



VIelfalt ALS CHANCE

Unsere Gesellschaft ist divers. Das spiegelt sich in den Kliniken bislang kaum wider. Dabei gibt es viele Gründe, die Augen zu öffnen und endlich zu handeln.



KRITIS-Verschärfung
Worauf Kliniken nun achten müssen

Film-Doku „Vier Sterne Plus“
Ein Klinikchef als Systemsprenger

DIE ERSTE

Fortbildungszeitschrift speziell für das OP-Management

© Gorodenkoff/stock.adobe.com



Fortbildung für OP-Manager und OP-Koordinatoren

OP-Management up2date sorgt für mehr Effizienz, optimierte Prozesse und bessere Kennzahlen im OP-Betrieb.

Genau das, was Sie für einen reibungslosen OP-Ablauf im Klinikalltag brauchen

Ausgehend von einem speziell mit Vertretern des VOPM (Verband für OP-Management) entwickelten Curriculum decken wir die Bandbreite des OP-Managements vollständig ab.

Immer souverän handeln

Dabei unterstützen Fachwissen-Beiträge ausgewiesener Experten, Schritt-für-Schritt-Anleitungen in Bildern, SOPs/Arbeitsabläufe zur Prozessoptimierung und Qualitätssicherung.

Jetzt OP-Management up2date abonnieren:
www.thieme.de/op-management

22P7Z9

up2date – Fortbildung mit dem roten Faden

 **Thieme**

AOP-GUTACHTEN DES IGES-INSTITUTS

Pflichtlektüre für Klinik-Manager



© Nolte/Ottobock Global Foundation

„Wohl nie zuvor wurde der Bereich der AOP-Leistungen so gründlich und intensiv unter die Lupe genommen wie hier.“

Knapp 300 Seiten stark ist das aktuelle Gutachten des IGES-Instituts zur Ambulantisierung von OP-Leistungen. In Auftrag gegeben von Kassenärztlicher Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, sollte dieser Bericht zur Pflichtlektüre für alle Klinik-Manager werden, denn er kann erhebliche Auswirkungen auf das Erlösgeschäft haben. Wohl nie zuvor wurde der Bereich der AOP-Leistungen so gründlich und intensiv unter die Lupe genommen wie hier, nie wurden auf einen Schlag so viele Leistungen, nämlich rund 2500, identifiziert, die statt stationär im Regelfall nur noch ambulant erbracht werden sollen – doppelt so viele wie bisher. Das betrifft quantitativ stattliche 15 Millionen Operationen und Prozeduren, die bislang jährlich noch im stationären Setting durchgeführt werden.

Andere Länder sind beim Thema deutlich weiter und haben umfangreiche Erfahrungen gemacht, von denen sich sicherlich profitieren lässt. Dass in Zukunft jetzt auch bei uns viel mehr in den ambulanten Bereich verlagert wird, ist ja unumstritten sinnvoll. Nicht nur, weil damit eine Forderung aus dem MDK-Reformgesetz umgesetzt wird, sondern vor allem, weil es eine einzigartige Chance bietet, Strukturen eines Systems, das immer stärker von Personalengpässen belastet wird, nachhaltig zu verändern. Stationäre Kapazitäten kann man zukünftig dort vorhalten, wo sie wirklich gebraucht werden.

Erforderlich dafür ist allerdings ein finanzielles Anreizsystem, damit es letztendlich keinen Unterschied macht, ob die Behandlung stationär oder ambulant durchgeführt wird. Ein Großteil der MD-Prüfungen bezieht sich derzeit auf Kurzlieger und mögliches ambulantes Potenzial. Beiden Seiten wäre gedient,

wenn neue AOP-Regelungen zu weniger Bürokratie und Abrechnungs-Hickhack führen würden. Gefragt sind jetzt schnelle, praktikable Lösungen, die sich möglichst nicht an so komplexen Modi wie dem DRG-System orientieren. Wir brauchen trotz eines erforderlichen Rahmens nicht noch mehr Überregulierung, wie sie so typisch für unser Gesundheitssystem ist.

Dazu gehört auch, dass es Ausnahmen von der Regel „ambulant vor stationär“ geben muss, wenn medizinische oder soziale Faktoren dies erforderlich machen. Dafür zumindest haben die AOP-Gutachter eine Empfehlung erarbeitet. Das Kontextprüfung genannte Verfahren würde erlauben, dass Kliniken begründen können, warum sie im Einzelfall Patienten doch stationär aufnehmen, anstatt sie – wie im Katalog vorgesehen – ambulant zu versorgen. Bleibt nur zu hoffen, dass dieses Prüfverfahren in den Verhandlungen der Kostenträger nicht unter die Räder kommt. Es würde alle Anstrengungen, einem sinnvollen, qualitativ hochwertigen und kostendämpfenden System zum Durchbruch zu verhelfen, konterkarieren. Dann wäre das Vertrauen in die Zukunftsfähigkeit und den Reformwillen des Krankenhaus-systems nachhaltig erschüttert. ■

Viel Spaß beim Lesen der kma
Ihr Prof. Dr. Axel Ekkernkamp,
Geschäftsführer Medizin der BG Kliniken
und Ärztlicher Direktor des BG Klinikums
Unfallkrankenhaus Berlin

INHALT

2022 Mai



22

Diversität wird in der Gesellschaft immer stärker wahrgenommen. In Kliniken ist das Thema hingegen noch nicht überall angekommen – und das, obwohl es Einfluss auf die Zusammenarbeit der Belegschaft und auf das Verhältnis zu Patienten hat.

AKTUELLES

- 6 Krieg in der Ukraine
Schwere Wunden
Jens Kohrs
- 7 Ambulantes Operieren (AOP)
Voller Katalog
Jens Kohrs
- 8 Personalbemessung in der Pflege
Mehr Personal für die Pflege in Krankenhäusern
Alexandra Heeser
- 20 Hauptstadtkongress
Die Patientenpfade optimieren
Carola Dorner

TITELTHEMA

- 22 Diversity: Vielfalt als Chance
- 23 Diversität im Gesundheitswesen
Wertvolle Unterschiede
Alexandra Heeser und Aileen Hohnstein
- 25 Diversität im Gesundheitswesen
„Alle sind einzigartig und damit divers“
Aileen Hohnstein
- 27 Diversität im Gesundheitswesen
Wo anders schon normal ist
Alexandra Heeser

ORGANISIEREN UND FÜHREN

- 32 Die neue Strategie der Charité 2030
Gesundheit neu denken
Dr. rer. medic. Sinje Gehr, Dr. med. Andrea Liebenau, Andreas Mörtel, Dr. rer. nat. Jens Steinbrink,

- 37 Covid-19 Netzwerk Universitätsmedizin

Wo der Kampf gegen Pandemien gewonnen wird
Kathrin Reisinger

DIGITALE TRANSFORMATION

- 40 IT-Sicherheit 2022
Was PDSC und KRITIS 2.0 für Kliniken bedeuten
Helmut Semmelmayr

UNTERNEHMEN UND MÄRKTE

- 42 Film-Doku „Vier Sterne Plus“
Ein Klinikchef als Systemsprenger
Jens Kohrs
- 46 New-Work-Modell
Wie sieht das perfekte Gesundheitssystem aus, Frau Starker?
Jens Kohrs



© Carsten Waldbauer

42 Mann mit Mission: Eine bewegende Kino-Doku zeigt, wie David-Ruben Thies seine Klinik-Vision verwirklicht. © Carsten Waldbauer



© ipopba / stock.adobe.com

40 Seit Jahresbeginn gelten schärfere Vorgaben des Gesetzgebers zur IT-Sicherheit. Was Klinikbetreiber jetzt beachten müssen. © ipopba / stock.adobe.com



© Robert Poorten / stock.adobe.com

52 Neue Software-Systeme steuern den Patiententransport effizienter – indem sie Wegzeiten berechnen, den Transporteur benachrichtigen oder nach bestimmten Kriterien auswählen. © Robert Poorten / stock.adobe.com

BRANCHE KOMPAKT

- 52 Fokusthema Logistik
- 53 Patiententransport
Pünktliche Lieferung
Dr. Michael Lang
- 56 Gebäudereinigung
Optimierung bei gleichbleibender Qualität
Michael Cammann
- 58 Arzneimittel-lieferung
Expansion in Deutschland
Dr. Michael Lang
- 59 Branche in Zahlen

FACILITY MANAGEMENT

- 62 Deutschlandweit erstes Musterzimmer
Wohlfühloase für Privatpatienten
Kathrin Reisinger

PFLEGE

- 66 Akademisierung in der Pflege
Viele Hürden stehen der Profession im Weg
Sarah Lukuc

STANDARDS

- 3 Herausgebersicht
- 10 kma Online
- 14 Auf-/Absteiger des Monats
- 16 Rechtskolumne
- 17 Zahlen des Monats
- 19 Stellungswechsel
- 21 Veranstaltungen
- 60 Produkte und Dienstleistungen
- 68 ÖVKT
- 70 Stellenmarkt
- 73 Ausblick/Impressum
- 73 Herausgeber/Beirat
- 74 Humor



Folgen Sie **kma Online** auf



Hinweis der Redaktion
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichten wir auf die durchgängige Verwendung männlicher, weiblicher oder diverser Sprachformen. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Bildnachweis Cover ©The image was composed by Thieme using following images: Hand mit Figuren © Andrey Popov / stock.adobe.com; Hände © Rawpixel.com / stock.adobe.com; Gender-Symbole © Pixel-Shot / stock.adobe.com

KRIEG IN DER UKRAINE

Schwere Wunden

Kriegsverletzte aus der Ukraine beschäftigen auch die Krankenhäuser in Deutschland zunehmend. Unfallchirurgen beraten bei der Zuordnung der Patienten auf spezialisierte Traumazentren und schulen Ärztinnen und Ärzte für die Behandlung von Kriegswunden. Gerade dafür fehlt oft die Erfahrung.

Montags um 20:30 Uhr beginnt im Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz seit einigen Wochen ein ungewöhnliches Webinar. Eine Stunde lang geht es um Explosions-, Splitter- und Schussverletzungen, multiresistente Keime in der Wundbehandlung und Rekonstruktion an Extremitäten, Bauch und Thorax, kurz: um Spezialwissen für die Behandlung von Kriegsverletzungen. Das Interesse ist groß, jede Woche schalten sich mehrere Hundert Ärztinnen und Ärzte zu, sagt Prof. Dr. Axel Franke. Der Oberfeldarzt ist stellvertretender Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie in Koblenz und leitet bei der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) die Sektion Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie (EKTC). Das kurzfristig entwickelte Webinar soll deutsche Mediziner besser auf die Behandlung von Patienten aus der Ukraine vorbereiten.

„Viele Unfallchirurgen hatten bislang noch nie mit Kriegsverletzungen zu tun“, erklärt Franke. Um die meist großen, kontaminierten Defektwunden zu sanieren und zu rekonstruieren, fehle in der Regel die Erfahrung. Anders als übliche Schwerverletzungen entwickeln sich Kriegswunden über einen Zeitraum von bis zu 72 Stunden ohne kontinuierliche Kontrolle – mit entsprechenden Folgen. Hinzu komme ein erfahrungsgemäß hoher Anteil von multiresistenten Keimen, sagt Franke zu kma: „Für die Kliniken ist das eine große Herausforderung.“

Seit Beginn des Krieges in der Ukraine am 24. Februar rechnen insbesondere die Häuser, die in den 53 TraumaNetzwerken der DGU organisiert sind, mit



Ein kriegsverletztes Kind kam Mitte April im Interdisziplinären Notfallzentrum des UKB an.

© F. Heyder/UKB

entsprechenden Patienten. Gut 650 Kliniken gehören dazu, gestuft nach lokalen, regionalen und überregionalen Zentren. Sie bereiten isolierte Bereiche vor, passen das Hygienekonzept an und schulen die Beschäftigten. Die Netzwerksprecher sind mittlerweile auch als Berater in die bundesweiten Strukturen zur Verteilung von Kriegsverletzten eingebunden. Anhand der erfassten Verletzungsmuster beurteilen sie den Schweregrad von Verwundungen und ordnen die Patienten den Kliniken mit geeigneten Spezialisten und Kapazitäten zu. Für die weitere Organisation und den Transport sind die Bundesländer zuständig – im Rahmen des wegen der Coronapandemie etablierten Kleeblatt-Prinzips.

Seit Mitte April melden deutsche Krankenhäuser zunehmend die Aufnahme kriegsverletzter Ukrainer. Allein am 11. April transportierte die Luftwaffe 44 Patienten nach Deutschland. Drei von ihnen, eine Mutter und ihre zwei Kinder mit komplexen Fuß- sowie inneren Bauchverletzungen, kamen ins Uniklinikum Bonn (UKB). Auch in Frankfurt (Oder) sowie am Alexianer St. Josefs-Krankenhaus in

Potsdam wurden Opfer von Granaten und Minen versorgt. Das Land Hessen hatte schon vorher gemeldet, dass zwei Angehörige des ukrainischen Zivilschutzes in hessischen Kliniken behandelt wurden. Sie hatten Schäden durch Bomben, Minen oder Schussverletzungen erlitten.

Mediziner auf Abruf

Mehr als 1 000 Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, die sich seit Anfang März auf einem von der Bundesärztekammer (BÄK) gestarteten Portal für freiwillige Dienste in der Ukraine oder den Nachbarländern registriert hatten, warteten bis Redaktionsschluss dieser Ausgabe dagegen noch auf mögliche Einsätze. Es fehlten schlicht Bedarfsanzeigen der Anrainerstaaten, erklärte ein BÄK-Sprecher auf kma-Anfrage. Die Kammer stehe in Kontakt mit der Bundesregierung, dem Gesundheitsministerium (BMG) und dem Auswärtigen Amt (AA). Während es die Sicherheitslage in der Ukraine nach Beurteilung des AA nicht zulasse, deutsche Mediziner direkt ins Land zu schicken, kämen die Anrainer und insbesondere Polen nach eigenen Angaben bisher mit den örtlichen Kapazitäten zurecht. Das könne sich allerdings ändern, wenn sich die Lage weiter verschärfe. In dem Fall würden BMG oder AA die BÄK über die gewünschte Anzahl von Ärzten und die gefragten Fachrichtungen informieren, und die Kammer könnte die Daten von Freiwilligen weitergeben. Diese würden dann wiederum vom Zentrum für Internationale Friedenseinsätze angesprochen, und das Zentrum regle alles Weitere. ■

Jens Kohrs
Freier Journalist