

**Thema**

Fachtag 2019: Krankenhauspolitik, Verleihung des kkvd-Sozialpreises  
S. 6

**Digitales**

Neugegründete dht hilft gemeinnützigen Kliniken  
S. 11

# kkvd -aktuell

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V.



**Liebe Leserinnen und Leser,** schaut man auf die Krankenhauspolitik des letzten Jahres und deren Auswirkungen in der Praxis zurück, kochen die Emotionen hoch. Leider ist in diesem Jahr kaum Besserung in Sicht. Das zeigten auch die Diskussionen und Gespräche beim kkvd-Fachtag im Dezember 2019 in Berlin, zu dem Sie in dieser Ausgabe einen Rückblick finden (S. 6). Mit den Pflegepersonaluntergrenzen, der Personalrichtlinie für Psychiatrie und Psychosomatik sowie mit den neuen Sanktionsregeln für Abrech-

nungsprüfungen wird eine Misstrauenskultur gegen die Krankenhäuser und ihre Mitarbeitenden geschürt, die in keiner Weise gerechtfertigt ist.

Der kkvd hat im vergangenen Jahr bereits einen gemeinsamen Aufruf der Mitgliedsorganisationen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), des Deutschen Pflegerates sowie der Verbände der Krankenhausdirektoren (VKD) und der leitenden Krankenhausärzte (VLK) mit auf den Weg gebracht, in dem Alarm geschlagen

und ein Krankenhausgipfel gefordert wird. Anfang Februar hat der kkvd- Vorstand zudem neun Forderungen für eine neue Krankenhauspolitik verabschiedet. In dieser Ausgabe finden Sie alle wichtigen Informationen dazu zusammengestellt.

In diesem Jahr liegen weitere wichtige Reformvorhaben der Bundesregierung auf dem Tisch, bei denen es um die Zukunft der Krankenhäuser geht. Eines davon ist die Reform der ambulanten Notfallversorgung. Hierzu haben wir schriftlich und bei einer Anhörung im Bundesgesundheitsministerium Stellung genommen. Wir fordern, das Pferd nicht von hinten aufzuzäumen, sondern Schritt für Schritt vorzugehen. Zunächst sollten die Gemeinsamen Notfall-Leitstellen eingeführt und ihre Auswirkungen auf die Patientenwege evaluiert werden. Erst danach wird klar, ob es neben den vorhandenen Strukturen einschließlich der bereits bestehenden Portalpraxen die angedachten „Integrierten Notfallzentren“ braucht und wie sie konkret ausgestaltet und organisiert sein sollten (vgl. auch neue caritas Heft 21/2019, S. 9 ff.).

In Nordrhein-Westfalen (NRW) wird in diesem Jahr intensiv an den Ecksteinen einer neuen Krankenhausplanung gearbeitet. Bereits im vergangenen Jahr war dies Thema hier in kkvd-aktuell und bei unserem Fachtag. Die Weichenstellungen in NRW werden zweifellos bundesweiten Pilotcharakter haben. Uns ist wichtig, dass die Daseinsvorsorge das zentrale Kriterium ist, an dem sich die Krankenhausplanung künftig ausrichtet. Einseitig dem freien Spiel der Marktkräfte das Feld zu überlassen, würde nur das fortsetzen, was wir derzeit schmerzlich erleben: einen kalten Strukturwandel.

Mit Blick auf die Krankenhauslandschaft stellt sich natürlich auch die Frage, welche Rolle die Trägervielfalt in Zukunft spielen wird. Dass freigemeinnützige Einrichtungen einen Wettbewerbsnachteil haben, da sie sich weder über die Aktienmärkte noch über die Haushalte der Kommunen finanzieren, kommt so langsam in der öffentlichen Wahrnehmung an. Wir fordern darüber hinaus von der Politik, sich zur Trägervielfalt zu bekennen und sie zu fördern.

Zum Schluss möchte ich noch auf unsere neue Kampagne „Vielfalt ist gesund“ hinweisen, die mittlerweile gestartet ist. Der Slogan soll zuerst verdeutlichen, wie sehr die Vielfalt der Menschen in katholischen Kliniken unsere Arbeit prägt und wie viel wir ihr zu verdanken haben. Aber natürlich gilt die Botschaft „Vielfalt ist gesund“ auch für Trägervielfalt unter den Krankenhäusern. Die zentralen Kampagnenmotive, Hinweise zu den weiteren Meilensteinen der Kampagne und dazu, wie Sie die Kampagne für Ihre Einrichtung anpassen können, finden Sie ebenfalls in diesem Heft.

Viel Freude beim Lesen und herzliche Grüße!

Ihre Bernadette Rummelin



**Bernadette Rummelin**  
Geschäftsführerin (Sprecherin)  
des kkvd  
E-Mail: [bernadette.ruemmelin@caritas.de](mailto:bernadette.ruemmelin@caritas.de)

## Politik

### Notfallreform Schritt für Schritt angehen

Die bereits im vergangenen Jahr angekündigte Reform der Notfallambulanzen schlägt weiter hohe Wellen. Das Gesetz war geplant, um stark frequentierte Notfallaufnahmen zu entlasten und die Versorgungssituation insgesamt zu verbessern. Im Januar hat das Bundesgesundheitsministerium einen Referentenentwurf vorgelegt. Die geplante Umsetzung unterscheidet sich deutlich von der Vorabversion, die im Sommer kursierte. Geblieben sind die beiden zentralen Aspekte der Reform: die Einführung Gemeinsamer Notfall-Leitstellen (GNL), die telefonisch unter 112 beziehungsweise 116 117 zu erreichen sind, sowie die Errichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ). Neu definiert wurde vor allem die Struktur der INZ. Diese sollen als gemeinsame Einrichtungen von Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) gegründet werden und unter der fachlichen Leitung der KV stehen. Zu befürchten ist, dass dies in der Praxis zu großen Abgrenzungs- und Haftungsproblemen führt. Zudem besteht die Gefahr, dass bestehende Portalpraxen und Kooperationsmodelle damit mittelfristig obsolet werden.

Es bestehen beträchtliche Zweifel, ob mit dem vorliegenden Entwurf wirklich die gewünschten Verbesserungen erreicht werden. Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands (kkvd) hat sich daher in den letzten Wochen intensiv in die Diskussion eingebracht. Gemeinsam mit dem Deutschen Caritasverband (DCV) hat er eine Stellungnahme mit konkreten Änderungs- und Umsetzungsvorschlägen eingereicht. Am 17. Februar haben beide Verbände ihre Position im Rahmen der öffentlichen Verbändeanhörung im Ministerium deutlich gemacht.

Der Entwurf ist in der vorliegenden Form ungeeignet. Bei der Notfallreform muss aus Sicht des kkvd die schnelle und zielgerichtete Versorgung der Patient(inn)en der Maßstab sein. Die geplanten Eingriffe sind dagegen eine Operation am offenen Herzen, mit ungewissem Ausgang – vor allem für die Patientenversorgung. So sind keine belastbaren Voraussagen möglich, wie sich Patientenwege verschieben und welche Kapazitäten künftig vor Ort vorgehalten werden müssen. Hintergrund sind Reformen, die erst in den vergangenen Jahren angestoßen wurden und die gerade erst greifen. Erst vor vier Jahren hat der Bundestag mit dem Krankenhausstrukturgesetz die Errichtung von Portalpraxen gefördert. Heute gibt es rund 700 Por-

talpraxen an Krankenhäusern. Jedes dritte katholische Krankenhaus arbeitet heute in einem solchen Kooperationsmodell mit niedergelassenen Ärzt(inn)en zusammen. Im vergangenen Jahr wurden mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) Verbesserungen bei der Terminvergabe im niedergelassenen Bereich auf den Weg gebracht, was auf positive Impulse hoffen lässt.

Der kkvd schlägt daher vor, die Reform in zwei Schritten zu vollziehen. Zunächst sollten die GNL eingeführt werden. Sie bilden das Herzstück der Reform für ein neues integriertes Notfallsystem, um Patienten künftig besser bei der Hand zu nehmen. Wenn die neuen Leitstellen funktionieren, wird das die Notaufnahmen der Kliniken deutlich entlasten. Erst mit dem Wissen, wie sich Patientenwege verändern, wird klar, ob und welche zusätzlichen Strukturen in der Zukunft notwendig sind. Daher ist die Arbeit der GNL und der bereits beschlossenen Reformen während 24 Monaten zu evaluieren.

Erst in einem zweiten Schritt macht es Sinn, zu überlegen, ob und wie Integrierte Notfallzentren verteilt und organisiert werden sollen. Andernfalls droht die Gefahr, am Reißbrett entworfene Strukturen über funktionierende Kooperationsmodelle zu stülpen. Vor allem darf die Reform der Notfallversorgung nicht zu Versorgungslücken führen, wenn Klinikambulanzen ohne INZ Patienten künftig abweisen müssen. Der aktuelle Referentenentwurf nimmt statt der Patientenversorgung vor allem die Strukturpolitik in den Fokus. Über diesen Weg eine Schließung von Standorten zu erreichen, ist aus Sicht der katholischen Krankenhäuser der falsche Ansatz. **rü/mk**

## Reha- und Intensivpflegegesetz überarbeitet

Im August 2019 hatte der Referentenentwurf für ein Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz (RISG) bezüglich der darin vorgesehenen Neuregelung des Intensivpflegebereichs für großen Widerstand der Betroffenen gesorgt, die sich für den Fortbestand des Grundsatzes „Ambulant vor stationär“ eingesetzt haben. Gemeinsam mit dem Deutschen Caritasverband (DCV) hatte der kkvd zum Entwurf eine Stellungnahme abgegeben (s. kkvd aktuell 3/2019, S. 4 f.). Mit einer neuen Überschrift und einigen Veränderungen kursiert nun seit Dezember der Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPREG). Der für die Abstimmung im Kabinett vorgesehene Termin wurde verschoben, so dass keine Informationen zum Zeitplan vorliegen.

Die Vielzahl an erfreulichen Veränderungen der Rahmenbedingungen für die medizinische Rehabilitation scheint den Umzug in den neuen Gesetzentwurf unbeschadet überstanden zu haben. Weitere Verbesserungen zeichnen sich ab. So wird im aktuellen Entwurf klargelegt, dass Versicherte, die ihr Wunsch- und Wahlrecht nach SGB IX ausüben, keine Mehrkosten zu zahlen haben. Den Wegfall der Mehrkostenzahlung bei Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts

hatten kkvd und DCV auch in ihrer Stellungnahme gefordert. Der aktuelle Entwurf sieht zudem eine Vereinfachung von Verordnungen für Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation vor. Hat ein Vertragsarzt/eine Vertragsärztin die medizinische Erforderlichkeit der Reha festgestellt, soll die Krankenkasse dies nicht noch einmal überprüfen können. Das Verfahren bei der Verordnung anderer als geriatrischer Maßnahmen wird transparenter: Die MDK-Stellungnahme, die zur Ablehnung notwendig ist, wird dem Versicherten, der die Leistung beantragt, zur Verfügung gestellt. Neu ist auch die vorgesehene Vereinheitlichung des Verfahrens für Anschlussrehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt. Hier soll der Gemeinsame Bundesausschuss Fälle festlegen, in denen die Anschlussrehabilitation ohne vorherige Überprüfung der Krankenkassen erbracht werden kann. Damit würde eine weitere Forderung zur Optimierung der rehabilitativen Versorgung erfüllt, die der kkvd in seinem Reha-Positionspapier veröffentlicht hat (Download: <https://bit.ly/38Tig64>).

Beim Abschluss von Vergütungsvereinbarungen mit Reha-Einrichtungen sollen Krankenkassen künftig nicht mehr an den Grundsatz der Beitragsstabilität gebunden sein. Damit entsteht ein größerer Spielraum, um eine angemessene und leistungsgerechte Vergütung der Leistungen zu erreichen. Auch darf künftig die Bezahlung von im Rahmen des kirchlichen Arbeitsrechts vereinbarten Vergütungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Dies hat der kkvd bereits in seiner Stellungnahme zum ersten Referentenentwurf ausdrücklich begrüßt. Denn die hohe Qualität von Rehabilitation steht und fällt mit der Beschäftigung hoch qualifizierter ärztlicher, psychologischer, therapeutischer und pflegerischer Gesundheitsfachkräfte, die das interdisziplinäre multiprofessionelle Reha-Team bilden. **kk**

## Sektorenübergreifende Versorgung: Ministerium legt Fortschrittsbericht vor

Das Bundesgesundheitsministerium hat einen Fortschrittsbericht der Arbeit der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorgelegt. Ziel dieser AG ist die Erarbeitung von Vorschlägen zum Ausbau der Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen und zur Einleitung weiterer nachhaltiger Schritte für eine sektorenübergreifende, am medizinisch-pflegerischen Bedarf der Patient(inn)en ausgerichtete Versorgung. Bereits für das erste Quartal dieses Jahres wird ein Referentenentwurf zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser und der Etablierung eines gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereichs angekündigt. Der kkvd begrüßt das Anliegen, Krankenhäusern bessere Möglichkeiten einzuräumen, dem ambulanten Versorgungsbedarf der Menschen gerecht zu werden. Patienten bedarfsgerecht und nicht abhängig von der Zuordnung zu einem bestimmten Sektor behandeln zu dürfen, entspricht dem umfassenden Sorgensanspruch katholischer Krankenhäuser. **»**

Die beabsichtigte weitere Ausschöpfung von „Ambulantisierungspotenzial“ muss jedoch sorgfältig an den sozialen und gesellschaftlichen Verhältnissen ausgerichtet werden. Insbesondere ältere Menschen, die alleine leben und nicht auf Familie oder ein anderes soziales Versorgungsgefüge zurückgreifen können, können ambulante Angebote nur eingeschränkt nutzen. Bereits heute verweigern Krankenkassen die Vergütung stationärer Behandlungen, wenn sie eine ambulante Operation für ausreichend erachten, obwohl die alleinstehenden betroffenen Patient(inn)en nach einem ambulanten Eingriff nicht adäquat versorgt werden können.

Auch nach einer stationären Krankenhausbehandlung haben katholische Krankenhäuser Probleme, wenn sie Patient(inn)en aufgrund fehlender häuslicher Versorgung nicht zu dem von Krankenkassen geforderten Zeitpunkt entlassen. **kk**

## kkvd fordert neue Krankenhauspolitik

Der kkvd-Vorstand hat auf seiner Klausur Anfang Februar neun Forderungen für eine neue Krankenhauspolitik beschlossen. Damit uft er die Politik auf, die Gesundheitsversorgung nachhaltig zu sichern. Hier die Forderungen in Auszügen (zum vollständigen Positionspapier: [www.kkvd.de/forderungen-krankenhauspolitik](http://www.kkvd.de/forderungen-krankenhauspolitik)).

1. Krankenhausversorgung nachhaltig planen. Wir brauchen eine gesellschaftliche Diskussion über eine gute Krankenhausversorgung und die Erwartungen der Versicherten an ihre Gesundheitsversorgung. Bund und Länder sollten daher zu einem Krankenhaushausgipfel einladen. Krankenhausversorgung ist und bleibt ein wichtiger Teil der Daseinsvorsorge. Ihre Zukunft muss zielgerichtet und nachhaltig geplant werden. Dazu gehört ein realistischer Blick auf die zusätzlichen Kosten.

2. Finanzierung der Krankenhäuser reformieren. Die Krankenhausfinanzierung muss auf den Prüfstand. Wir schlagen vor, das Fallpauschalen-System weiterzuentwickeln. Bedarfsnotwendige Vorhaltekosten und der Bereich Basisversorgung sollten pauschal sowie

anteilig aus Steuermitteln und GKV-Beiträgen vergütet werden. Bereiche der Spezialversorgung sollen darauf aufbauend leistungsbezogen mit Fallpauschalen vergütet werden.

3. Lücken in der Versorgung älterer Menschen schließen. Immer mehr Patient(inn)en sind hochbetagt und mehrfach erkrankt. Immer öfter haben sie zudem kein soziales Netz, das bei der ambulanten Nachversorgung einspringen kann. Daher ist dringend eine Regelung notwendig, auf deren Grundlage Krankenhäuser Patienten übergangsweise stationär versorgen dürfen, wenn sie kein soziales Netz haben oder die Klärung der ambulanten Weiterversorgung langwierig ist.

4. Notfallversorgung praxisnah reformieren. Unerlässlich ist, die Patient(inn)en gezielter zu der für ihren Hilfebedarf passenden Versorgung zu lenken. Wichtig sind daher die Einführung Gemeinsamer Notfalleitsysteme und die Evaluierung der Erfahrungen der in den letzten drei Jahren durch das Krankenhausstrukturgesetz entstandenen Kooperationen wie Portalpraxen an Kliniken. Integrierte Notfallzentren dürfen nicht vom Reißbrett kommen, sondern sollten sich an der guten Praxis und den Gegebenheiten in den Regionen orientieren.

5. Personalbedarf in der Pflege fundiert bemessen. Die Pflegepersonaluntergrenzen haben nicht zur erhofften Entlastung der Pflege geführt. Sie sollten daher ab 2021 durch das von DKG, Pflegerat und Verdi vorgelegte Konzept „Pflegepersonalrichtlinie 2.0“ ersetzt werden. Gleichzeitig ist die Entwicklung eines neuen, wissenschaftlich fundierten Pflegepersonalbemessungsinstruments auf den Weg zu bringen.

6. Patientenorientierung in der Psychiatrie und Psychosomatik sichern. Seit 2020 gelten Mindestvorgaben für das gesamte therapeutische Personal in der Psychiatrie und Psychosomatik, welches einrichtungsbezogen quartalsweise nachgewiesen werden muss. Moderne, innovative Versorgungskonzepte über Stations- und Sektorengrenzen hinweg werden durch sie konterkariert. Daher müssen die Mindestvorgaben schnellstmöglich durch ein zeitgemäßes Instrument ersetzt werden, das innovative Versorgungsformen berücksichtigt und Bürokratie reduziert.

7. Misstrauen überwinden – Vertrauen schaffen. Bürokratie und Überregulierung nehmen im Klinikalltag überhand und rauben Zeit, die bei der Versorgung der Patienten fehlt. Gleichzeitig empfinden die Kliniken die immer neuen Regelungen zur Abrechnungskontrolle als Ausdruck einer überzogenen Misstrauenskultur ihnen gegenüber. Im Miteinander zwischen Bundes- und Landespolitik, Krankenkassen und Kliniken sind eine Bestandsaufnahme und ein Neuanfang nötig.

### DKG-FORDERUNGEN AN DIE POLITIK

Bereits im November 2019 haben die Mitglieder der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat sowie die Verbände der Krankenhausdirektoren und der leitenden Krankenhausärzte mit einem gemeinsamen Aufruf Alarm geschlagen.

Download: <https://bit.ly/2HfG1cN>



8. Daseinsvorsorge sichern – Trägervielfalt erhalten und fördern. Im derzeitigen kalten Strukturwandel haben freigemeinnützige Einrichtungen einen Wettbewerbsnachteil. Ihre Überschüsse reinvestieren sie vollständig für das Gemeinwohl. In Krisen müssen sie selbstständig Auswege finden. Auf die Dauer können sie so zwischen öffentlichen und privaten Träger zerrieben werden. Notwendig ist ein klares Bekenntnis zum Prinzip der Trägervielfalt.

9. Bildung von Krankenhausverbänden erleichtern. Eine Stärke der katholischen Krankenhäuser ist, in Partnerschaften neue Wege zu gehen. An vielen Klinikstandorten werden daher Verbände gebildet. Dies bringt die Spezialisierung und die Bildung von Zentren voran. Doch verhindert die kartellrechtliche Praxis nicht nur den Zusammenschluss auch von freigemeinnützigen Kliniken, sondern ebenso bereits Leistungsabsprachen, die zu einer Spezialisierung an einem Verbundstandort führen sollen.

kkvd

## kkvd diskutierte mit Politikern über Pflegepersonalbemessung

Bei einem parlamentarischen Frühstück warben der kkvd, der Deutsche Pflegerat (DPR) und der Deutsche Caritasverband (DCV) in Berlin gemeinsam für ein neues Bemessungsinstrument für den Personalbedarf in der Pflege. Rund 40 Gäste waren der Einladung am 13. November 2019 gefolgt, darunter zahlreiche Abgeordnete des Deutschen Bundestages.

Zum Einstieg verwies Katrin Gerdsmeyer, Leiterin des Berliner Büros des DCV, auf die Tradition der Pflegeorden, aus der viele katholische Krankenhäuser hervorgegangen sind. Die angespannte Situation in der Pflege treibe heute alle um.

Franz Wagner, Präsident des DPR, mahnte eine schnelle Veränderung bei der Bemessung des Pflegepersonals an. Die Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) seien willkürlich gewählt. Daher arbeite der Pflegerat gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Gewerkschaft Verdi an einem Übergangsmodell, das bis zum Jahresende vorliegen soll.

Der Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Staatssekretär Andreas Westerfellhaus, verwies in seinem Bericht auf die Vorgeschichte der PPUG. Eine Ersatzvornahme durch das Bundesgesundheitsministerium sei notwendig gewesen,

da sich die Selbstverwaltung aus Leistungserbringern und Kostenträgern nicht habe einigen können. Klar sei, dass alle Stationen in einem Krankenhaus pflegesensitiv sind. Richtig sei auch, nun ein Modell zu entwickeln, das wissenschaftlich fundiert und evaluiert sei und Bestand habe. Der Vorschlag von DKG, DPR und Verdi werde daher im Ministerium mit großer Aufmerksamkeit erwartet. Kernproblem sei jedoch der Fachkräftemangel in der Pflege. Um diesen in den Griff zu bekommen, müssten Prozesse verändert, Interprofessionalität gefördert und die Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe neu justiert werden.

Ingo Morell, Geschäftsführer der Gemeinnützigen Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe (gfo) und stellvertretender kkvd-Vorsitzender, berichtete, er habe die PPUG zu Beginn aktiv mitgetragen. Allerdings sei die Diskussion über Untergrenzen gestartet, als es noch genügend Pflegekräfte gab. Nun herrsche Mangelverwaltung, so dass sich die PPUG ganz anders auswirkten. Aufgrund der realitätsfernen Ausgestaltung müssten bewährte Strukturen und interdisziplinäre Zusammenarbeit nun wieder aufgegeben werden. Durch die PPUG und die damit verbundenen Nachweispflichten würden immer kleinere Einheiten geschaffen und für sich betrachtet. Dies führe in der Praxis dazu, dass an einigen Stellen Überkapazitäten bestünden, während an anderen Stellen Personalnot herrsche. Man müsse davon wegkommen, die Personalbemessung statisch zu sehen. Es sei wichtig, Flexibilität zu erhalten, so der Appell Ingo Morells. »

Bild kkvd/Jens Jeske



Pflegedienstleiter Arne Evers gab beim parlamentarischen Frühstück Einblicke in seinen Alltag im Krankenhaus.

Marie Sohn, Stationsleiterin auf einer Demenzstation des Alexianer St. Hedwig-Krankenhauses in Berlin, betonte, dass ihr Pflegeteam aus vielen, oft unsichtbaren, Helfer(inne)n bestehe, die eine tolle Arbeit leisteten. Gerade Pflegehelfer(innen) mit langjähriger Erfahrung seien eine wichtige Stütze in der Praxis. Ein guter Skill-Grade-Mix sei wichtig im Team.

Als Pflegedienstleiter am St. Josef-Hospital in Wiesbaden unterstützte Arne Evers die Forderung nach einem guten Skill-Grade-Mix (s. Foto auf S. 5). Trotz Erfahrung und Kompetenz könnten durch die PPUG nun Pflegehelfer nicht mehr im Nachtdienst arbeiten. Die Pflege werde immer mehr zum Spielball. In der Praxis sei nicht ein Verhältnis Pflegekraft zu Patient von 1 : 10 oder 1 : 9 entscheidend. Es gehe vielmehr um die Schwere der Erkrankung und den damit verbundenen Pflegebedarf, der bei den Patienten sehr individuell sei. Aufgrund der Nachweis- und Dokumentationspflichten für die PPUG sitze er jetzt stundenlang vor Dienstplänen und Excel-Tabellen, beklagte Arne Evers. Diese Zeit fehle ihm, um für eine Entlastung der Pflegekräfte zu sorgen.

### Der tatsächliche Pflegebedarf muss über den Personalbedarf bestimmen

Per Video von der Universität Tübingen zugeschaltet, stellte schließlich Patrick Jahn, stellvertretender Direktor des dortigen Instituts für Gesundheitswissenschaften, die Vorteile einer einheitlichen Personalbedarfsbemessung vor. Mit einem wissenschaftlich fundierten Instrument würden nicht Untergrenzen definiert, sondern werde der Personalbedarf anhand des Pflegebedarfs der Patienten ermittelt, so der Professor. Dies verhindere auch eine schleichende Anpassung des Pflegepersonalniveaus an statistische Minimalvorgaben.

Derzeit befinde sich das Übergangsmodell, das Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Deutscher Pflegerat (DPR) und die Dienstleistungsgewerkschaft Verdi entwickeln, im Pre-Test. Grundlage sei die Pflegepersonal-Regelung (PPR), die weiterentwickelt wird. Der Pre-Test werde im Dezember abgeschlossen sein. Dann solle das Modell öffentlich vorgestellt werden.

Zum Abschluss bedankte sich Bernadette Rümmelin, Geschäftsführerin (Sprecherin) des kkvd, bei allen Referent(inn)en und den anwesenden Gästen. Sie gab ihnen mit auf den Weg, es sei wichtig, auch die Stimmen der Pflegekräfte bei der Personalbemessung zu hören. Sie hoffe, dass die Veranstaltung einen weiteren Beitrag leisten konnte, um zügig ein einheitliches Pflegepersonalbemessungsinstrument auf den Weg zu bringen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Pflegerat und Verdi haben ihren Vorschlag für ein vorläufiges Bemessungsinstrument mittlerweile dem Bundesgesundheitsministerium übergeben und der Öffentlichkeit vorgestellt. Es trägt den Titel „Pflegepersonalrichtlinie 2.0“. Mehr Informationen dazu gibt es unter: [www.dkgv.de/themen/personal-weiterbildung/ppr-20](http://www.dkgv.de/themen/personal-weiterbildung/ppr-20) hm

### Thema

## Fachtag gab Ausblick auf die politische Agenda im Jahr 2020

„Praxis-Check Krankenhauspolitik. Welches Krankenhaus hat Zukunft?“ – darüber diskutierten am 11. Dezember 2019 die 130 Teilnehmenden des kkvd-Fachtags in Berlin. Joachim Becker, Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), gab einen Ausblick auf die 2020 geplanten Gesetzesinitiativen. Das von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat und Verdi entwickelte Instrument zur Pflegepersonalbemessung werde das BMG ernsthaft prüfen und gegebenenfalls in die weitere Entwicklung einspeisen. Der Arbeitsentwurf zur Reform der ambulanten Notfallversorgung werde aktuell überarbeitet und voraussichtlich im Januar erneut in die Diskussion gegeben. Es seien Kompromisse notwendig, und die ambulanten Notfallstrukturen sollten für alle auskömmlich finanziert sein, so Joachim Becker. Zudem wies er darauf hin, dass es im Jahr 2020 einen Gesetzentwurf zur sektorenübergreifenden Versorgung geben solle. Dieser werde auf den 2019 erarbeiteten Eckpunkten der Bund-Länder-AG basieren. Es werde damit möglicherweise mehr Aufgaben für Krankenhäuser in der ambulanten Versorgung geben, so Becker. Ein neuer ambulant-stationärer Sektor könne große Chancen für die Kliniken bringen. Außerdem seien 2020 Initiativen zur Qualität in der stationären Versorgung, zum Bürokratieabbau, zur Digitalisierung sowie zur Förderung der stationären Behandlung von Kindern und der Geburtshilfe geplant.

Boris Augurzky, Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ am RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung in Essen, sprach sich dafür aus, bei der Reform der Krankenhauslandschaft eher nach Sachsen als nach Dänemark zu schauen. Denn die deutsche Krankenhauslandschaft in „dänische Strukturen“ zu überführen, werde mindestens 80 Milliarden Euro kosten, ohne Berücksichtigung des steigenden Baukostenindex. Sinnvoller sei, die Entwicklungen in Sachsen zum Vorbild zu nehmen. Für einen solchen Umbau seien zwölf Milliarden Euro erforderlich.

Bild kkvd/Jens Jeske



Modelle diskutiert: Zahlreiche Wortmeldungen aus dem Plenum zeigten, wie stark die Themen des Fachtags die Teilnehmenden bewegten.

In engagierten Diskussionen mit den Referenten wurde unter anderem herausgestrichen, dass die politisch gewollte Bildung von Zentren oft an kartellrechtlichen Schranken scheiterte. Die Teilnehmer(innen) mahnten an, die politisch Verantwortlichen müssten die Umsetzbarkeit ihrer gesetzlichen Vorgaben im Auge behalten. Boris Augurzky zeigte auf, dass in den Krankenhäusern sowohl die Fallzahlen als auch die Betriebsergebnisse rückläufig seien. In Zukunft werde es weniger, dafür größere Standorte geben müssen. Die Verbundbildung habe in den letzten fünf Jahren deutlich an Dynamik gewonnen. Der Wissenschaftler sprach sich für Versorgungs- und Vergütungsmodelle aus, die unternehmerische Freiheit zulassen und weniger Restriktionen beinhalten. Es brauche außerdem mehr Verantwortung für die regionale Ebene und eine Änderung bei den Fusionskontrollverfahren.

Michael Steiner vom Gesundheitsdepartement Basel und Thomas Rudin, Direktor des Bethesda Spitals Basel, gaben schließlich Einblicke in das Schweizer Modell der Krankenhausplanung. Das Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen empfiehlt aktuell, die Krankenhausplanung künftig an diesem Modell zu orientieren (vgl. *kkvd-aktuell* 3/2019, S. 6 ff.). In den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land wird eine leistungsorientierte Spitalplanung umgesetzt. Der „Regulator“ schreibt Leistungspakete nach Leistungsgruppen aus, an die jeweils Strukturanforderungen gekoppelt sind. Spitäler können sich bewerben und fehlende Strukturen durch Kooperationen mit anderen Spitälern ausgleichen. Die Verträge mit den Spitälern werden für vier Jahre geschlossen.

## kkvd-Sozialpreis für patientengerechte Digitalisierung überreicht

Am frühen Nachmittag des Fachtags wurde der *kkvd*-Sozialpreis verliehen (s. Titelbild). Er stand 2019 unter dem Motto „katholisch. menschlich. digital.“ Die Schirmherrschaft hatten Staatsministerin Dorothee Bär, Beauftragte der Bundesregierung für Digitalisierung, und Caritas-Präsident Peter Neher, der bei der Veranstaltung von DCV-Vorstand Eva M. Welskop-Deffaa vertreten wurde. Stellvertretend für die Jury nahm der Essener Bischof Franz-Josef Overbeck teil. In ihrer Einführung betonte Dorothee Bär, wie wichtig konkrete Digitalisierungsprojekte seien, die wirkten und von den Nutzer(inne)n zuallererst als alltagserleichternd und nicht „als Digitalisierungsprojekt“ wahrgenommen würden. So könnten Zukunftsängste genommen und Vertrauen in moderne Entwicklungen geschaffen werden.

Den *kkvd*-Sozialpreis erhielten in diesem Jahr die Alexianer St. Hedwig-Kliniken in Berlin für ihr digitales Demenzprojekt. Mit Hilfe digitaler Anwendungen werden kognitive Einschränkungen schon bei der Aufnahme von Patient(innen) erkannt und im Krankenhaus-Informationssystem (KIS) vermerkt. Demenziell erkrankte Patienten können so während des gesamten Aufenthalts in allen Bereichen des Krankenhauses gezielt betreut werden.

Einen Sonderpreis bekam das unter Federführung des Caritasverbandes im Erzbistum Köln entwickelte Projekt „Let’s guide“ (vgl. *kkvd-aktuell* 3/2019, S. 10 f.). Es handelt sich dabei um eine von gemeinnützigen Leistungserbringern aufgebaute Patientenakte in Form einer App als Alternative zu kommerziellen Angeboten. Das Projektteam erhielt außerdem vom Health Innovation Hub des Bundesgesundheitsministeriums die Einladung zu einem eintägigen Workshop in Berlin.

Am Nachmittag wurde die Zukunft der Pflege diskutiert. Andrea Lemke, Vorstandsmitglied des Deutschen Pflegerates, mahnte ein praxistaugliches Bemessungsinstrument für das Pflegepersonal an. Noch sei offen, wie das BMG mit dem Vorschlag von Deutschem Pflegerat, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und Verdi für ein Pflegepersonalbemessungsverfahren umgehen werde.

Gerrit Krause, Leiter des Referats Pflege- und Prozessmanagement bei der Alexianer GmbH, Münster, legte dar, eine Personal- und Pflegestrategie sei langfristig zu verfolgen. Den Kurs zu halten sei wichtig, auch wenn sich Hindernisse, wie ministeriale Verordnungen, in den Weg stellen. Mit dem Kompetenzstufenmodell der Alexianer werde die Idee lebenslangen Lernens und persönlicher Weiterentwicklung umgesetzt. Technisch unterstützt werde dies mit einem „Pflegecockpit“, in dem alle relevanten Daten zu Patienten, Personal, Pflegeleistungen und Finanzen zusammengeführt würden.

Zum Abschluss fand ein Dialog mit Pflege-Auszubildenden des EVV St. Joseph-Krankenhauses in Berlin-Tempelhof statt. Sie berich-

Bild *kkvd*/Jens Jeske



Praxiserfahrungen erfragt: *kkvd*-Geschäftsführerin Bernadette Rummelin (li.) im Dialog mit Berliner Pflege-Auszubildenden.

teten, dass sie sich bewusst für eine Ausbildung in der Pflege und gegen ein Medizinstudium entschieden hätten. In der Pflege sähen sie mehr Potenzial, Menschen zu begleiten und ihnen weiterzuhelfen. Während sie die theoretische Ausbildung darin bestätigte, vermissten sie in den Praxiseinsätzen ein Setting, das die Umsetzung des Gelernten ermögliche. Zurückzuführen sei dies insbesondere darauf, dass pflegeunterstützende Technik fehle. Auch fehlten Strukturen, wie sie aus dem europäischen Ausland bekannt seien, in denen Pflegekräfte Tätigkeiten ausführen, die in Deutschland Ärzt(innen) vorbehalten sind. **hm**



## Netzwerktreffen Kommunikation bot Erfahrungsaustausch

Neben dem kkvd-Fachtag fand am 10./11. Dezember 2019 in Berlin auch das diesjährige Netzwerktreffen für Kommunikations-expert(inn)en kirchlicher Krankenhäuser statt. Bislang war dieses Treffen unter dem Dach der Christlichen Krankenhäuser in Deutschland (CKiD) organisiert gewesen. In Absprache mit dem Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV) wird es nun ab 2019 als kkvd-Netzwerktreffen weitergeführt. Vertreter(innen) evangelischer Häuser sind auch künftig herzlich willkommen.

Im Dezember nutzten 30 Teilnehmer(innen) die Möglichkeit zum Kennenlernen und zum Erfahrungsaustausch. Der erste Teil des Tref-

Bilder kkvd/Jens Jeske



Christoph Leiden, Leiter Unternehmenskommunikation der Kölner Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria, in der Diskussion.



Brigitte Jochum, Leiterin Unternehmenskommunikation der Alexianer St. Hedwig-Kliniken Berlin, im lebhaften Erfahrungsaustausch.

fens fand bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) statt. Deren Leiter der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Joachim Odenbach, und die Chefredakteurin des Magazins „das Krankenhaus“, Katrin Rüter de Escobar, berichteten aus ihrer Arbeit und über die aktuell in Berlin diskutierten Themen. Rüter de Escobar ermutigte zudem dazu, Vorschläge für Fachartikel und Meldungen an ihre Redaktion zu schicken.

Um das Thema Krisenkommunikation ging es dann bei Erfahrungsberichten von Heribert Frieling (Marienhaus Unternehmensgruppe) und Peter Schmitz (Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf). Unter dem ebenso buchstäblich wie im übertragenen Sinne gemeinten Titel „Was tun, wenn es brennt“ schilderten sie eigene Erfahrungen mit Bränden in stationären Einrichtungen und die Anforderungen an eine gute Kommunikation in solchen Krisen. Die beiden Referenten empfahlen, auch ohne akuten Anlass Kontakte zur örtlichen Polizei und Feuerwehr aufzubauen und sich im Krisenfall mit deren Pressesprecher(inne)n eng abzustimmen. Wichtig sei zudem, die Kommunikation im Krisenfall transparent und anhand gesicherter Fakten zu führen. In der anschließenden Diskussion zeigte sich, dass in vielen Kliniken bereits standardisierte Leitfäden für Krisenfälle bestehen.

### Aktuelle Kampagne vermittelt öffentlich Dank an Pflegekräfte

Anschließend stellte Winfried Behler (St. Franziskus-Stiftung Münster) eine Instagram-Kampagne mit dem Titel #dankeuch vor. Ziel der Kampagne war, den Pflegekräften in den Einrichtungen der St. Franziskus-Stiftung für ihre Arbeit Danke zu sagen. Genutzt wurden neben Social-Media-Kanälen auch Anstecker, Plakate, kurze Videobotschaften und auch zu „Dankstellen“ umfunktionierte Orte in den Einrichtungen. Der Austausch über diese Kampagne zeigte, wie wichtige eine gute Planung, eine Kampagnen-Dramaturgie und konkrete Redaktionspläne bei der Umsetzung sind.

Der zweite Tag sollte eigentlich mit einem Besuch im „Neuigkeiten-Zimmer“ (Newsroom) des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur beginnen. Leider wurde dieser Termin vom Ministerium sehr kurzfristig abgesagt. Danach standen die Vorträge des kkvd-Fachtags auf dem Programm und zur Mittagszeit die feierliche Verleihung des kkvd-Sozialpreises mit der Digitalisierungsbeauftragten der Bundesregierung, Staatsministerin Dorothee Bär, sowie Bischof Franz-Josef Overbeck aus Essen (s. S. 7).

Bereits am Vortag war den Teilnehmenden die neue kkvd-Kampagne „Vielfalt ist gesund“ vorgestellt worden (s. S. 9). In einem Workshop am Nachmittag wurden schließlich noch Ideen gesammelt, wie diese Kampagne vor Ort in den Kliniken umgesetzt werden kann.

Auch im Jahr 2020 soll wieder ein kkvd-Netzwerktreffen Kommunikation stattfinden. Als Termin ist der 6./7. Oktober 2020 in Berlin vorgesehen, parallel zur CKiD-Jahrestagung.

Mehr Informationen gibt es bei der Pressestelle des kkvd, E-Mail: [presse.kkvd@caritas.de](mailto:presse.kkvd@caritas.de) hm





**Aktuell**

**kkvd-Kampagne „Vielfalt ist gesund“ sucht Mitmacher**

Wir leben in einer immer komplexeren Welt. Jeden Tag gibt es neue Veränderungen, die viele Menschen verunsichern. Doch wenn diffuse Ängste dazu führen, Menschen fremder Kulturen, anderer Hautfarbe, Religion oder sozialer Schicht auszugrenzen, schwindet der Zusammenhalt. Unsere Gesellschaft braucht Vielfalt, denn Vielfalt ist gesund. In katholischen Krankenhäusern ist sie gelebter Alltag. Alle Menschen sind hier willkommen, wie sie sind – unabhängig von ihrer Herkunft, ihrem Geschlecht, ihrem Lebensmodell oder ihrem Glauben. Die katholischen Kliniken sind verlässliche Anlaufstellen für die Menschen vor Ort. Sie sind da, wenn Hilfe gefragt ist. Dort arbeiten Menschen aller Professionen zusammen, um anderen zu helfen.

Das Gebot der Nächstenliebe ist das Fundament unserer Arbeit. Aufeinander zugehen, zuhören und füreinander sorgen sind gelebter Ausdruck unserer christlichen Haltung. Mit der kkvd-Kampagne „Vielfalt ist gesund“ leisten katholische Krankenhäuser einen Beitrag zur gesellschaftlichen Debatte darüber, wie wir miteinander leben wollen. Mit der Image-Kampagne möchte der kkvd zugleich das Profil der katholischen Krankenhäuser in der Öffentlichkeit schärfen und zeigen, wie Vielfalt den Alltag in unseren Kliniken prägt und bereichert. Die Initiative für die Kampagne ging vom Fachausschuss Öffentlichkeitsarbeit des kkvd aus.

Den Geschäftsleitungen und Unternehmenskommunikationen der kkvd-Mitgliedseinrichtungen ist Ende Januar ein Starterpaket mit Materialien zugegangen. Darin enthalten sind Plakate der vier Dachmotive (s. Fotos auf dieser und der Folgeseite) im Format A2 – im Oktober 2019 mit Mitarbeitenden aus kkvd-Mitgliedseinrichtungen aufgenommen – sowie Muster für Tischaufsteller, die beispielsweise in Kantinen eingesetzt werden können.

Außerdem wurde ein digitales Kampagnenset verschickt, mit dem ein Kampagnenhandbuch, offene Dateien der Dachplakate als Vorlagen sowie Aktionstipps für Social-Media-Kanäle heruntergeladen werden können. Jetzt heißt es mitmachen: Einrichtungen können eigene Aktionen planen oder Plakate mit ihren Logos und Mitarbeiter(inne)n individualisieren. Auf [www.vielfalt-ist-gesund.de](http://www.vielfalt-ist-gesund.de) gibt es zudem ein Online-„Mix-Max“-Tool, bei dem jede und jeder ein Foto hochladen und so ganz direkt für Vielfalt Gesicht zeigen kann. »



Maryam Balke  
Oberärztin

Yvonne Baumeister  
Assistenzärztin

**Vielfalt ist gesund!**  
Zusammen können wir mehr

Bei uns sind alle Menschen willkommen, so wie sie sind!  
#vielfaltistgesund

Wir sind dabei –  
ihre katholischen Krankenhäuser:

Logo 1    Logo 2

Eine Initiative von:  
Katholischer Krankenhausverband  
Deutschlands e.V.  
**kkvd.**

www.vielfalt-ist-gesund.de

Sadullah Abdullah  
Stv. Pflegedirektor

Weitere Infos zur Kampagne erhalten Sie in der kkvd-Geschäftsstelle, Kontakt: Michael Kretschmer, Tel. 0 30/240 83 68 12, E-Mail: michael.kretschmer@caritas.de

## Digitales Caritas-Digitaltag 2020

Als Teil der Initiative „Digital für alle“ setzt sich der Deutsche Caritasverband (DCV) mit über 20 weiteren Organisationen dafür ein, digitale Teilhabe in Deutschland zu fördern. Dazu hat das breite gesellschaftliche Bündnis einen bundesweiten Digitaltag ins Leben gerufen, der am 19. Juni 2020 zum ersten Mal stattfinden wird. Er soll die unterschiedlichen Aspekte der Digitalisierung beleuchten. Ihre Chancen und Herausforderungen werden die Teilnehmenden diskutieren. Durch zahlreiche lokal organisierte Veranstaltungen und Aktivitäten wird Digitalisierung alltagsnah erlebbar und damit verständlich gemacht werden.

Digitalisierung lebt vom Mitmachen. Daher rufen DCV und kkvd dazu auf, sich mit eigenen Formaten aktiv am Digitaltag 2020 zu beteiligen. Bei der Organisation von Veranstaltungen oder Aktivitäten sind der Kreativität keine Grenzen gesetzt. Öffentliche Vorträge, Diskussionen oder Workshops sind ebenso denkbar wie die Vorführung digitaler Technologien in Vereinen, Behörden und Unternehmen.

Mehr Informationen und Anregungen finden sich auf der Website [www.digitaltag.eu](http://www.digitaltag.eu) hm

Nontsyo Oweidi  
Ärztlicher Dienst

Johannes Brandt  
Notfallambulanz

**Vielfalt ist gesund!**  
Zusammen können wir mehr

Bei uns sind alle Menschen willkommen, so wie sie sind!  
#vielfaltistgesund

Wir sind dabei –  
ihre katholischen Krankenhäuser:

Logo 1    Logo 2

Eine Initiative von:  
Katholischer Krankenhausverband  
Deutschlands e.V.  
**kkvd.**

www.vielfalt-ist-gesund.de

Yvonne Henn  
Produktions  
Leiterin Technik

## CKiD-JAHRESTAGUNG 2020

Ethische Fragen der Digitalisierung stehen im Fokus der diesjährigen Tagung der Initiative Christliche Krankenhäuser in Deutschland (CKiD). Die Veranstaltung findet am 7. Oktober 2020 in Berlin statt, sie wird gemeinsam vom Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV) und dem Katholischen Krankenhausverband Deutschlands (kkvd) organisiert. Mehr Informationen erhältlich per E-Mail an: [kkvd@caritas.de](mailto:kkvd@caritas.de)

DEKV Diakonie

Caritas

Christliche Krankenhäuser  
in Deutschland  
Zukunftswelt menschlich.

Die Fachverbände von Caritas und Diakonie

## Effizientere Digitalisierung: dht bringt gemeinwohlorientierte Kliniken zusammen

Vor einiger Zeit wurde im kkvd-Vorstand diskutiert, wie gemeinwohlorientierte Krankenhäuser dabei unterstützt werden können, sinnvolle digitale Innovationen zu erkennen und in die Anwendung zu bringen. Das Ergebnis ist die Gründung der „digital health transformation eG“ (dht) mit Sitz in Berlin. Die eingetragene Genossenschaft will freigemeinnützige und öffentliche Krankenhäuser zusammenbringen, die gemeinsam unternehmerisch die Herausforderungen der Digitalisierung angehen. Denn gerade sie sind darauf angewiesen, ihre finanziellen und personellen Ressourcen effizient zu nutzen. Durch die gemeinsame Initiative soll verdeutlicht werden: Sich der digitalen Transformation zu stellen ist keine Frage des strategischen Vorteils einer einzelnen Klinik, sondern eine Aufgabe der allgemeinen Zukunftssicherung.

Ziel der dht ist es, sinnvolle digitale Innovationen zu identifizieren und gemeinsam mit ausgewählten nationalen und internationalen Partnern aus Industrie und Wissenschaft umzusetzen. Besonders im Blick sind dabei Innovationen entlang der klinischen Wertschöpfungskette, die das Potenzial haben, die Qualität und Effizienz der Versorgung nachhaltig zu verbessern. Die dht kann außerdem als gemeinsamer Risikokapitalgeber tätig werden oder sich aktiv an Forschungs- und Entwicklungsprojekten beteiligen.

### Geschäftsstelle in Berlin

In Berlin wird derzeit ein schlankes Team aufgebaut, das die Geschäfte der dht führt. Vorstandsvorsitzender (CEO) der dht ist Jared Sebhathu, der zuletzt die Unternehmensentwicklung der Digitalisierungssparte eines großen privaten Klinikkonzerns leitete. Davor hat er bei

internationalen Unternehmen in der Gesundheitswirtschaft gearbeitet und sich eine umfassende Expertise zum Innovationsprozess und zur Geschäftsmodellentwicklung in der digitalen Gesundheitsversorgung angeeignet.

Wer sich beteiligt, ist Teil eines Netzwerks, in dem neue Ideen entwickelt und erprobt werden. Die dht legt Wert darauf, dass Partner praxisnah arbeiten und die Projekte

zuvor intensiv validiert wurden. Gründungsmitglieder der Genossenschaft sind die Alexianer GmbH, die BBT-Gruppe und das St. Josefs-Hospital Wiesbaden. Nun möchte die dht möglichst viele weitere gemeinwohlorientierte Kliniken für die Genossenschaft gewinnen.

Interessierte können sich gerne bei der dht-Geschäftsstelle in Berlin melden, Kontakt: Jared Sebhathu, E-Mail: [jared.sebhathu@digital-health-transformation.de](mailto:jared.sebhathu@digital-health-transformation.de)

dht

## Weltweit erstes KI-System in der Endoskopie ist in Regensburg im Einsatz

Künstliche Intelligenz (KI) kann und soll die Medizin revolutionieren – oder zumindest unterstützen. Was die einen durchaus kritisch sehen und dabei den fehlenden Faktor „Mensch“ als empathischen Sparringspartner bemängeln, bewerten andere als folgerichtig, um den IT-Fortschritt in der Medizin sinnvoll für Patienten zu nutzen.

Einer von ihnen ist Oliver Pech, Chefarzt der Klinik für Gastroenterologie und interventionelle Endoskopie am Krankenhaus Barmherzige Brüder in Regensburg. Der Hochschullehrer ist unter anderem Experte im Bereich der Koloskopie (Darmspiegelung) und nutzt bei seinen Untersuchungen ein neuartiges KI-System. Das interessante Detail: Er ist weltweit der Erste, der das System tatsächlich im Klinikalltag einsetzt.

Bei der herkömmlichen Darmspiegelung überträgt das flexible Koloskop Bilder von der Darminnenwand auf einen Monitor. Dort erkennt die untersuchende Ärztin oder der Arzt problematische Stellen, um sie dann genauer zu betrachten und im Zweifelsfall zu entfernen. Entscheidende Faktoren sind hierbei die Erfahrung des Mediziners, ein gutes Auge und hohe Aufmerksamkeit. Doch die Übersehensrate liegt auch bei ausgewiesenen Expertinnen und Experten immer noch bei bis zu 20 Prozent, da das menschliche Auge nicht alles erkennen und nur eine begrenzte Datenmenge verarbeiten kann.

Hier kommt die Künstliche Intelligenz ins Spiel. „Die KI sieht einfach mehr“, bestätigt Oliver Pech. „Letztendlich nutzen wir mit dem KI-System ein unglaublich aufmerksames und gutes zusätzliches Auge, das niemals müde ist und Dinge erkennt, die auch geübte Mediziner übersehen können.“ Mit einer Zuverlässigkeit von über



Oliver Pech bei einer KI-gestützten Koloskopie.

Bild Julia Gergovich

90 Prozent markiert das KI-System auf dem Monitor Stellen in der Darmwand, die problematisch sein könnten.

Für die Patient(inn)en hat sich weder an den eingesetzten Instrumenten noch am Ablauf der Koloskopie etwas verändert – es ist lediglich ein eher unauffälliges Gerät zwischengeschaltet, in dem das „künstliche Auge“ Daten verarbeitet und auswertet.

Mehr Informationen: [www.barmherzige-regensburg.de](http://www.barmherzige-regensburg.de)



## NACHGEDACHT



**Hans-Joachim Pott**

*engagiert sich als  
Kommunionshelfer,  
Lektor und Mess-  
diener im Kranken-  
haus in Coesfeld*

### Sei gesegnet – und sende Segen

Nach den Wirren des Turmbaus zu Babylon wurde Abraham von Gott gerufen, und ihm wurde die Verheißung gegeben: Ich werde dich segnen. Das reichte Abraham. Er glaubte

„Im Namen des Vaters und des Sohnes und des Heiligen Geistes“ das kürzeste und umfassendste Gebet. Im Kreuzzeichen stellen wir uns aktiv und auch ganz aktuell unter den Schutz des dreifaltigen Gottes. Einen besseren Schutz kann ich mir nicht vorstellen.

Darum gehört Segnen immer dazu. Ich bin davon überzeugt, dass sich segnen und besonders gesegnet zu werden in jeder Situation hilft.

Hans-Joachim Pott

te und zog fort, ohne zu wissen, wann und wo er ankommt.

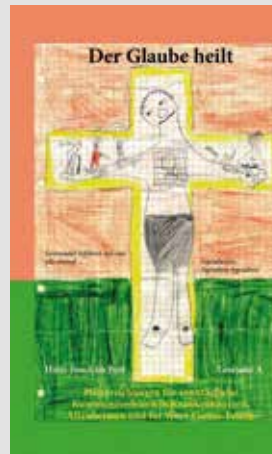
Was bedeutet uns heute der Segen? Ist er noch Bestandteil unseres täglichen Lebens? Segnen wir uns selbst, segnen wir andere? Verbannen wir den Segen in die Kirche, weil dort ein Priester segnet? Viele wichtige Fragen, aber im Grunde gibt es nur eine Antwort: Jeder getaufte Christ kann segnen, und Segen spenden ist immer möglich und wichtig.

Segnen hat viele Bedeutungen. Das Wort kommt vom lateinischen signare, mit dem Zeichen versehen. Man kann das auch so sagen: Segnen heißt, Gott zu bitten, auf den Gesegneten ganz besonders achtzugeben.

Damit kann der Segen Bestandteil, nicht Routine, des täglichen Lebens werden, denn jeder und nicht zuletzt wir selbst möchten von Gott behütet werden. Vielleicht fällt es manchem von uns schwer, jemanden zu segnen. Man muss ja nicht immer theologisch ausformulierte Segenswünsche parat haben. Es reicht schon, dem zu Segnenden das Kreuzzeichen auf die Stirn zu machen, das Siegeszeichen! Das ist nicht schwer. Versuchen Sie es mal, wenn es noch nicht die Regel bei Ihnen ist, bei Ihrem Partner, Ihrem Kind oder Enkel. Vielleicht ernten Sie zunächst Erstaunen, aber dann folgt normalerweise immer Dank, zumindest aus den Augen.

Gott verspricht uns, wenn wir segnen, auch uns zu segnen. Er hält sein Versprechen. Segen ist auch Gebet. Im Grund ist das Kreuz-

### BUCHTIPP



Dieser Text von Hans-Joachim Pott, Jahrgang 1944, stammt aus der neu erschienenen Handreichung für sonntägliche Kommunionfeiern in Krankenhäusern, Altenheimen und für Wort-Gottes-Feiern: Pott, Hans-Joachim: Der Glaube heilt. Longinus Verlag, 236 S., 18 Euro, ISBN 978-3-945113-35-6 (das vorliegende „Lesejahr A“ wird noch um B und C ergänzt werden).

## IMPRESSUM

[www.kkvd.de](http://www.kkvd.de)

Herausgegeben vom Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e. V. (kkvd)  
Große Hamburger Straße 5, 10115 Berlin, Tel. 0 30/2 40 83 68-11

Redaktion: Bernadette Rümmelin (rü) (Sprecherin der Geschäftsführung; verantwortlich), Thomas Vorkamp (vo) (Geschäftsführer; verantwortlich), Herbert Möller (hm), Klemens Bögner (neue caritas)

Redaktionsbeirat: Birgit Trockel (bt), Karoline Körber (kk), Michael Kretschmer (mk)

Redaktionssekretariat: Christiane Heise, Tel. 0 30/2 40 83 68-11, Fax: 0 30/2 40 83 68-22, E-Mail: [kkvd-aktuell@caritas.de](mailto:kkvd-aktuell@caritas.de)

Vertrieb: Rupert Weber, Tel. 07 61/2 00-4 20

Titelbild: [kkvd](http://www.kkvd.de)/Jens Jeske

Nachdruck und elektronische Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung. ISSN 2190-4448.



**kkvd**

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.