuter lymphatischer B-Zell-Leukämie (ALL), diffus großzelligem

B-Zell-Lymphom (DLBCL), primär mediastinalem B-Zell-Lymphom (PMB-CL) bzw. Mantelzell-Lymphom (MCL). Die Zellpräparate nutzen einen CAR, der gegen das Antigen CD19 gerichtet ist. Für an Krebs Erkrankte, deren Tumorzellen diesen B-Zell-Marker CD19 nicht tragen, kommt eine Behandlung mit den zugelassenen Produkten nicht infrage. Das vierte zugelassene Zellpräparat Idecabtagen vicleucel richtet sich gegen das B-Zell-Reifungsantigen (BCMA) und ist seit 2021 zur Behandlung des Multiplen Myelom zugelassen (Hüttemann 2021).

Darüber hinaus werden weltweit eine ganze Reihe weiterer CAR-T-Zell-Therapieansätze mit unterschiedlichsten Antigenen und Methodenvariationen erarbeitet und in klinischen Studien untersucht (Willen 2022). Auch das Behandlungsspektrum weitet sich über Krebs hinaus aus. So wurden maßgeschneiderte CAR-T-Zellen bereits erfolgreich bei einer Patientin mit Systemischem Lupus erythematodes (SLE) eingesetzt, einer seltenen Autoimmunerkrankung, für die es bisher keine kausale Therapie gibt (UK-Erlangen 2021).

Zertifizierte Zentren für CAR-T-Zelltherapie

Die Durchführung einer CAR-T-Zelltherapie ist komplex, technisch anspruchsvoll und riskant. Deshalb wird sie in der Regel bisher als letzte Möglichkeit eingesetzt, wenn alle anderen Therapieformen ausgeschöpft sind. Die klinischen Herausforderungen reichen vom Rezidivrisiko bis zu Toxizitäten und Nebenwirkungen wie Zytokin-Freisetzungssyndrom (CRS) und neurologischen Nebenwirkungen. Diese gilt es durch ein gutes Nebenwirkungsmanagement zu beherrschen. Aufgrund der Herausforderungen von Indikationsstellung bis Nebenwirkungsmanagement werden CAR-T-Zellen nur in speziellen Zentren durchgeführt, die entsprechende Anforderungen an Herstellung,

Literatur

- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2021): Auch für neue CAR-T-Zelltherapien gelten qualitätssichernde Anforderungen des G-BA, Pressemitteilungen und Meldungen des Gemeinsamen Bundesausschuss. <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/971/?mscl>. [12.05.2022]
- Hüttemann, D. (2021): EU-Zulassung für vierte CAR-T-Zelltherapie, Idecabtagen vicleucel. Pharm.Ztg. <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/eu-zulassung-fuer-vierte-car-t-zelltherapie-127685/>. [12.05.2022]
- Ledford, H. (2022): CAR-T-Zell-Therapie: Krebsbehandlung hält die Krankheit mehr als ein Jahrzehnt lang zurück. Spektrum Hintergrund. <https://www.spektrum.de/news/car-t-zell-therapie-behandlung-haelt-krebs-ein-jahrzehnt-zurueck/1984636> [12.05.2022]
- Osterfloh, F. (2022): CAR-T-Zell-Therapie: In der Versorgung angekommen. Dtsch Arztebl, 119(5): A-176 / B-149. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/223025/CAR-T-Zell-Therapie-In-der-Versorgung-angekommen>. [12.05.2022]
- Pharma Fakten – eine Initiative von Arzneimittelherstellern in Deutschland (2022), Zell- und Gentherapien: Aufbruch in eine neue Ära. <https://www.pharma-fakten.de/news/details/1215-zell-und-gentherapien-aufbruch-in-eine-neue-ara/>. [12.05.2022]
- UK-Erlangen (2021): Weltweit erstmals CAR-T-Zellen erfolgreich gegen Autoimmunerkrankung eingesetzt. <https://www.uk-erlangen.de/presse/pressemitteilungen/ansicht/detail/weltweit-erst-mals-car-t-zellen-erfolgreich-gegen-autoimmunerkrankung-eingesetzt/>. [12.05.2022]
- Willen C. (2022): Innovationen der Immuntherapien, CAR-T-Zellen – allogene, biphasisch oder im Tandem, Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 119 (5).

Transport, Applikation, Nachsorge und Dokumentation erfüllen. Zu beachten sind u.a. Vorgaben der europäischen Zulassungsbehörde (EMA), ein Kriterienkatalog die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO), Dokumentationsvorgaben des europäischen Registers der European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) sowie Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). In Deutschland gibt es derzeit 31 Zentren, die für eine CAR-T-Zell-Therapie für Patienten mit CD19-positiver lymphatischer Neoplasie zertifiziert sind (Osterloh 2022).

ATMP mit besonderen Herausforderungen

Aufgrund ihrer besonderen Herstellung und Wirkungsweise zählen CAR-T-Zellen zur Gruppe der Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP, Advanced Therapy Medicinal Products), für die in Deutschland das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) als Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel zuständig ist. ATMPs bieten innovative Behandlungsansätze für schwerwiegende Erkrankungsfälle, für die es ansonsten keine ausreichenden Therapiemöglichkeiten gibt. Zu den ATMPs zählen Zelltherapeutika, biotechnologisch verändertes Gewebe (Tissue-Engineering-Produkte) und Gentherapeutika. Weil diese auch lebende Zellen oder Nukleinsäuren enthalten, bergen sie besondere Risiken und unterliegen der neuen ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA 2021).

Um eine optimale Nutzen-Risiko-Abwägung und Behandlungssicherheit für die Betroffenen zu gewährleisten, hat der BGA qualitätssichernde Mindestanforderungen zur Anwendung von ATMPs festgelegt. Hierzu zählen eine bestimmte räumliche und medizintechnische Ausstattung, eine klare Prozess- und Organisationsstruktur mit Fallkonferenzen und Bereitschaftsdiensten, personelle Voraussetzungen wie ärztliches und Pflegepersonal, Mindestfallzahlen sowie besondere Dokumentations-, Anzeige- und Nachweispflichten. Die Richtlinie des G-BA basiert auf Erfahrungen aus der bisherigen Anwendung von ATMPs. Die eingesetzten ATMPs können nur dann mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden, wenn die festgelegten Mindestanforderungen erfüllt sind (G-BA 2021).

Gute Versorgung braucht Qualität, Vernetzung und Finanzierung

Innovationen bringen immer Herausforderungen mit sich – Vernetzung, Qualität und Kosten sind zentrale Punkte. „Was die Translation der Grundlagenforschung in die Entwicklung, in die Praxis angeht, könnte Deutschland besser werden“, hieß es auf einer Online-Veranstaltung über Chancen und Herausforderungen von Zell- und Gentherapien, veranstaltet von der LAWG Deutschland

e.V., einer Arbeitsgemeinschaft internationaler, forschender Pharmaunternehmen (Pharma-Fakten 2022). So wird an der regulären Übernahme der Therapiekosten der CAR-T-Zelltherapie durch die Krankenkassen in Deutschland noch gearbeitet. Bisher zählt diese Behandlungsform zu den Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB). Bei NUBs handelt es sich um Behandlungen, die in den Gesundheitsmarkt erst eingeführt wurden und noch nicht über das G-DRG System (German Diagnosis Related Groups) abgerechnet werden können. Deshalb müssen alle Krankenhäuser und Kliniken hierfür jedes Jahr aufs Neue einen administrativ aufwändigen NUB-Antrag stellen (Osterloh 2022). Trotz all dieser Anforderungen geben die bisherigen Erfolge den Patienten und Patientinnen Hoffnung.

Dr. habil. Eva Gottfried

BioMedTech Communications,
Diplom-Biologin, Medical Writer,

Kontakt: gottfried@

biomedtechcommunications.com



Unser gemeinsames Ziel:

NACHHALTIGKEIT

RICHTIG MACHEN –

WEIL ES ZU IHNEN PASST.

AUS ÜBERZEUGUNG.

Nachhaltigkeit ist mehr als eine Pflicht – es ist eine große Chance, für und mit Ihrem Unternehmen einen Unterschied zu machen.

Und wir sind uns sicher: Wir finden vieles, worauf Sie aufbauen können. Mit unseren Tools, wie zum Beispiel dem effizienten Curacon ESG-Radar, und unserer Erfahrung navigieren wir Sie durch die Anforderungen und stellen sicher, dass das Ergebnis nicht nur die künftige Pflicht zur Berichterstattung erfüllt, sondern einen Unterschied macht. Für Ihr Unternehmen, Ihre Einrichtung, Ihre Mitarbeiter:innen.

Intensivstation

Eine Welt zwischen Leben, Tod und Trauma

Die Situation auf einer Intensivstation ist massiv belastend, v.a. für Patientinnen und Patienten und Angehörige. Traumata noch Monate später sind nicht selten. Was brauchen die Betroffenen, um einen Intensivaufenthalt zu überstehen? Was können Pflegenden, Ärztinnen und Ärzte und andere Berufsgruppen tun? Was lässt sich der hochtechnisierten, stressigen Umgebung entgegenzusetzen?

Die Autorinnen des Buchs „Auf der Intensivstation“ haben nach Antworten gesucht. Sie wollten wissen, was



gut läuft auf Intensivstationen und nachahmenswert ist. Dafür haben sie mit Intensivpflegenden und Ärzteschaft gesprochen, mit Betroffenen und mit

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern. Mitarbeitende erzählen, was sie machen, um Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen das Erleben einer Intensivtherapie zu erleichtern. Die Betroffenen erzählen

ihre Sicht. Ihre Geschichten bieten einen einzigartigen Blick, der hilft, die Intensivtherapie zu verstehen.

Das Buch zeigt Möglichkeiten, Intensivstationen menschlicher zu gestalten und Traumata zu reduzieren. Es möchte Mut machen und Anregungen vermitteln. Und es zeigt auch, mit wie viel Engagement sich Mitarbeitende vieler Intensivstationen schon auf den Weg gemacht haben.

Brigitte Teigeler/Sabine Walther (2022) Auf der Intensivstation. Bern: Hogrefe Verlag

Rechnungsprüfungen

MD-Management im Krankenhaus

Die Einführung des G-DRG-Systems in der Bundesrepublik Deutschland hat die Entstehung einer völlig neuen Berufsgruppe begründet: die Medizincontroller. In die Version 2022 hat der Autor aktualisierte Informationen und praktische Hinweise für das MD-Management im Krankenhaus einfließen lassen. Besondere Bedeutung für das Controlling haben u.a. die Fallkodierung/-abrechnung und die Bearbeitung von Rechnungsprüfungen durch die Krankenkassen. Im Buch findet sich Wissenswertes zu Gesetzen und Praxistipps, z.B. zu den Änderungen im Prüfverhalten der Kassen durch das MDK-Reformgesetz, Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV), Strukturprüfungsrichtlinie des Medizinischen Dienstes sowie weitere Entwicklungen der Rechtsprechung.

Remco Salomé (2022) Rechnungsprüfungen im Krankenhaus. Stuttgart: W. Kohlhammer

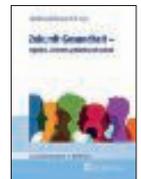


Gesundheitssystem

Gesundheitswesen in der Praxis

Gesundheit konstituiert sich darüber, dass gesundheitliche Herausforderungen in den verschiedenen Regionen integriert und patientenorientiert bewältigt werden. Es wird daher in Zukunft darauf ankommen, hier einen konsequenten Schulterschluss all derjenigen regelhaft zu organisieren, die sich regional vernetzen und patientenorientiert um Gesundheit und Krankheit kümmern. Als neues Ordnungselement entstehen so Gesundheitsregionen, die Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege interprofessionell und integrativ steuern. Das Buch bündelt die aktuelle Diskussion um die Zukunft der Gesundheitsversorgung mit namhaften Autorinnen und Autoren.

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt/Rolf Stuppardt (Hrsg.) (2021) Zukunft Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag



Veränderungen

Wissenschaft des Wandels

Schrittweise Verbesserungen reichen nicht mehr aus, um Organisationen dabei zu helfen, die aktuelle Komplexität, Unsicherheit und Volatilität zu bewältigen. Im Buch wird erläutert, wie weitreichende Veränderungen in der eigenen Organisation zu schaffen sind. Die Leserinnen und Leser erfahren u.a. Wissenswertes zu detaillierten und umsetzbaren Lösungen für den Umgang mit Widerstand gegen Veränderungen, Fallstudien und Erfolgsgeschichten von Einrichtungen sowie einen Ansatz für Verbesserungen.

John P. Kotter/Vanessa Akhtar/Gaurav Gupta (2022) Change. Weinheim: Wiley-VCH GmbH



Digitalisierung

Das IPO-Portal ist eine On-Premise-Lösung. Sie wird auf Servern der Einrichtung betrieben, mit eigenem Rollen- und Rechte-Management und einer verschlüsselten Datenhaltung im eigenen Ecosystem.

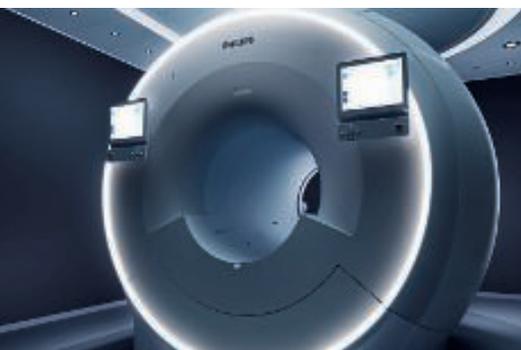


Patientenportal für das IPO

Das International Patient Office (IPO) bündelt Anfragen ausländischer Patienten und Patientinnen. Mit dem **Polavis** IPO-Portal können Einrichtungen alle Workflows sowie den Daten- und Kommunikationsaustausch auf elektronischem Wege organisieren. Für Vorgespräche bietet das Tool Videosprechstunden als Option an. Bei Status-, Termin- oder Befundänderungen werden automatisch Benachrichtigungen versendet.

www.polavis.de

Medizintechnik



Die leistungsfähigen XP-Gradienten des MRT 7700 sollen für Power bei diffusionsgewichteten Sequenzen sorgen.

Stark in Klinik und Forschung

Mit dem **Philips** MR 7700 sollen die Anwendenden das volle Potenzial von multinuklearer Bildgebung und Spektroskopie im klinischen Kontext erschließen. Die hohe Homogenität und Linearität des 3.0T-Systems stelle Spitzenperformance und Präzision sowohl bei anatomischen als auch bei funktionellen Untersuchungen sicher.

www.philips.de

Nachhaltigkeit



Die von Natur aus wasserfesten Reet-Halme sind nach ihrer Entsorgung auf natürliche Weise kompostierbar.

Umweltfreundliche Alternative

Ältere Menschen haben oft Schwierigkeiten, Trinkgefäße zum Mund zu führen. Durch einen Trinkhalm unterstützt fällt es alten, kranken oder behinderten Menschen einfacher, ausreichend Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Krankenhäuser sowie Alten- und Pflegeheime suchen nach dem Verbot von Einwegstrohhalmen aus Plastik nach Alternativen. Neu und nachhaltig sind die natürlich kompostierbaren Trinkhalme des Start-ups **Paio**.

www.paio.com

Patient Journey

E-Health-Ökosystem

Der **samedi** healthspace helfe Kliniken mit einem vernetzten und sicheren E-Health-Ökosystem für maßgeschneiderte Patientenportale gemäß des KHZG, den Digitalisierungsanforderungen gerecht zu werden und wirtschaftliche Geschäftsmodelle zu entwickeln. Ziel ist eine optimale und nahtlose Patient Journey von der Terminbuchung, über die Aufnahme und fachrichtungsübergreifende Behandlung, bis zur Nachsorge.

www.samedi.de



Der samedi healthspace: ein vernetztes Ökosystem digitaler Lösungsanbieter.

Dienstleistung



Der Komplettanbieter für den Pflege- und Gesundheitsmarkt verfügt über ein umfangreiches Ersatzteilsortiment mit mehr als 15.000 Originalersatzteilen.

Rundumservice für Medizinprodukte

Für eine reibungslose Patientenversorgung in Kliniken und im Pflegebereich soll **WiBU Service Plus** mit ihrem Rundumservice für Medizinprodukte sorgen. Dieser verfügt über ein deutschlandweites Techniker-Netzwerk mit einem umfangreichen Ersatzteilsortiment, Ausfälle- und Wartezeiten bei medizinischen Produkten werden dadurch reduziert. Integriert sind u.a. Bestandsaufnahme, mikrobiologische Untersuchungen, Beratung zur Arbeitssicherheit sowie zur DSGVO. Das Kundenportal des Rundumservice soll einen sicheren Zugriff auf sämtliche Informationen und Daten ermöglichen. www.wibu-serviceplus.de

Medizintechnik

Mobile versorgungsunabhängige Einheit

Die medizinischen Panel PCs Medico 22J und 24J von **ICO Innovative Computer** sind mit drei Hotswap-fähigen Akkus und einem zusätzlichen Medizinwagen ausgestattet und werden damit zu einer mobilen, versorgungsunabhängigen Einheit. Dank DICOM-Standard (Digital Imaging and Communications in Medicine) können Röntgenbilder, MRT Bilder oder andere Bilddateien digital übertragen werden. Dieser Standard bietet nicht nur ein Dateiformat, sondern auch ein Übertragungsprotokoll, so dass kompatible Geräte untereinander kommunizieren und Daten austauschen können. www.ico.de



Für besseren Personenschutz sind die Medico Panel PCs auch mit entsprechender Isolierung erhältlich und sorgen so für sicheres Arbeiten.

Aufstehhilfe



Der neue Aktivlifter überrascht mit angenehmem, ergonomisch verbessertem Bewegungsablauf. Haltegriff und Hebearm folgen voneinander unabhängigen Kurven.

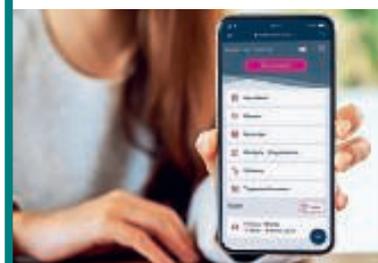
Aktivlifter der neuen Generation

Mit dem Aktivlifter 2620 von **Handi-Move** wird das Aus- und Anziehen angenehmer und einfacher. Der neue, patentierte Bewegungsablauf führt den Aufsteh- und Hinsetzvorgang dabei ergonomischer. Haltegriff und Hebearm folgen ihrer eigenen, voneinander unabhängigen Kurve. Die pflegebedürftigen Menschen werden sanft und sicher unterstützt und behalten eine sehr viel belastungsärmere Haltung als bei anderen Aufstehhilfen. www.handi-move.de

Pflegesoftware

Planungssystem im Überblick

Der Softwarespezialist **NOVENTIcare** präsentiert auf einer Roadshow durch ganz Deutschland eine neue, selbst entwickelte, zukunftsweisende Pflegesoftware. Das All-in-one-System myCortex mit der mobilen Anwendung myCara sollen die Einrichtungen fit für die digitale Zukunft machen – sei es im Pflegemanagement, der Verwaltung oder auch beim Einsatz vor Ort. www.noventicare.de



Mit der mobilen Anwendung myCara hat das Pflegepersonal stets das komplexe Planungssystem im Überblick.

SEPTEMBER

12.–13.9.2022

Hospital Engineering Trends 2022

Unter dem Motto „Architecture meets Technology“ blickt die Veranstaltung in **Neumarkt i.D.ObPf.** auf die Gesundheitsversorgung der Zukunft mit Vorträgen u.a. zu Themen wie IT-Sicherheit und 5G im Krankenhaus, Healing Architecture und Nachhaltigkeit im Krankenhausbau. www.oth-aw.de

20.–21.9.2022

eHealth Summit 2022

„Futurize Digital Healthcare“ lautet der Titel der Veranstaltung in **Hamburg**. Dort werden strategische Ausrichtung und praktische Umsetzung der Herausforderungen in der Transformation der Krankenhaus-IT zu einem ganzheitlichen eHealth-Environment diskutiert. www.ehealth-summit.de

20.–21.9.2022

Gesundheitswirtschaftskongress 2022

Der Gesundheitswirtschaftskongress in **Hamburg** ist die Plattform für die Verantwortlichen in der Gesundheitswirtschaft. Hier findet der Austausch der Ideen und Gedanken mit der Politik und den Verbänden statt. www.gesundheitswirtschaftskongress.de

28.–29.9.2022

Kongress KassenGipfel 2022

Die Themenschwerpunkte der Veranstaltung in **Berlin** sind u.a. wirtschaftliche und finanzielle Rahmenbedingungen, Kapitalisierung und Finanzierung von Gesundheitsleistungen sowie Resilienz des deutschen Gesundheitssystems. www.mcc-seminare.de

28.–29.9.2022

5. Fachmesse Krankenhaus Technologie

Unter dem Titelthema „Nachhaltiger Fortschritt“ präsentiert die Fachmesse mit Fachtagung Technik im Gesundheitswesen in **Gelsenkirchen** Technologien und Services für das Gesundheitswesen. www.fachmesse-krankenhaus-technologie.de

OKTOBER

5.10.2022

eHealth-Kongress 2022

„Gesundheitswesen goes digital“ lautet das Thema des Kongresses in **Frankfurt a.M.** Er gibt Einblick in die eHealth-Vorhaben der Bundesregierung, Diskussionen zu Digitalisierung sowie themenspezifische Fachforen. www.gesundheitswirtschaft-rhein-main.de

6.–7.10.2022

Deutscher Pfl egetag 2022

Der Kongress findet im CityCube in **Berlin** statt. Die Themen-Highlights sind: Ethik & Monetik, Pflege in den Medien, Nachhaltigkeit in der Pflege, Bundespflegekammer. Eröffnungveranstaltung mit Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach. www.deutscher-pfl egetag.de

6.–7.10.2022

21. Europäischer Gesundheitskongress

Unter dem Motto: „Mehr wagen statt klagen – die unterschätzten Möglichkeiten im Gesundheitswesen“ findet in **München** der Leitkongress für den Austausch zwischen Deutschland, Österreich und der Schweiz sowie weiteren europäischen Ländern statt. www.gesundheitskongress.de

10.–11.10.2022

Smart Hospital Excellence Forum 2022

Das Forum in **Frankfurt a.M.** ist eine Premiumveranstaltung für die Hauptverantwortlichen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen im deutschsprachigen Raum, die die Digitalisierung als Chance für das Gesundheitssystem und ihre Einrichtung sehen. www.smarthospital-excellenceforum.com

16.–18.10.2020

World Health Summit 2022

In **Berlin** treffen sich Wissenschaft, Politik, Privatwirtschaft und Gesellschaft aus unterschiedlichen Ländern. Ihr gemeinsames Ziel ist es, innovative Lösungen für die globalen gesundheitlichen Herausforderungen zu identifizieren und die Gesundheitsdebatte im Sinne der UN-Ziele weltweit voranzutreiben. www.who.int

19.–20.10.2022

Entscheider-Werkstatt 2022

Interaktion mit elektronischen Gesundheitsakten, Patientendatenrechtgesetz Telematikinfrastruktur – was wurde erreicht? Die Veranstaltung findet im Unfallkrankenhaus **Berlin** statt. Die Teilnehmenden erfahren, wie eine Großklinik diese Digitalisierungsthemen angegangen ist. www.entscheiderfabrik.com

19.–20.10.2020

7. Deutscher Interoperabilitätstag

Interoperable Vernetzung: Wege und Lösungen, wie das größtenteils ungenutzte Potenzial zum Wohle von Forschung und Versorgung erschlossen werden kann, stehen in **Berlin** im Fokus. www.ztg-nrw.de



Du bist eine engagierte **Pflegefachkraft (m/w/d)** und hast den Alltagstrott satt? Wir bieten dir deine berufliche Horizonterweiterung in der außerklinischen Intensivpflege: Unterstütze unseren **Springerpool**, wenn du die Abwechslung liebst. Oder komm zum **Fachteam »Medizinische Behandlungspflege«**, wenn du bereits Atmungstherapeut*in bist. Mit deinem Fachwissen stehst du deinen Kolleg*innen in den Versorgungen bei, berätst sie und leitest an.

*Neugierig? Fragen?
Wende dich an unseren Bewerberservice!*

BONITAS
PFLEGEGRUPPE

Bonitas Holding GmbH · Heidestraße 13 · 32051 Herford
Ansprechpartnerin: Sophie Schlawinsky

WhatsApp/Signal: 0151 – 580 666 44 · Telefon 0800 – 000 55 45
jobs@bonitas-pflegegruppe.de · bonitas-pflegegruppe.de

Health&Care
Management

Besuchen Sie uns im Web und auf den Social-Media-Kanälen!



www.hcm-magazin.de



www.hcm-magazin.de/newsletter



Xing
Health&Care Management



Facebook
Health&Care Management



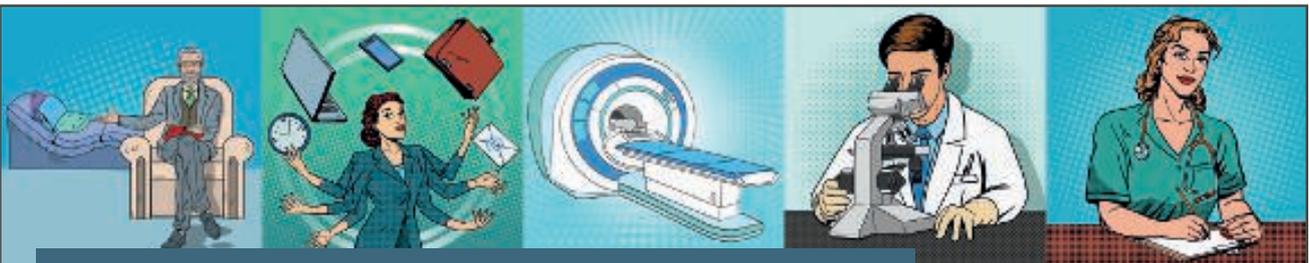
Instagram
hcm_magazin



LinkedIn
Health&Care Management



Twitter
hcm-magazin



Personalleitung (w/m/d) Großraum Münster

Unser Kunde ist eine katholische Krankenhausholding, die in einer ihrer Gesellschaften u.a. ein Fachkrankenhaus und mehrere Senioreneinrichtungen betreibt.

Als PersonalleiterIn sind Sie einrichtungsübergreifend für derzeit rund 1.000 Personalfälle zuständig (KIDICAP, Vivendi PEP), unterstützt werden Sie dabei von einem vierköpfigen Team, das zukünftig erweitert werden soll. Sie verantworten das Personalwesen in allen administrativen und rechtlichen Aspekten und stehen für dessen strategische Weiterentwicklung. Sie sind AnsprechpartnerIn für die Geschäftsführung, die Einrichtungsleitungen und die leitenden MitarbeiterInnen der Häuser.

Sie haben ein Studium mit dem Schwerpunkt Recht oder Personal abgeschlossen und besitzen bereits mehrjährige (Führungs-)Erfahrung im Gesundheitswesen. Sie bewegen sich sicher in den Bereichen Arbeits-, Steuer-, Sozialversicherungs- und Tarifrecht (AVR). Ergänzt wird dies durch fundierte Erfahrung in Projektarbeit. Sie leben einen wertschätzenden, offenen Kommunikationsstil und zeichnen sich durch Eigenverantwortlichkeit und einen planvollen Arbeitsstil aus.

Interessiert? Dann freuen wir uns auf Ihre Kontaktaufnahme, die wir selbstverständlich vertraulich behandeln und bei der wir Ihre Vergütungsvorstellungen besprechen können.

Mehr zur Position mit der
Referenz-Nr. **ec22-014** erfahren
Sie von Herrn Rainer Eisentraut.

eisentraut
CONSULTING

Personalberatung
Sandstr. 104
40789 Monheim

Telefon 0208 . 899572-20
mail@eisentraut-consulting.de
www.eisentraut-consulting.de

Aus-, Fort- und Weiterbildung

SEMINARE-BEIHILFEANSPRÜCHE



**Beihilfe – leicht gemacht!
Unsere Seminare**

Von Praktikern für die Praxis in Klinik und Pflege: Beihilferecht im Pflegealltag.



aktuell – kompetent – teilnehmerorientiert

www.medirenta.de/seminare

Dienstleister

UNTERNEHMENS-, STEUER- UND WIRTSCHAFTSPRÜFUNG



Solidaris Unternehmensgruppe
Von-der-Wettern-Straße 13 | 51149 Köln
Tel. +49(0)2203 8997 136 | Fax +49(0)2203 8997-199
i.panayotov@solidaris.de | www.solidaris.de

Unsere nächsten Anzeigentermine für HCM:

- Ausgabe 06 – am 16. September 2022
- Ausgabe 07 – am 14. Oktober 2022

Gebäude und Technik

ZUTRITTSKONTROLLE



VIELSEITIGE ZUTRITTSLÖSUNGEN

SALTO Systems GmbH
www.saltosystems.de

Dienstleister

LUFT- UND KLIMATECHNIK

HOCHEFFIZIENTE WÄRME- / KÄLTERÜCKGEWINNUNG

Ein Schritt der Energiepreiserhöhung voraus

Betriebskostenkontrolle für Lüftungsanlagen im Krankenhausbereich

- Betriebskosteneinsparung durch hohe Effizienz und Betriebssicherheit
- Maximale Hygiene - keim- und schadstoffübertragungsfrei
- Redundant, betriebssicher, hocheffizient
- Reduzierung der vorzuhaltenden Heiz-, Kühl- und Elektroleistungen
- Nachträgliche Einbindung einer Kältemaschine - keine Kühler / Rückkühler erforderlich - Entlastung der Zentralkälte
- Nachrüstung / Sanierung im Bestand

Seit 1988 Mitglied in der FKT e.V.

SEW® GmbH
www.sew-kempen.de



Hier könnte Ihr Eintrag stehen

Preis für eine farbige Anzeige, 50 mm Höhe, inkl. Firmenlogo
8 Ausgaben 725,00 €

Gebäude und Technik

SICHERHEITSTECHNIK

ASSA ABLOY
Opening Solutions
www.assaabloy.com/de

Informations- und Kommunikationstechnik

HARDWARE

ZERTIFIZIERTE HEALTHCARE LÖSUNGEN

- Panel PCs
- Medizinwagen
- Tablet PCs
- Box PCs
- Touchmonitore
- Barcodescanner
- Drucker

ICO INNOVATIVE COMPUTER IT-COMPETENCE SINCE 1982
www.ico.de/healthcare

WASSERHYGIENE

20 JAHRE HYGIENEKONZEPTE
INNOWATECH

Trink- und Kühlwasser ohne Legionellen und Biofilme

INNOWATECH GmbH
D-72186 Empfingen
☎ (07485) 97 87 47 0
www.innowatech.de



Innenausbau und Einrichtung

BETTEN/LIEGEN

Malsch
care & clinic design®

Malsch GmbH
Rohbergstraße 9 | 36208 Wildeck
Tel.: +49(0)6626 / 915-100 | Fax: -116
info@bettenmalsch.de | bettenmalsch.com

**HCM-Anzeigen-Hotline:
08247/354-236**

Kommunikationstechnik

SOFTWARE



Avaya GmbH & Co. KG
Theodor-Heuss-Allee 112
60486 Frankfurt am Main
E-Mail kundensupport@avaya.com
Telefon 0800 2661-000
www.avaya.com/de

Medizintechnik und Therapie

BETTEN/LIEGEN



Funktionale Eleganz in der Pflege
wissner-bosserhoff GmbH
Hauptstraße 4-6 | 58739 Wickede (Ruhr)
Tel. +49(0)2377/784-0 | Fax +49(0)2377/784-163
info@wi-bo.de | www.wi-bo.de

EINRICHTUNG/MÖBEL



Clinic Tec
Mobile Patientenschranke

Clinic Tec
Am Waldthausenpark 9
45127 Essen
Tel.: +49 201 74997340
www.clinic-tec.de | info@clinic-tec.de



STIEGLMEYER
Stieglmeyer GmbH & Co. KG
Ackerstraße 42 | 32051 Herford
Tel. +49(0)5221 185-0 | Fax +49(0)5221 185-252
www.stieglmeyer.com | info@stieglmeyer.com

Kommunikationstechnik

EINRICHTUNG/MÖBEL



Funktionale Eleganz in der Pflege
wissner-bosserhoff GmbH
Hauptstraße 4-6 | 58739 Wickede (Ruhr)
Tel. +49(0)2377/784-0 | Fax +49(0)2377/784-163
info@wi-bo.de | www.wi-bo.de

THERAPIETECHNIK



Funktionale Eleganz in der Pflege
wissner-bosserhoff GmbH
Hauptstraße 4-6 | 58739 Wickede (Ruhr)
Tel. +49(0)2377/784-0 | Fax +49(0)2377/784-163
info@wi-bo.de | www.wi-bo.de

www.hcm-magazin.de

Pflege

DEKUBITUSPROPHYLAXE/
-THERAPIE



Funktionale Eleganz in der Pflege
wissner-bosserhoff GmbH
Hauptstraße 4-6 | 58739 Wickede (Ruhr)
Tel. +49(0)2377/784-0 | Fax +49(0)2377/784-163
info@wi-bo.de | www.wi-bo.de

HILFSMITTEL



Funktionale Eleganz in der Pflege
wissner-bosserhoff GmbH
Hauptstraße 4-6 | 58739 Wickede (Ruhr)
Tel. +49(0)2377/784-0 | Fax +49(0)2377/784-163
info@wi-bo.de | www.wi-bo.de

Reinigung und Hygiene

DESINFEKTION



TEMCA
Member of Industrie Celtex

Qualität für
Ihren Waschraum
Wir bieten Ihnen ein umfang-
reiches Sortiment an Spendern
und Verbrauchsmaterialien.
www.temca.eu | info@temca.eu
TEMCA GmbH · Gewerbegebiet 4 · 07554 Pölzig/Germany

WÄSCHESERVICE



Württembergische Allplastik GmbH
Johannes-Kepler-Str. 12 | 71083 Herrenberg
Tel. +49(0)7032/9368-0 | Fax +49(0)7032/9368-98
info@allplastik.de | www.sackverschluesse.de

Textil und Bekleidung

WÄSCHEAUSGABESYSTEME



deister electronic

textag – INTELLIGENTES
TEXTILMANAGEMENT

www.deister.com

TRANSPORTGERÄTE FÜR INNER-
BETRIEBLICHE BEFÖRDERUNG &
LAGERTECHNIK



Seewald
Transportgeräte

Am Holzgarten 18
82380 Peißenberg
Tel.: +49 (0)8803 / 63910-70
Fax: +49 (0)8803 / 63910-71
Mobil: +49 (0)1511 / 7236010
info@seewald-transportgeraete.de
www.seewald-transportgeraete.de

IMPRESSUM

Health&Care Management

www.hcm-magazin.de

Geschäftsführender Verleger
Alexander Holzmann

Chefredaktion
Bianca Flachenecker
(verantwortlich im Sinne des Presserechts)
+49 8247 354-237
bianca.flachenecker@holzmann-medien.de

Redaktionsanschrift
Holzmann Medien GmbH & Co. KG
Gewerbestr. 2, 86825 Bad Wörishofen

Redaktion
Inge Holzmann, +49 8247 354-238
inge.holzmann@holzmann-medien.de

Bettina Kleinsteuber, +49 8247 354-233
bettina.kleinsteuber@holzmann-medien.de

Redaktionsassistentz
Andrea Schaffer, +49 8247 354-241
andrea.schaffer@holzmann-medien.de

Verlag
Holzmann Medien GmbH & Co. KG
Gewerbestr. 2, 86825 Bad Wörishofen, +49 8247 354-01
www.holzmann-medien.de
Ust-ID.Nr.: DE 129204092 Handelsregister Amtsgericht
Memmingen HRA5059
Vollhafter: Holzmann Verlag GmbH, Handelsregister
Amtsgericht Memmingen HRB5009

Verlagsleitung
Jan Peter Kruse
Anzeigen - Vertrieb - Marketing
jan-peter.kruse@holzmann-medien.de

Head of Media Sales
Christine Keller
christine.keller@holzmann-medien.de

Anzeigenleitung | Mediasales
Michael Klotz (verantwortlich), +49 8247 354-236
michael.klotz@holzmann-medien.de

Media Disposition
Susanne Fleschutz, +49 8247 354-235
disposition@holzmann-medien.de

Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 12 -
gültig ab 01.01.2022

Leiterin Produktmanagement
Christiane Wenke, +49 8247 354-284
christiane.wenke@holzmann-medien.de

Abonnement
Health&Care Management erscheint achtmal pro Jahr.
Der Bezugspreis beträgt im Inland jährlich 125,90 €, im
Ausland 137,90 €. Die genannten Preise verstehen sich
inkl. Porto und gesetzl. MwSt. Der Einzelheftpreis beträgt
16,00 € zzgl. Versand. Das Abonnement wird pro Bezugs-
jahr im Voraus berechnet. Es verlängert sich automatisch
um ein weiteres Jahr, wenn es nicht spätestens sechs
Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich
gekündigt wird. Bestellungen sind an den Verlag oder
einschlägige Buchhandlungen zu richten. Bei Nichter-
scheinen infolge höherer Gewalt inklusive Arbeitskampf
besteht kein Anspruch auf Lieferung oder Rückzahlung
des Bezugsgeldes.



Für Mitglieder der Fachvereinigung Krankenhaustechnik
e.V., des Berufsverbandes Hauswirtschaft e.V. und des DGFEM
e.V. ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.



Abo- und Kundenservice
Bestellungen zu den Themen
Abonnement und Einzelheft sowie
Adressänderungen
richten Sie bitte an:
+49 8247 354-246
leserservice@holzmann-medien.de

Urheber- und Verlagsrecht

Der Verlag übernimmt keine Haftung für unverlangt ein-
gereichte Manuskripte. Mit Annahme des Manuskriptes
gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte
zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur
elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstel-
lung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien
an den Verlag über. In der unaufgeforderten Zusendung
von Beiträgen und Informationen an den Verlag liegt das
jederzeit widerrufliche Einverständnis, die zugesandten
Beiträge bzw. Informationen in Datenbanken einzustel-
len, die vom Verlag oder von mit diesem kooperierenden
Dritten geführt werden. Das Fachmagazin und alle in ihm
enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind
urheberrechtlich geschützt. Insbesondere dürfen Nach-
druck, Vervielfältigung jeder Art (z.B. auf Datenträger wie
CD-ROM, DVD, DVD-ROM usw.), die Aufnahme in Onli-
nedienste und im Internet nur nach vorheriger schriftli-
cher Zustimmung des Verlages erfolgen.

Gebrauchsnamen

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen,
Warenbezeichnungen und dgl. in diesem Fachmagazin
berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne
weiteres von jedermann benutzt werden dürfen; oft handelt
es sich um gesetzlich geschützte, eingetragene Warenzei-
chen, auch wenn sie nicht als solche gekennzeichnet sind.

Um den Lesefluss nicht zu hemmen, wird in den Fachbei-
trägen das generische Maskulinum gebraucht. Die jewei-
lige Bezeichnung soll für jedes Geschlecht stehen und als
neutraler Begriff verstanden werden.

ISSN: 2191-2432

Layout

Holzmann Medien GmbH & Co. KG
DTP-Büro
Gewerbestraße 2, 86825 Bad Wörishofen

Druck

Silber Druck oHG., 34253 Lohfelden

Auflagenmeldung

Verbeitete durchschnittliche Monatsauflage
11.737 Exemplare (II/2022). Geprüft durch
IVW, Informationsgemeinschaft zur Feststel-
lung der Verbreitung von Werbeträgern e.V., Berlin.



Datenschutzerklärung für zugesandte Publikationen

Wir, die Holzmann Medien GmbH & Co. KG (Gewerbestraße
2, 86825 Bad Wörishofen, info@holzmann-medien.de), und
unser Tochterunternehmen Freizeit-Verlag Landsberg GmbH,
verarbeiten folgende personenbezogene Daten von Ihnen

- Name, Vorname, E-Mail-Adresse,
Telefonnummer und Fax,
- Name des Unternehmens, für das Sie arbeiten,
- sofern bekannt Ihre Position im Unternehmen

zum Zwecke der Zusendung unsere Publikationen.
Rechtsgrundlage hierfür ist eine Interessenabwägung
gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO, die in der Abwägung
keine Beeinträchtigung der Rechte und Freiheiten des
Betroffenen ergab.

Ihre Daten werden zum Zwecke des Versandes an unsere
Dienstleister (Presse-Druck Augsburg in Augsburg, ipoox
presorting GmbH in Würzburg, Faber Direktmarketing GmbH
in Kassel, Güll GmbH in Lindau, Asendia Germany GmbH in
Rodgau, IMX in Köln) übermittelt. Eine weitere Übermittlung
an Dritte oder in Drittländer findet nicht statt. Wir speichern
Ihre Daten, so lange wir unsere Publikationen an Sie versen-
den. Sie haben das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf
Löschung („Vergessenwerden“), auf Einschränkung der Ver-
arbeitung, ein Widerspruchsrecht, ein Recht auf Datenüber-
tragbarkeit sowie ein Recht auf Widerruf Ihrer Einwilligung.
Im Falle eines Widerrufs erhalten Sie keine Publikationen
mehr von uns zugesandt. Bitte richten Sie Ihren Widerruf
schriftlich an vertrieb@holzmann-medien.de oder die im
Absender genannte Postadresse. Sie erhalten nach Eingang
umgehend eine Rückmeldung. Ihnen steht, sofern Sie der
Meinung sind, dass wir Ihre personenbezogenen Daten nicht
ordnungsgemäß verarbeiten, ein Beschwerderecht bei einer
Aufsichtsbehörde zu. Unseren Datenschutzbeauftragten er-
reichen Sie über datenschutz@holzmann-medien.de



Marken: Deutsche Handwerks Zeitung,
handwerk magazin, boden wand decke, GFF,
sicht+sonnenschutz, EstrichTechnik & Fußbodenbau,
Die Fleischerei, RWTextilservice, rationell reingem.

Im ständigen Redaktionsbeirat



Peter Bechtel
Pflegedirektor Universitäts-Herz-
zentrum Freiburg-Bad Krozingen,
Vorsitzender des Bundesverbandes
Pflegemanagement



Sabine L. Distler
Dipl.-Psychogerontologin,
univ., Dipl.-Sozialpädagogin (FH),
Geschäftsführerin, Curatorium
Altern gestalten gGmbH, Nürnberg



Tanja Engel
M.A., Dipl.-Oecotroph. (FH),
Geschäftsführerin,
Märkische Gesundheitsholding
GmbH & Co. KG, Lüdenscheid



Beate Imhof-Gildein
Geschäftsführerin des
Berufsverbandes Hauswirtschaft e.V.,
Weinstadt



Britta March
MBA, Geschäftsbereichsleiterin
Contenroom,
AOK - Baden-Württemberg,
Stuttgart



Dr. Pierre-Michael Meier
Gründer der Entscheiderfabrik,
stellv. Sprecher fördernde Verbände
IuIG-Initiativ-Rat, Geschäftsführer
GuiG mbH & Co. KG, Grevenbroich



Marie-Luise Müller
1. Vors. der Deutsch-Chinesischen
Gesellschaft Pflege, Berlin, und
Ehrenpräsidentin des Deutschen
Pflegerates



Prof. Dr. rer. pol. Gerhard F. Riegl
Leiter des Instituts für Manage-
ment im Gesundheitswesen
Prof. Riegl & Partner GmbH
Augsburg



Thomas Schumacher
Dipl.-Ing. (FH), M.FM,
Leiter Geschäftsbereich Technik,
Universitätsmedizin Mannheim,
Mannheim



Horst Träger
Präsident der Fachvereinigung
Krankenhaustechnik e.V. (FKT)
und Dezernat Technik,
Universitätsmedizin Rostock



Dr. jur. Tobias Weimer
Fachanwalt für Medizinrecht,
Management von Gesundheits-
& Sozialeinrichtungen, M.A.,
Kanzlei WEIMER|BORK, Bochum

Nachgefragt bei Dr. Sonja Mathes

Ärztin und Mitglied der
Young Ethic Experts

Das letzte Wort gibt HCM Mitarbeitenden aus dem Gesundheitswesen.
Diesmal lautet das Thema: Ethik in der gegenwärtigen Versorgungspraxis

Ethische Perspektive stärken

HCM Frau Dr. Mathes, warum engagiert sich eine praktizierende Ärztin im Netzwerk der Young Ethics Experts (YEE), der Nachwuchsplattform des Arbeitskreises Medizinischer Ethikkommissionen?

Mathes: Das Engagement für die Young Ethics Experts erwächst aus dem dringenden Bedürfnis, etwas für die Einhaltung ethischer Mindeststandards in Deutschlands Wissenschaftslandschaft und im Klinikalltag zu tun und dem ethischen Diskurs einen Raum im Alltag geben. An vielen Stellen, gerade beim Thema Ethikkommission, merkt man, dass Menschen einen sehr formalisierten Zugang dazu haben. Das ist schade, weil die Überlegungen, die auch der Arbeit einer Ethikkommission zugrunde liegen, für den gesamten Medizin- und Forschungsbetrieb immer eine unmittelbare Relevanz haben.

HCM Mit welchen Projekten beschäftigen sich die YEE derzeit?

Mathes: Wir möchten mit dem neuen Podcast „Ask Ethics“ die Basics der Arbeit von Ethikkommissionen an die Menschen heranbringen. Wir wollen Fragen klären wie: „Was macht eine Ethikkommission? Was sind die Hintergründe?“ Austausch und ins Gespräch zu kommen ist dabei essenziell für uns.

HCM Sie kennen den Klinikalltag aus Ihrer Berufspraxis. Wird Ethik im Alltag in Kliniken (ausreichend) gelebt?

Mathes: Es entsteht der Eindruck, dass Hierarchien und die strukturelle Enge mancher Prozesse in den Kliniken einen gewissen Handlungsspielraum



Dr. Sonja Mathes, Ärztin an der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am Biederstein, Technische Universität München und Mitglied der YEE.

vorgeben. Grundsätzlich Dinge in Frage zu stellen ist schwer. Gerade in der Medizin ist das aber sehr problematisch, da Entscheidungen Menschenleben unmittelbar verändern. Die Diskrepanz zwischen Wollen und Sollen empfinden viele Kolleginnen und Kollegen im Alltag teils stark. Hier die ethische Argumentationsfähigkeit zu stärken, indem auch direkt Wissen vermittelt wird, ist ein Anliegen der YEE.

HCM Gibt es eine ethical etiquette im Klinikalltag? Was macht sie aus?

Mathes: Auf jeden Fall. Vieles davon kann man zwischen den Zeilen lesen, wenn Menschen miteinander umgehen. Wichtig ist v.a., zu allen Zeiten zu bedenken, dass im Klinikalltag die meisten Dinge nur als Teamleistung zu erreichen sind. Auch in der Forschung ist das so. Insbesondere all diejenigen, deren Namen nicht in der Autorenliste stehen, benötigen die Wertschätzung im Alltag. Respekt, Toleranz und Korrektheit sind die Dinge, die die ethical etiquette im Alltag ausmachen.

HCM Wenn Sie auf die Herausforderungen in der Versorgungslandschaft blicken, können Sie Stellen identifizieren, an denen die Ethik zu wenig gehört wird?

Mathes: Gerade in den Grenzreichen des Lebens, aber auch in kritischen Situationen braucht es moralische Reflexion. Aber auch in alltäglichen Situationen wie bei Fragen der Verteilungsgerechtigkeit: Wer erhält die teure neuere Therapie, wer nicht? Interessant ist es, dabei mit dem Konzept des „wisdom“ weise Entscheidungen zu treffen. Diese Überlegung bezieht mit ein, dass Menschen einen moralischen Kompass in sich tragen, der in bestimmten Situationen den Ausschlag in eine Richtung geben kann. Das Konzept „wisdom“ fasst zusammen, was die meisten Menschen, auch ohne tiefgehenden moralischen Diskurs, unbewusst im Alltag an moralischen Überlegungen anstellen.

HCM Welche Rolle nehmen ethische Fragestellungen für Sie ein?

Mathes: Für mich nehmen sie einen großen Raum ein, da ich die kleinteilige gedankliche Beschäftigung mag. Abgesehen davon hoffe ich – und hier muss man sich dem kritischen Urteil anderer, ebenso wie dem eigenen, unterwerfen –, selbst die Werte hochzuhalten, die den Klinikalltag menschlich halten: Respekt, Wertschätzung, Fairness und Geduld. Für die nötige Selbstreflexion braucht es z.B. Geduld und Abstand zur Akutsituation.

Das Interview führte
Bianca Flachenecker.

Mein

TOPHOTEL

ENTDECKT. ERLEBT. EMPFOHLEN.



Wir haben das passende Hotel für Sie gefunden!

Seit über 25 Jahren entdecken, erleben und empfehlen wir für Sie Hotels.

Ob in der Kategorie Wellness, Aktiv, Familie, Chalets, Tagung oder Urlaub mit Hund – bei uns finden Sie eine bunte Vielfalt an Inspirationen.

www.meintophotel.de



WORLD
HEALTH
SUMMIT
2022



TOGETHER WITH WHO

OCTOBER 16-18
BERLIN, GERMANY
& DIGITAL

#WHS2022
MAKING
THE CHOICE
FOR HEALTH

www.worldhealthsummit.org