



GESUNDHEITS PERSPEKTIVEN

Ein Podcast der berliner wirtschaftsgespräche e.v.



Krankenhausmarkt Berlin-Brandenburg

Andrea Grebe & Ursula Nonnemacher



Realisiert mit freundlicher Unterstützung durch:



Krankenhausmarkt Berlin-Brandenburg

Andrea Grebe & Ursula Nonnemacher

Gesundheitsperspektiven | Episode 2

Transkription

Moderation: Dr. Patricia Ex | Aufnahme: 21. August 2020

Einführung durch die Moderatorin

Herzlich willkommen zum Podcast Gesundheitsperspektiven. Wir sitzen hier bei der AOK Nordost über den Dächern von Berlin-Kreuzberg, und mir gegenüber sitzen zwei Frauen, die das Gesundheitswesen ganz aktiv mitgestalten und die Fäden in der Hand halten. Das ist einmal Frau Ursula Nonnemacher, Ministerin für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, und Dr. Andrea Grebe, Vorsitzende der Geschäftsführung des Krankenhauskonzerns Vivantes. Mein Name ist Patricia Ex, ich bin Geschäftsführerin des Bundesverbands Managed Care. Wir sind hier auf Einladung der Berliner Wirtschaftsgespräche, die diesen Podcast ins Leben gerufen haben und jetzt hier schon für die zweite Folge, und wollen uns heute ganz spezifisch um Krankenhäuser kümmern, diskutieren, die Digitalisierung natürlich thematisieren, die in den Krankenhäusern schon seit vielen Jahren vorangetrieben wird, aber wo auch noch einiges zu tun ist sowohl auf der Krankenhaus- als auch auf der politischen Ebene. Und eben aber auch diese ganze Frage: Wie muss man eigentlich so einen Krankenhausmarkt planen, steuern? Wo gehen Patienten eigentlich hin? Und dafür haben wir jetzt hier eine Stunde Zeit.



Ich freue mich sehr, dass Sie beide da sind.

Ursula Nonnemacher (UN): Vielen Dank.

Vielleicht darf ich mit Frau Dr. Grebe anfangen. Frau Grebe, wie stellen Sie sich ein Krankenhaus der Zukunft vor?

Andrea Grebe (AG): Also Sie haben ja schon einen ganz wichtigen Punkt, die Digitalisierung, digitale Infrastruktur genannt. Für mich ist das aber eigentlich im Gesamtkontext auch ein Schlagwort digitaler Transformation. Mir ist es ganz wichtig: Menschen machen erst mal ein Krankenhaus, die Pflegenden, Ärzte, diejenigen, die reinigen, Speiseversorgung

Verwaltungstätigkeiten machen. Das ist der Kernpunkt. Aber das Thema Digitalisierung, auch in anderen Bereichen haben wir das ja gerade in der jüngsten Zeit gesehen, ist, denke ich, überall. Ich kenne nur ganz, ganz wenige Krankenhäuser, wo man sagen kann: Ja, da ist vielleicht wirklich kein Stück Papier mehr unterwegs. Ich bin schon auch stolz darauf zusammen mit meinen Kolleginnen und Kollegen, dass wir bei Vivantes mit einer sehr früh gesetzten klaren Agenda und auch einer digitalen Strategie schon jetzt seit mehreren Jahren dabei sind. Sowas geht nicht von heute auf morgen. Und auch in Richtung auf was jetzt alles neu kommt, denke ich, sind wir ganz gut vorbereitet. Aber bei uns gibt es noch eine Menge Papier.

UN: Die Frage das ideale Krankenhaus, das Krankenhaus der Zukunft, das ist natürlich ein sehr vielschichtiges Ansinnen. Also ich wünsche mir erst mal, dass das Krankenhaus Patienten- und Patientinnen-zentriert ist, dass also die Patienten im Mittelpunkt stehen, im Mittelpunkt des Interesses, und dass die Versorgung dieser Patienten das Hauptanliegen ist. Aber natürlich, Frau Dr. Grebe hat es auch angesprochen, müssen sich auch die Mitarbeitenden auf jeder Ebene dort wohlfühlen, dass sie gerne dort arbeiten, dass sie nicht vorzeitig erschöpft und frustriert aus dem Beruf aussteigen. Das ist ja ein häufig zu beobachtendes Phänomen, dass wir unsere Pflegenden, gerade die Krankenschwestern, dann mit der Zeit verlieren. Ich denke also auch, die Bedürfnisse der Mitarbeitenden auf allen Ebenen dort gut zum Tragen kommen müssen, dass man dort gerne arbeitet, dass man sich nicht in einer überbordenden Hierarchie wiederfindet, sondern selber mitgestalten kann. Ich denke, das schafft viel Arbeitszufriedenheit – ganz wichtig auch, wenn wir über Fachkräftemangel reden. Dann wünsche ich mir natürlich als eine Ministerin von Bündnis 90/Die Grünen auch ein grünes Krankenhaus, was entsprechenden Klimaschutz betreibt. Gerade die Frage Abfallwirtschaft, Energieversorgung in einem Krankenhaus ist ja auch nicht unwichtig. Also da, denke ich, hat die Zukunft noch viel zu bieten. Und Digitalisierung ist angesprochen worden.

Das ist sicher ein ganz, ganz wichtiges Feld.

Sie haben, die Legislatur ist ja jetzt November 2019, im Koalitionsvertrag auch einige Aspekte, um das Gesundheitssystem der Zukunft weiterzuentwickeln. Wollen Sie da mal ein, zwei Ihrer Lieblingsprojekte oder Lieblingsziele vorstellen?

UN: Na ja, wir haben uns vereinbart, dass wir als großes Flächenland, Brandenburg ist ja das fünftgrößte Flächenland in der Bundesrepublik, allerdings an manchen Stellen sehr spärlich besiedelt, dass wir sozusagen uns zu unseren Krankenhausstandorten bekennen. 54 Krankenhäuser in einem großen Land. Also wir gehören, glaube ich, nicht zu den Regionen in Deutschland, wo alle 400 Meter irgendein Krankenhaus steht, sondern da hat auch schon in den 90er-Jahren sehr viel Bereinigung stattgefunden.

Aber wir haben natürlich gesagt, es muss nicht jeder Standort so bleiben, wie er heute ist. Wir müssen uns den

Herausforderungen, gerade den sehr erheblichen Herausforderungen des demographischen Wandels stellen. Brandenburgs ist ja mit Mecklenburg-Vorpommern ein Land mit einer betagten Bevölkerung. Da müssen wir auch umsteuern. Und, wie gesagt, nicht jeder Standort wird so bleiben können, wie er ist. Wir haben diesen Umbau auch zu ambulanten stationären Zentren im Blick, gerade in ländlichen Regionen mit alternder Bevölkerung, mit abnehmenden Bevölkerungszahlen, dass wir dort sagen: Wir müssen die Vernetzung zwischen den beiden Sektoren noch viel, viel besser hinkriegen, und wir müssen umbauen und dort andere Versorgungsangebote machen. Da haben wir dieses berühmte Flaggschiff, sage ich mal, das Projekt in Templin, was seit einigen Jahren läuft mit Ärztenetzen, jetzt auch mit großen Umbauten, mit pädiatrischem Zentrum. Das verfolgen wir sehr intensiv und soll natürlich auch als Blaupause für andere Regionen gelten. Aber die Einzelheiten der Umsetzung in die Regelversorgung sind anspruchsvoll. Daran arbeiten wir gemeinsam mit den Kassen und gemeinsam mit unseren Partnern und Partnerinnen.

Also ich wünsche mir erst mal, dass das Krankenhaus Patienten- und Patientinnen-zentriert ist

Ursula Nonnemacher

Gerade dieses Thema wie baut man ein Krankenhaus um, nicht so sehr von stationär zu ambulant, aber eben auch als Krankenhaus, ist ja irgendwie die Geschichte von Vivantes. Ursprünglich entstanden als Konsolidierung von neun einzelnen Krankenhäusern, die eben 2000 meines Wissens zusammengelegt wurden zu diesem mittlerweile eben größten kommunalen Krankenhauskonzern. Können Sie etwas, Frau Dr. Grebe dazu erzählen, wie war das so, dieses Zusammenlegen? Merkt man heute noch, dass es unterschiedliche Krankenhäuser waren? Wie hat sich da eine gemeinsame Kultur entwickelt zwischen den Häusern?

AG: Ja, eine interessante Frage. Ich war dabei, als im Jahr 2001 zu Beginn dann auch der formale Akt vollzogen war. Also es war eine GmbH gegründet worden. Und wir kamen damals aus jetzt in Führungsstrichen Westdeutschland. Und das war schon für die Kollegen, die wir hier kennengelernt haben, glaube ich, erst mal eine große Zäsur. Man darf nie vergessen, Anfang der 2000er-Jahre, wir sitzen hier gerade bei einer sehr großen Krankenkasse: Es gab erhebliche Probleme bei den Kostenträgern. Es gab teilweise erhebliche wirtschaftliche Probleme bei den Kliniken, die vorher bezirklich verankert waren. Und häufig ist es bei solchen Prozessen, das sind ja keine Liebesheiraten per se erst mal, sondern häufig entsteht Veränderung, das ist meine Erfahrung über viele Jahre, durch einen gewissen Druck. Wenn es gar nicht mehr anders geht, dann bewegt man sich. Und das war eben die Alternative zu einer Vollprivatisierung, also kapitalseitig zu einem privaten Träger oder dass man einzelne Häuser herausgelöst hätte. Das war damals, glaube ich, eine schwierige Entscheidung für die verantwortlichen Politiker*innen. Aber die Entscheidung aus

Stillstand ist Rückschritt. Es muss weiter verändert werden.

Andrea Grebe

noch, deswegen hat es mich auch gefreut, dass die Veranstaltung hier stattfindet die AOK ist für uns ein großer Partner, ein wichtiger Partner, ein innovativer Partner. Ich weiß noch genau, die Verhandlungen hier in

meiner Sicht war gut. Man hat gesagt: Wir geben dem Unternehmen eine Chance.

Und ich kann mich

den Räumen, die Budgetverhandlungen, die, glaube ich, die entscheidenden bis nachts oder morgens ... Ich bin um fünf Uhr hier raus mit den Kollegen und der damaligen Geschäftsführung. Das sind natürlich Dinge, die mich mit Vivantes ganz persönlich verbinden über die vielen Jahre. Und das waren teilweise die kleineren Häuser aus den einzelnen Bezirken, diejenigen, die wir im ehemaligen Ostteil von Berlin haben, Friedrichshain, Prenzlauer Berg, Kaulsdorf, und dann die in den Westteilen von Berlin, und jeder für sich.

Das war schon ein mehrjähriger Prozess. Und jetzt, wir sind im Jahr 20 nach dieser Gründung, ich denke schon, das kann man sagen, das ist schon eine Erfolgsgeschichte. Ich kenne das eigentlich in Deutschland in der Form nicht, andere Konstrukte in Großstädten. Hamburger, das ist bekannt, ist dann letztendlich doch voll privatisiert worden. Und ich denke, das ist hier auch ein gutes Beispiel, dass es auch anders gehen kann. Es muss aber immer wieder ... Nichts ist ein Selbstläufer. Wir haben immer wieder Diskussion. Stillstand ist Rückschritt. Es muss weiter verändert werden. Wir sind am Konsolidieren, am Umwidmen. Prenzlauer Berg haben wir jetzt Anfang des Jahres erst leergezogen.

Wir haben dort das Klinikum im Friedrichshain, das Nachbarkrankenhaus, als Maximalversorger erweitert, um die Kapazitäten aufzunehmen. Und wir haben dort an dem ehemaligen Standort MVZ-Strukturen erhalten. Das ist ganz wichtig für eine Bevölkerung einer Großstadt wie Berlin. Man lebt doch lokal in den einzelnen Bereichen. Dann ist eben die Frage: Wo gehe ich hin? Und die Sorge. Und: Wie erreiche ich das? Und im Moment haben wir es wieder, kann ich auch sagen, wieder in Bereitschaft jetzt aufgrund von Corona.

Wir hatten gerade die letzte Station rausgezogen, und dann kam der März 2020, und wir haben sofort wieder das Haus jetzt so weit in ich sage mal Stand-by-Bereitschaft, dass wir auch sofort wieder belegen könnten, wenn die Situation infektiologisch sich verschlechtern würde.



Wie viel politischen Druck braucht es denn eigentlich für Veränderungen? Wir haben gerade gehört, dass es eben manchmal sinnvoll ist, wenn man merkt, entweder aus ökonomischen Gründen oder eben aus politische Entscheidungen, wir müssen jetzt was machen. Frau Nonnemacher, wie sehen Sie das? Glauben Sie, dass Wandel auch durch andere Aspekte geschehen kann? Oder ist es schon meistens, dass man sagt: Okay, wir geben jetzt was vor und machen es damit vielleicht auch leichter für die Beteiligten, dass sie sich daran halten müssen?

UN: Na ja, die Probleme sind ja da. Da muss man nicht von oben was vorgeben, sondern die Probleme sind ja vor Ort, dass wir entsprechende Signale bekommen aus einzelnen Häusern, da und da sind die und die Schwierigkeiten. Oder kommunale Träger, Landräte wenden sich an uns oder entsprechend Oberbürgermeister, Oberbürgermeisterinnen. Die Probleme sind da. Und wir müssen dann halt gucken, wie wir das moderieren. Das ist in Brandenburg sicher ein anderes Phänomen als in Berlin. Wir haben die 14 Landkreise, die kreisfreien Städte, Strukturen mit großen kommunalen Häusern auch. Da muss man sich sehr oft zusammen an einen Tisch setzen und gemeinsam Lösungen suchen. Da wird die Moderation unseres Hauses sehr geschätzt. Die Erkenntnis, dass sich an manchen Stellen was ändern muss, die ist schon da bei allen Beteiligten.

AG: Ich glaube, aus Sicht als Managerin: Es braucht im kommunalen Bereich, für den ich ja jetzt über die ganzen Jahre sprechen kann, es braucht da schon ein ganz klares politisches Bekenntnis und auch die Rückendeckung und dann auch den Auftrag, Veränderungen umzusetzen. Also das ist ein ganz wichtiger Punkt, was die Ministerin gerade erwähnt hat.

Sie haben gerade die Corona-Pandemie als Ministerin begleitet. Und ein Beispiel ist natürlich dieses Thema digitale Translation, Digitalisierung, wo schon einiges passiert ist in Krankenhäusern, aber wir jetzt vielleicht auch gerade im Moment gemerkt haben, dass noch was passieren muss, dass bestimmte Versorgungsleistungen, aber eben auch die Koordination, die Steuerung von

Informationen einfach besser wird, wenn mehr vernetzt ist. Frau Nonnemacher, haben Sie da irgendwas ganz Spezifisches in den Monaten jetzt seit Februar, März gesehen, wo Sie sagen, das wollen Sie in den vielleicht kommenden zwölf Monaten angehen?

UN: Also ich muss jetzt wirklich ein bisschen schmunzeln: Wenn wir über Corona und Digitalisierung reden, und wir reden natürlich hauptsächlich jetzt über Krankenhäuser, fällt mir aber als allererstes das Beispiel ein, dass sich die niedergelassene Ärzteschaft ganz, ganz massiv umgestellt hat.

Also Brandenburg, die Landesärztekammer war ja sehr, sehr kritisch mit dem Beschluss des 121. Ärztetages, hier Digitalisierung einzuführen. Ich glaube, wir waren das einzige Land, wo die Ärztekammer wirklich sich dezidiert erst mal dagegengestellt hat und sehr, sehr skeptisch und sehr kritisch war. Wir hatten da gemeinsam auch im politischen Raum viele Diskussionen. Und jetzt stellen wir fest, wir hatten vor Corona, ich glaube zwei Praxen, die Videosprechstunden angeboten haben, und jetzt haben wir 500. Und das bei dieser Ausgangslage mit großen Bedenken.

Da sehe ich die Veränderung irgendwie ganz besonders am augenfälligsten. In den Krankenhäusern ist, glaube ich, das Bewusstsein für Digitalisierung, dass das ausgebaut werden müsste, dass die Schnittstellen passen müssen, dass wir gerade bei der Vernetzung ambulant-stationär, dass die Systeme zueinander passen müssen, im ländlichen Raum Angebote von Videosprechstunden und Backups entsprechender Art. Da ist das Bewusstsein, dass wir da weiter vorankommen müssen, schon weiter gediehen. Also wenn Sie mich fragen, was hat Corona am meisten bewirkt in Brandenburg, dann würde ich da fast den ambulanten Sektor voranstellen.

Wie haben Sie das beobachtet?

AG: Digitalisierung ... Ich bin immer noch eine große Freundin von Messen, und ich habe mir da mal auswerten lassen von unserer IT, wie viel Applikation hatten wir schon für Videosprechstunden. Also auch das Gleiche von den Ärzten entweder



Andrea Grebe ©bwg-ev.net



aus unseren MVZs oder diejenigen, die da auch die Möglichkeit haben, ambulant tätig zu sein. Und das hat sich auch da teilweise verdoppelt. Also da hat es auch noch mal einen Schub gegeben. Ich bin gespannt, ob es nachhaltig ist nach dem Motto: Na ja, wir haben jetzt ja keine andere Wahl gehabt, und dann machen wir es eben.

Oder ob das jetzt wirklich schon auch etwas ist, was wirklich genutzt werden kann, wovon wir ja auch immer gerade bei Versorgung im ländlichen Raum eine Vorstellung haben, es sitzt jemand, gerade auch ein älterer Mensch vor seinem iPad, nur, kann er das bedienen? Ich scheitere manchmal auch schon an schlichten Dingen. Und dann ist eben der Doktor zugeschaltet. Dann aber auch unsere Verwaltung, muss man auch wirklich selbstkritisch sagen, wir hatten auch vorher schon Videokonferenzsysteme. Einschließlich mir hat man die aber dann doch nicht so genutzt.

Was den Digitalisierungsschub im Gesundheitswesen angeht, da glaube ich, dass der sich nicht wieder zurückdrehen wird ... das war eine Initialzündung, da hat Corona den Schub geliefert.

Ursula Nonnemacher

wieder trifft. Das braucht es und, glaube ich, die anderen Menschen auch zu sehen. Aber vieles, wo ich wirklich eine Routine habe, wir sehen das jetzt bei unseren Krisensitzungen immer oder in der Pandemie, wo wir einfach sagen, ganz strukturiert durchgehen, wie ist es mit der Materialsituation, Personalsituation, wie sind die infektiologischen Daten.

Und das geht wunderbar mit solchen Systemen. Und man muss nicht die Menschen, hat auch was dann mit Klima zu tun und auch noch mit Nachhaltigkeit, quer durch Berlin schicken, und die sind dann vielleicht immer eine Stunde auf irgendeiner Straße im Stau.

Also das, glaube ich und davon bin ich überzeugt, das wird schon auch bleiben.

UN: Das sehe ich auch. Ich glaube nicht, dass das wieder zurückzudrehen ist. Das, was Sie sagen, Videokonferenzen oder andere Formen der Konferenzen, ohne dass man sich immer persönlich trifft, das, glaube ich, lässt sich gar nicht mehr zurückdrehen. Und das ist ja nichts, was nur den Gesundheitssektor erfasst, sondern allgemein, dass man sagt, man braucht nicht zweimal in der Woche nach München zu fliegen, sondern es geht auch anders. Ich denke, das ist eine gute Erkenntnis. Und das wird, glaube ich, auch bleiben. Was den Digitalisierungsschub im Gesundheitswesen angeht, da glaube ich auch, dass der sich nicht wieder völlig zurückdrehen wird, sondern das war eine Initialzündung, da hat Corona den Schub geliefert. Und im Übrigen sind wir noch mittendrin.

Also Sie sagen immer, Sie hatten mit der Pandemie viel zu tun. Wir schauen ja jetzt gerade im Moment sehr, sehr gespannt und sehr intensiv jeden Morgen auf unsere Zahlen. Ich sitze fast jeden Morgen in meinem interministeriellen Krisenstab und schaue mir das an. Wir sind in Brandenburg weniger betroffen, aber wir merken natürlich auch eine gewisse Tendenz. Und wir sehen jetzt die großen Probleme, die wir mit den Reiserückkehrenden, mit den Öffnungen von Schulen haben, und müssen da sehr, sehr vorsichtig sein und sehr, sehr aufpassen. Also von daher: Das Problem dauert an. Wir müssen noch längere Zeit mit Corona leben. Wir müssen das versuchen, gut zu gestalten. Und deshalb werden digitalen Angebote weiterhin nachgefragt werden. Und dann haben sie sich, glaube ich, so etabliert, dass sie auch bleiben werden. Also ich glaube, das ist nachhaltig.

AG: Aber wenn man den Bogen jetzt mal über Corona rausspannt oder was schon vor Corona ja immer unser Ansinnen war, einfach auch für die Bürgerinnen und Bürger einen größeren Mehrwert zu liefern.

Zum Beispiel kann ich nicht verstehen als Bürgerin, bin ja auch Ärztin, dass ich meine Daten, die bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gespeichert sind, Laborwerte,

Röntgenbefund, dass ich die mir entweder jetzt mittlerweile vielleicht per E-Mail, von wegen Datenschutz, das wissen wir ja alle, zuschicken lassen muss oder ausdrucken, einscannen und ich mache da meinen privaten Ordner. Und also alles das, was jetzt mit der elektronischen Gesundheits- oder Patientenakte zu tun hat. Dann auch wieder, Frau Nonnemacher hat es ja eingangs erwähnt, Patientenzentriertheit: Was ist der Mehrwert? Was kann Digitalisierung als Mehrwert liefern? Weil das muss sich ja jeder fragen lassen. Und wir kennen alle unsere Apps auf den Smartphones. Welche nutzen wir meisten?

Das sind natürlich die, die intuitiv sind und nicht irgendwas Sperriges. Deswegen bin ich ganz gespannt, wie das mit der Umsetzung geht ab dem 1. Januar im nächsten Jahr, ich schätze noch mit Corona, leider. Aber es gehen ja auch viele Projekte weiter. Wo wir die Daten, das sind nicht abstrakte Daten für Forschung, das ist ein anderes Thema, aber allein meine Daten, dass ich weiß, wie sind meine Laborwerte, dass ich darauf zugreifen kann, dass ich, wenn ich zu einem anderen Arzt, Ärztin gehe, sagen kann: Hier, das sind die Befunde vom letzten Mal, und nicht irgendwie alles mir mühsam zusammensuchen muss.

Und ich glaube, das muss ein ganz wichtiger Punkt sein, dass wir digitale Möglichkeiten haben. Auch jetzt wieder ein Corona-Thema, man kommt ja nicht drum herum: Wer hat alles die Corona-App? Da war man ja selber bei jeder ... Es sind 85 Millionen. Jetzt ziehen wir mal vielleicht diejenigen ab, die Babys und vielleicht ganz alte Menschen, die jetzt keine haben, aber es sind ja mehrere Millionen hier in Deutschland. Ich glaube, die letzte Zahl, die ich gehört habe: über 17 Downloads von der Corona-App. Wo man gesagt hat: Okay, das probieren wir mal aus, gucken da rein. Hatten dann auch die Möglichkeit, okay, aktualisiert denn mein Betriebssystem das auch. Also das muss Thema sein, dass wir Datensouveränität bekommen also als Bürgerin, als Bürger, dass ich meine Daten habe.

Das ist eigentlich kaum jemandem zu erklären, dass wir alles Mögliche auf irgendeiner

Scheckkarte draufhaben, aber auf der bisherigen Krankenkassenkarte ist noch nicht mal, glaube ich, das Bild drauf.

UN: Also Datensouveränität find ich ein sehr wichtiges und sehr schönes Stichwort, dass Sie das erwähnen. Wir müssen natürlich gucken, es gibt noch erhebliche Datenschutzprobleme. Also gerade unsere Landesdatenschutzbeauftragte hat dieser Tage erhebliche Bedenken angemeldet gerade bei der elektronischen Patientenakte, dass viele Datenschutzprobleme erst im Nachhinein angegangen werden. Und die Corona-App, ich freue mich auch, dass sie so viel Zuspruch gefunden hat.

Aber das kam auch erst, nachdem deutlich an der Applikation noch mal nachgebessert worden ist und Veränderungen vorgenommen worden sind. Ich denke, Datenschutz ist wirklich ein Thema auch für die Patienten und Patientinnen. Man muss sich drauf verlassen können, dass man zwar die Souveränität hat, aber dass die persönlichen Daten auch sicher sind. Das muss Hand in Hand gehen. Und da haben wir natürlich noch viel zu tun, E-Akte und sonstige Applikationen. Da hinken der Datenschutz und die Sicherheit zum Teil noch ein bisschen hinterher.

AG: Da bin ich aber ganz positiv. Sie merken schon, das ist ganz lebhaft. Ich erinnere mich noch an die Diskussion als wir alle elektronisches Banking ... oder an Diskussionen selbst mit Bankchefinnen und -chefs, die gesagt haben: Nein, selber habe ich es nicht drauf, propagiere es aber, mache Werbung. Und auch da muss ja Sicherheit sein. Oder ich meine, hundert Prozent Sicherheit gibt es nicht. Das haben sicherlich auch jetzt in den Kliniken.

Wenn ich genügend kriminelle Energie habe, kann ich auch eine Handakte, die es vielleicht noch gibt, mitgehen lassen.

Aber gerade natürlich bei den Systemen, wo ich einfach so viele Daten aggregiert, muss das Vertrauen da sein. Da bin ich aber ganz zuversichtlich, dass wir auch jetzt gerade mit Gematik und ich sage mal 2.0 dann doch wieder einen neuen Anlauf bekommen.

Aber ich finde das Beispiel zu Banking sehr gut, weil man sagt, das sind sehr sensible Daten, man will nicht, dass Datenschutzprobleme oder Datensicherheitsprobleme existieren. Die Datenschutzgrundverordnung es ja eine europäische Regelung. Und es gibt nun viele Länder, die Gesundheitssysteme haben, wo eine Akte etabliert ist. Datenschutz muss dabei natürlich eine wichtige Rolle spielen. Aber anders als bei Banking kann man wahrscheinlich in verschiedensten Bereichen auch Menschen schützen, eventuell Todesfälle oder Verzögerungen vermeiden von Krankheiten, indem zum richtigen Zeitpunkt die richtigen Informationen am richtigen Ort sind. Wie hängt das zusammen, wenn, es war ja gerade diese Woche, der Bundesdatenschutzbeauftragte sagte: Krankenkassen, ihr müsst aufpassen, ob ihr entweder der europäischen Datenschutzgrundverordnung zuhört und die befolgt oder eben dem Gesetz, das euch verpflichtet, euren Versicherten eine elektronische Patientenakte anzubieten. Kann man das erklären? Oder ist es nicht doch möglich, auch zum jetzigen Zeitpunkt zu sagen, wir können zumindest ein ansprechendes, angemessenes Maß an Sicherheit gewährleisten, um eben diesen Menschen eine bessere Versorgung zu bieten, damit die Daten immer an der richtigen Stelle sind?

UN: Tja, das ist eine schwierige Frage. Also ich würde mich wohler fühlen, wenn das Hand in Hand geht und nicht der Datenschutz dann mal später nachgeliefert wird. Nun haben wir wirklich Jahre, man möchte fast sagen Jahrzehnte um die elektronische Akte diskutiert. Das hat einen immensen Vorlauf. Und Herr Spahn war sehr rührig und ist jetzt natürlich auch Corona ... alle sind mit Corona beschäftigt. Also ich habe schon ein bisschen ein ungutes Gefühl, so nach dem Motto: Jetzt fangt mal an, und dann gucken wir mal, wie wir das mit dem Datenschutz irgendwie hinkriegen. Das ist für mich doch ein erheblicher Wermutstropfen in der ganzen Angelegenheit, weil ich eigentlich finde, Datenschutz und Vertrauen muss Hand in Hand mit der Einführung und mit der Entwicklung gehen.

Vielleicht könne Sie uns mal ein paar Einblicke liefern, also dass wir Mäuschen spielen dürfen bei Ihnen bei Vivantes. Wie hat denn die

Digitalisierung da in den letzten Jahren ausgesehen? Was waren die ausschlaggebenden Projekte vielleicht, die Sie angegangen sind, wo man sagen kann, hey, da hat sich einfach was verändert?

AG: Vielleicht angefangen wirklich im Jahr 2001, neun Krankenhäuser, wenige digitale Informationssysteme. Und wenn, dann jeder sein eigenes. Das war natürlich die Gunst der Stunde. Und dann kann Digitalisierung ein trojanisches Pferd sein. Man konnte dann nämlich über die gemeinsame digitale Infrastruktur, Prozesse harmonisieren oder im Rahmen eines Prozesses. Insofern haben wir hier bei unseren Kliniken seit über 20 Jahren ein klinisches Informationssystem.

Wir haben ein betriebswirtschaftliches System. Alle unsere Radiologiesysteme sind vereinheitlicht, egal wo ein Röntgenbild gemacht wird, es ist theoretisch und auch praktisch möglich, drauf zuzugreifen. Aber hier greifen selbst bei uns im Unternehmen ganz klar starke Datenschutzkriterien. Es durfte in einem Krankenhaus noch nie eine Ärztin gehen und sagen: Ach, mich interessiert meine Nachbarin, die liegt auf der Chirurgie, ich arbeite zwar auf der Gynäkologie, aber ich gucke da mal rein, das interessiert mich mal. Wenn man nicht irgendwo in der Behandlung involviert ist und hat keinen Auftrag, darf man da nicht reingucken.

Das ist auch gewährleistet. Aber wenn die Daten dann von den Patientinnen und Patienten freigegeben wird und die sagen: Ja, ich möchte, dass der Spezialist, die Spezialistin auf das Bild draufguckt, ist das einfach wirklich grandios.

Wir haben ein Laborinformationssystem, von der Pathologie, das ist noch mal eine Spezialeinheit des Labors, auch ein System. Das bringt immense Vorteile, dass man auch hier die Systeme harmonisiert hat. Das ist für mich aber eher Technik. Ich denke: Wie kann man jetzt auch das zur Verfügung stellen, wenn ich in der Rettungsstelle XY bin und ich gehe irgendwo anderes hin, auch zu einem anderen Träger? Und wir haben alle unterschiedliche Systeme. Dann muss auch da, sofern der Patient seine



Andrea Grebe & Ursula Nonnemacher ©bwg-ev.net

Einwilligung gegeben hat, das immer vorausgeschickt, die Möglichkeit bestehen, dass jemand aus einem konfessionellen Haus auch auf ein Röntgenbild gucken kann, was bei uns gemacht wurde, oder die Universität oder wo auch immer. Da sind wir jetzt dabei, auch mit der Charité zusammen, eine Plattform zu bilden, wo es keine Rolle mehr spielt, welches Krankenhausinformationssystem der Einzelne hat, sondern das es ein bestimmter Standard ist, IHE-basiert, dass dort ein Datenaustausch ermöglicht werden kann. Und immer wieder aus Patient*innensicht: Also habe ich die Daten dann zur Verfügung, wenn ich die brauche? Ich komme als Notfall irgendwohin und sage: Mensch, da ist doch gerade erst ein Laborwert gemacht worden oder ein EKG, kann ich das mal sehen. Dass man die Möglichkeit hat und das Bild nicht mit einem Taxiunternehmen durch Berlin schickt oder erst ausdruckt und dann schickt oder faxt oder was auch immer, sondern da haben wir eigentlich smartere Systeme.

Im Moment gibt es auch den Entwurf des Krankenhauszukunftsgesetzes, dass da Schwung reinbringen soll. Wie bewerten Sie das für Brandenburg, wo wird das Potenziale haben, um die Strukturen zu verändern?

UN: Diese drei Milliarden aus dem Konjunkturpaket sind eine sehr, sehr gute Sache. Wir haben im Moment gerade so die ersten Haushaltsverhandlungen für 2021. Und natürlich auch große Sorgen, weil Corona für einen Landeshaushalt zu erheblichen Einnahmeverlusten führt.

Wir gucken schon sehr gespannt auf die nächsten Steuerschätzungen, und wir haben natürlich eine Vielzahl an zusätzlichen Aufgaben zu bewältigen. Wir haben einen umfangreichen Corona-Rettungsschirm ausgespannt. Also das wird alles sehr, sehr schwierig. Und von daher ist natürlich dieses Krankenhauszukunftsprogramm wirklich eine gute Hilfe, eine gute Unterstützung. Wir sind jetzt schon dabei zu überlegen, wie wir die

drei­ßigprozentige Co-Finanzierung realisieren können. Auch das ist ehrgeizig. Aber ich bin sehr, sehr, sehr froh, dass es dieses Zukunftsprogramm geben wird. Wir sprechen schon von Struktur­fonds 3 etwas salopp. Und natürlich bietet es sich da an, dass man das in IT-Ausstattung und in Digitalisierungsprojekte gibt. Das Geld soll konjunkturwirksam verwendet werden, das heißt, es soll schnell ausgegeben werden und auch einen Effekt haben. Da kann man nicht erst mal Planungen für den Umbau von Endoskopien oder Notaufnahmen machen. Das ist alles nicht möglich. Sondern wir wünschen uns, dass das Geld schnellst möglichst pauschaliert nach einem bestimmten Schlüssel an unsere Krankenhäuser weitergegeben werden kann, und zwar gerade um IT-Projekte und Digitalisierung zu fördern. Dann könnte es sehr rasch auch nützlich eingesetzt werden. Da hoffen wir auf weitere Verhandlungen, dass es wirklich ohne riesig komplexe Anträge geht, sonst werden wir es nicht schnell verausgaben können.

AG: Ja, wir kennen ja alle, solche Pakete. Wenn ich aus der Praxis und der Politik aus Berlin höre „schnell ausgegeben“, jetzt soll das Geld mal schnell ausgegeben werden. Ich sage mal, ein kluges Management hat natürlich immer Projekte fertig in der Schublade liegen. Das haben sicherlich auch die Brandenburger Kolleginnen und Kollegen, dass man sagt, für Umbauten oder für irgendwas. Das geht immer nur bis zu einem gewissen Grad, auch wenn es gerade um Bau geht. Aber dass man wirklich vorausschauend ist. Weil irgendwann gibt es dann mal Geld, und dann heißt es: Wo sind die Konzepte? Und dann soll es nämlich ganz schnell gehen. Und ich höre immer, es soll möglichst bürokratiearm sein. Da sind meine Erfahrungen ein bisschen andere.

Hinterher kommt es dann doch nicht ganz so, wie wir uns das vorstellen. Ganz ohne wird es nicht gehen. Aber ich finde, es ist ein gutes Signal. Auch was Sie gerade sagten, dass Sie sich als Land Brandenburg sagen: 30 Prozent Co-Finanzierung übernehmen wir. Im Entwurf steht, glaube ich, noch: kann bis zu.

UN: Wir versuchen das zu realisieren.

AG: Also das versuchen Brandenburger Kollegen schon (zu machen?); weil da steckt wieder der Teufel im Kleingedruckten, aber wichtig ist das Signal: Es gibt Geld. Und ich glaube, es ist ein Anreiz, wenn man sagt: Ja, wir beteiligen uns auch selber. Und nicht nur: Da wird was gegeben. Und die Stoßrichtung digitale Infrastruktur, gerade auch im Hinblick auf ePA etc., da brauchen wir einfach die Systeme. Das ist ein wichtiges Zeichen. Es geht auch, glaube in Rettungsstellen oder in andere Themen, was gerade mit der infektiologischen Versorgung zu tun hat. Das ist sicherlich begrüßenswert. Ob es schnell und bürokratiearm gehen wird, werden wir sehen

Das ist eine ganze Liste an Vorhaben, die gefördert werden können. Gibt es Bereiche, Sie sagen sind besonders wichtig? Oder wenn Sie für Vivantes oder eben auch die Brandenburger Krankenhäuser gucken würden, was wären die nächsten Projekte, wo Sie sagen, das ist in vielen Fällen eine ganz wichtige erste Maßnahme?

AG: Würde ich überhaupt gar nicht erste Maßnahmen ... Wir haben alle einen riesigen Investitionsstau. Frau Nonnemacher hat es gesagt, Brandenburg hat damals ... ich glaube in den 90er-, 2000er-Jahren wurde sehr viel investiert. Dort sind gerade in den neuen Bundesländern ... Das hört sich immer so komisch an, wenn man das sagt. Da ist natürlich teilweise die bauliche Infrastruktur besser als in anderen Regionen. Wir haben einen immensen Investitionsstau in unseren Häusern. Und insofern das Thema Rettungsstellen und Sanierung, aber eben auch das, was alles von IT anlangt, da haben wir ganz viele Projekte auf unsere Agenda. Also da mache ich mir keine Sorgen, dass wir dann die entsprechenden Anträge stellen.

UN: Auf jeden Fall ist das sehr sinnvoll. Dieses Krankhauszukunftsprogramm ist eine gute Sache. Und wir begrüßen es sehr, dass der Struktur­fonds 2 noch mal bis 2024 verlängert worden ist. Ich denke, das ist das richtige Zeichen, weil gerade durch Corona hören wir, dass sich gewisse Planungen für beantragte Projekte verzögert haben, weil man gerade

wirklich mit akuten Sachen beschäftigt war. Also sehr gut. Und wir haben uns immer bemüht, diese Angebote fleißig in Anspruch zu nehmen und die Co-Finanzierung hinzukriegen.

Ein Aspekt von Digitalisierung ist das Thema Vernetzung zwischen Häusern, aber eben auch zwischen ambulant, stationär, um eben mehr zu wissen, wo werden Patienten hingesteuert, um schon am nächsten Ort zu wissen, wo sie herkommen, was über sie wichtig ist, über ihre Versorgung, ihre Erkrankung zu kennen. Jetzt ist ein Spezifikum oder eine Besonderheit von Berlin und Brandenburg, dass es schon eine gemeinsame Krankenhausplanung gibt. Gibt es andere Bereiche, wo Sie sagen, da sollten die beiden Länder, weil sie eben einfach so eng zusammen liegen, Patienten von der einen ins andere Land wechseln, wo Zusammenarbeit gebraucht wäre oder schön wäre, wenn es noch mehr gemeinsame Entscheidungen, strategische Planung gäbe, als bisher schon besteht?

UN: Also bleiben wir mal beim Stichwort gemeinsame Krankenhausplanung. Das ist eine tolle Sache. Da wird auch jetzt schon seit geraumer Zeit dran gearbeitet. Wir hatten das Ziel, dass es zum 01.01.2021 starten sollte. Ich glaube, wir hatten ursprünglich die Absicht, den Kabinettsbeschluss in Brandenburg am 8. Dezember dieses Jahres zu realisieren. Und dann sollte der gemeinsame Krankenhausplan zum 01.01. in Kraft gesetzt werden. Da hat Corona ein bisschen verzögernd gewirkt. Aber unser Interesse in Brandenburg ist sehr hoch, dass das mit Hochdruck weiter verfolgt wird, dass wir den gemeinsamen Krankenhausplan dann Anfang nächsten Jahres wirklich in trockenen Tüchern haben. Es stehen ja auch Wahlen in Berlin an. Das ist immer eine schwierige Sache, wenn große Projekte umgesetzt werden sollen. Ich hatte gerade dieser Tage eine Unterredung mit Frau Senatorin Kalayci und habe noch mal das hohe Interesse des Landes Brandenburgs fokussiert, dass wir das rechtzeitig zum Ende bringen. Ich glaube, das wäre ein schlechtes Signal. Wir reden viel über verbesserte Zusammenarbeit, die Hauptstadtregion Berlin-Brandenburg, wir wollen uns besser

austauschen. Deshalb sollte diese gemeinsame Krankenhausplanung auch von Erfolg gekrönt sein, und zwar dann zu Beginn des nächsten Jahres.

Aus der Praxis?

AG: Wir haben Kooperationen mit Kollegen in Brandenburg, wo über Telesysteme Tumorkonferenzen organisiert werden. Wir stehen natürlich jetzt auch über andere Arbeitskreise mit den Kollegen aus Brandenburg in Kontakt und tauschen uns aus. Und es gibt viele, was auch ich nur aus der Historie kenne ... Rehabilitation findet in Brandenburg zumindest stationär statt. Wo sind die Aufgabenteilungen? Dann war ja lange das Thema medizinische Fakultät. Aber trotzdem gibt es auch ...

UN: Das ist aktueller denn je.

AG: Ja, ja. Und das ist eben so, was ich aus der Wahrnehmung mitgenommen habe, das ist nicht direkt, was Vivantes betrifft, dass es da auch schon so seine Verteilung gab. Aber trotzdem ist das teilweise zehn oder zwanzig Jahre alt, muss immer wieder neu überdacht werden. Rahmenbedingungen sind anders. Hat sich irgendwas geändert? Und insofern, denke ich, ist das eine sinnvolle Sache. Und wie gesagt, in den Randbezirken oder die Kollegen, glaube ich, in Treptow-Köpenick oder Neukölln, also die Häuser, die weit draußen liegen, oder Kaulsdorf bei uns, ich glaube, da sind sowieso einfach rein geographisch Beziehungen oder Pendelbewegungen in die eine, aber auch in die andere Richtung.

UN: Ja, ich habe mir die Zahl gerade rausgeschrieben, 12,4 Prozent, gut 12 Prozent der Patienten und Patientinnen in Berlin sind Brandenburger und Brandenburgerinnen. Umgekehrt sind es knapp 4 Prozent, also schon deutlich weniger, was natürlich auch der Metropolfunktion und dem Angebot in Berlin geschuldet ist. Aber es gibt dort eine ganze Menge Pendlerbewegungen, und denen muss auch Rechnung getragen werden. Ich finde zum Beispiel sehr sinnvoll, dass wir dieses IVENA-System haben zur Bettenmeldung. Das hat uns jetzt auch gerade in der Coronakrise gute Dienste

geleistet. Wir haben uns immer wie jeden Tag im Krisenstab aufgerufen, wie viele Betten welcher Kategorie haben wir wo zur Verfügung. Da können ja auch die entsprechenden Rettungsdienste drauf zugreifen. Ich habe gerade letzte Woche ein Krankenhaus in Oberhavel besucht, die hatten in der Rettungsstelle einen Schirm, da konnte man über IVENA sehen, wer nähert sich gerade, welches Rettungsmittel nähert sich gerade mit welchem Patienten mit welcher Diagnose, Verdachtsdiagnose, der Aufnahme und so. Ich denke, das ist ein gutes Zeichen. Da kann man weiterarbeiten, die Zusammenarbeit kann sicher noch ausgebaut werden. Und das sollte sie auch.

AG: Vielleicht eher aus meiner Erfahrung. Ich war lange in Baden-Württemberg. Und Baden-Württembergs größter kommunaler Klinikverbund über drei Landkreise. Auch da häufig die Sorge von ... das waren dann Landkreis-Kliniken, dann wieder den städtischen Häusern. Das hat dann was mit der Größe zu tun. Die städtischen Häuser sind häufig Maximalversorger, die Landkreise oder die Kreiskrankenhäuser dann eben kleiner.

Da ist häufig dann schon auch immer so eine Vorsicht und: Was macht jetzt der vermeintlich Größere oder Stärkere? Und jede Bewegung wurde argwöhnisch beobachtet. Und es wurden ganz andere Allianzen interessanterweise eingegangen über ganz andere Grenzen hinweg, weil man genau den Partner nicht wollte. Ich glaube, das gibt es hier in Brandenburg auch, dass man sagt, was ist also auch innerhalb eines Bundeslandes. Und ich glaube, dann ist natürlich schon immer ...

Ich bin ja bekanntermaßen unverdächtig, ich bin gebürtige Nordhessin. Schon immer, wenn sich hier Berlin bewegt, ist das, was ich immer wahrnehme, immer erst mal: Was ist denn da jetzt? Und das muss man antizipieren und mit den Kollegen reden oder wo gibt es Synergien oder wo drückt den einen der Schuh oder was treibt den anderen um. Aber das ist einfach, glaube ich, auch ein Fakt, also den ich zumindest so erlebt habe immer: Wenn irgendwas aus Berlin kommt, dann ist immer die Sorge, was wollen die denn jetzt.

UN: Na ja, sagen wir mal der Krankenhausplanung, der Idee lag ja auch zugrunde, sinnlosen Verdrängungswettbewerb zu vermeiden und wirklich in Versorgungsstrukturen zu denken. Und das gilt natürlich auch für uns im Land Brandenburg. Wir müssen den Netzwerkgedanken viel stärker fördern. Wer sich für bestimmte Dinge keine Kooperationspartner, der hat es einfach schwer in der Krankenhauslandschaft. Und die, die vielfältige Kooperationen und Beziehungen unterhalten, sind eigentlich fitter und flexibler. Wir haben also mit diesem Netzwerkgedanken, auch in der Coronakrise, sehr gute Erfahrungen gemacht. Wir hatten um unsere Schwerpunktversorger regionale Netzwerke geknüpft, und die haben sich als wirklich fruchtbar und auch belastbar erwiesen. Man hat sich geholfen, sich gegenseitig Patienten abgenommen, hat sich bei Mangel von persönlicher Schutzausrüstung ausgeholfen. Und da sind wirklich sehr gute Kooperationen entstanden. Und ich denke, das ist der richtige Weg, der weiterverfolgt werden muss.

Insgesamt hat man manchmal das Gefühl, dass im Gesundheitswesen diese Kultur der Zusammenarbeit nicht so im Fokus steht. Das muss nicht zwischen Krankenhäusern sein. Das kann auch zwischen ambulanten Versorgern sein oder zwischen einzelnen Fachrichtungen. Würden Sie da erstmal zustimmen? Und wie kann man so eine Kultur der Zusammenarbeit noch mehr verstärken? Gerade auch, wie Sie am Anfang, Frau Nonnemacher, unterstützt hatten oder unterstrichen hatten, damit eine digitale Transformation funktioniert, auch gerade dann diese Bereitschaft zur Zusammenarbeit umso wichtiger wird und nicht durch technische Lösungen abgelöst wird.

AG: Also Sektoren und Säulen kenne ich immer noch. Also die sind noch nicht ganz weg. Und der Klassiker eigentlich, die ambulanten Strukturen, die niedergelassenen Ärzte nicht, sondern die Krankenhäuser, alle Kolleg*innen, die in den niedergelassenen Praxen arbeiten, waren mal in den Kliniken. Und auch da wieder die Ebene zwischen den Kollegen, wenn die sich anrufen und sprechen, Veranstaltungen machen, ist das eine ganz vertrauensvolle

Zusammenarbeit auch aus meiner Wahrnehmung. Nicht jeder mit jedem, aber trotzdem sind da gute, sehr gute Netzwerke. Je höher man dann natürlich kommt auch in der Hierarchie, desto mehr werden dann die Säulen aufgebaut. Und das ist häufig, wenn ich da jetzt wieder Patient*innen- oder Bürger*innen-Sicht einnehme, eigentlich nicht zu verstehen, dass da dann auch die Brüche sind.

Und die gemeinsame Planung, es geht dann zum Schluss auch um das Monetäre, weil wirtschaftliche Dinge sind ein ganz starker Anreiz, etwas zu tun oder nicht zu tun. Und das muss man eben immer im Auge behalten, wenn man über Zusammenarbeit redet, was will man jetzt auch als Ziel haben. Und da muss man immer schon so ein bisschen sich auch versuchen in die Schuhe des anderen zu stellen oder auf den Stuhl des anderen, um was geht es dem und wie könnte man da zusammenkommen. Aber die Versäulung und auch in großen Kliniken, je größer ein Haus wird ... Unser größtes ist Neukölln, hat 1400 Betten mit dem Fachkrankenhaus dabei. Und allein schon durch diese Größe ist da eine gewisse Anonymität und wo jede Klinik ... Wenn ich da auch manchmal rede, wo ich auch denke, die wissen gar nichts voneinander. Aber dann sind die wirklich aufgrund der großen Strukturen auch mit ihren eigenen Themen beschäftigt, wo man dann merkt, wenn man dann eine gemeinsame Veranstaltung macht, der Austausch ... Und das ist jetzt leider durch Corona alles immer so ein bisschen wenig geworden. Das hat man immer auf Führungskräftekonferenzen gesehen, wo man dann doch zusammen spricht auch innerhalb eines Hauses. Jetzt weiß nicht, Frau Nonnemacher, gibt es da keine Säulen mehr?

UN: Ach, die Säulen und die Sektoren sind extrem dicke Bretter, an denen wir, glaube ich, auch noch sehr, sehr lange bohren werden. Aber immerhin kleine Fortschritte sind zu verzeichnen, und das Bewusstsein ist, glaube ich, auch offener geworden für diese Dinge. Und ich glaube, Corona hat ja auch dankenswerterweise das ganze Gesundheitssystem, auch die Rolle der Krankenhäuser in den Fokus

gerückt. Und das ist gut. Sonst war es ja immer so, ich habe das im politischen Raum beobachtet: Um Gottes willen, mach bloß nicht Gesundheitspolitik, da blickt sowieso keiner mehr durch. Ein ganz unbeliebtes Thema in der Politik. Wenn du was werden willst, dann muss man sich woanders engagieren, das ist prestigeträchtiger.

Dann die Selbstverwaltung und die Bundesgesetzgebung, und die Länder können sowieso nichts machen, und das ist alles kommunalisiert und die Trägervielfalt. Also ein sehr schwieriges Gebiet. Ich finde, durch Corona hat das Gesundheitswesen insgesamt ... es steht im Fokus. Man weiß, was man daran hat. Man hat auch die Rolle der Krankenhäuser wieder anders schätzen gelernt. Aber man sieht natürlich auch die Rufe nach Veränderung. Also eine so starke Kritik zum Beispiel am DRG-System habe ich lange nicht gehört. Es gibt jetzt Leute, die sagen wirklich: Weg damit. Oder so. Der Impuls, es muss zu mindestens weiterentwickelt werden, ist doch schon im Moment ziemlich ausgeprägt. Wir reden auch wieder mehr über Vorhaltekosten, dass ein Abrechnungssystem uns dazu bringt, dass alle, die Kinderheilkunde oder Geburtshilfe anbieten, Bankrott gehen müssen. Das kann auch nicht mit einem Versorgungsauftrag und ein Versorgungsgedanken irgendwie einhergehen. Also ich finde, da ist durch Corona auch eine ganze Menge noch mal aufgebrochen und in Bewegung gekommen. Und ich bin jetzt mal ganz gespannt, wie sich das zum Beispiel jetzt auch nächstes Jahr im Bundestagswahlkampf auswirken wird.

Ich denke, da wird auch der Blick auf das Gesundheitswesen ein intensiverer sein, als das bisher der Fall war.

AG: Es ist definitiv interessanter geworden, ja, das glaube ich auch. Gerade Sie als Politikerin haben eine hohe Chance zu scheitern im Gesundheitswesen, im ganzen Gesundheitsbereich. Es ist wirklich vermintes Gebiet. Also um aber noch mal darauf zukommen, was Frau Nonnemacher gesagt hat: Ich bin eine bekennende DRG-Befürworter – Komma. Es ist sicherlich die Frage, wie wird eingesetzt. Wird es budgetiert? Wir Deutschen haben ja damals 2003, als es

eingeführt war, ich war da mit Kollegen zusammen in Australien, wir waren in den USA, welches System wird es. Und kein Land hat eigentlich das DRG-System dann letztendlich in den Budgetverhandlungen so eingesetzt, wie wir es gemacht haben.

Und ich weiß noch sehr genau, wie es vor der DRG-Zeit war. Und deswegen macht mich das immer ganz leidenschaftlich, wenn jemand meint, dass früher alles besser war und wir müssten wieder zurück. Dann kann ich auch sagen als Managerin: Genial, dann braucht es mich dann aber nicht mehr.

Selbstkostendeckung. Die Kostenträger brauchen nur noch bezahlen, und dann sagen wir soll es einfach kommen. Und ich komme aus einem mittelständischen Unternehmerhaushalt. Es muss auch jemand bezahlen. Und es muss eine Diskussion geben, was ist es uns wert auf einer Ebene. Und einfach jetzt nur zu sagen: Oh Gott, Corona, jedes Krankenhaus muss bleiben und eigentlich müssten die sich noch verdoppeln, weil es könnte ja mal wieder eine Pandemie geben, das teile ich nicht. Es ist sicherlich ein ganz, ganz schwieriger Prozess. Und das kann man auch jetzt nicht über einen Kamm scheren und einfach nur Großstädte vergleichen oder Flächenländer.

Aber diese Diskussion braucht man: Was wollen wir denn? Was sind sinnvolle Strukturen? Wo brauche ich für die Bevölkerung auch die Sicherheit, wo ich hingehen kann, dass ich medizinisch versorgt werde? Gerade für ältere Personen, aber auch, wenn ich sage, ich will junge Familien ansiedeln, brauchen die auch ein gutes System und dann eben auch digitale Infrastruktur. Aber jetzt zu sagen, das DRG-System war schuld und das muss jetzt weg, also da bin ich eine leidenschaftliche Verfechterin. Früher wussten wir gar nichts. Da lagen einfach die Patienten 21 Tage nach dem Herzinfarkt im Bett, weil ein belegtes Bett war ein bezahltes Bett.

UN: Das stimmt.

AG: Sie erinnern sich auch noch. Wir sind ja fast ein Jahrgang vermutlich.

UN: Ja, ja. Und ich habe ja in einem Ihrer zuführenden Krankenhäuser dann auch lange gearbeitet. Ich habe das auch immer gesagt, ich denke, wir sollten eine Weiterentwicklung betreiben. Ich will jetzt auch nicht zurück zu der Zeit, wo es hieß: Das Bett muss belegt werden übers Wochenende, und können wir uns noch irgendwas einfallen lassen, damit wir hier irgendwie nicht so viel Leerstand haben. Das ist selbstverständlich nicht zurück in diese Zeiten, da wissen wir alle, dass das nicht zielführend war. Aber ich denke, es kann halt auch nicht zielführend sein, falsche Mengenanreize zu setzen. Da wissen wir, dass wir ein Problem haben. Und ich kann mich selber oft daran erinnern, bestimmte Prozeduren codiert zu haben, und dann so der Hinweis: Na ja, das bringt aber den und den Erlös, und das bringt den und den Erlös. Wir wissen alle, was wir für problematische Entwicklungen hatten, weil wir sehr invasive und stark technikbezogene Dinge sehr stark bewertet und auch gut vergütet haben. Das ist auch ein Fehlanreiz. Davon müssen wir uns lösen. Und ich denke, Weiterentwicklung und Bearbeitung, ja. Back to the Roots, wir müssen möglichst viele Betten irgendwie belegt halten, das ist keine gute Versorgung.

AG: Das ist aber ein gutes Stichwort, weil ich das auch im Moment auf Bundesebene oder egal, wo man hinkommt ... hören wir im Moment, die Krankenhäuser sollen jetzt doch mal wieder zum Regelbetrieb dazukommen. Ich war ja auch in dem Covid-19-Beirat, und bis 30.09. gab es die Freiheit der Pauschalen, die jetzt differenziert wurden. Und jetzt sollen doch mal die Krankenhäuser wieder operieren. Dann habe ich auch interessant: Interessant. Und monatlich bekomme ich sehr interessante Auswirkung bei uns auch aus unseren acht Kliniken. Also das sind ja schon auch große Fallzahlen, die man dann sehen kann. Und wir hatten auch teilweise 50 Prozent weniger Zuweisungen. Ich habe mal geguckt, wie viele von den niedergelassenen, Ärztinnen und Ärzten, und da war es im zweiten Quartal, wo eigentlich voll ... im ersten Quartal kann man ja nur die Hälfte vom März dazurechnen. Da waren es fast 50 Prozent weniger Patient*innen mit

Einweisung, also sogenannte elektive. Und auch da wird wahrscheinlich dann die Wahrheit in der Mitte liegen. Die Bevölkerung hatte vielleicht auch Sorge, auch in eine Arztpraxis überhaupt zu gehen, ist lieber zu Hause geblieben. War ja auch so gewünscht: Stay at home. Ich bin auch gespannt, wie es dann weitergeht, wie es einpendelt. Und wir haben über lange Zeit sogar in den Rettungsstellen massiv weniger gehabt. Das ist auch wieder: Waren die damals überfrequentiert? Oder was ist jetzt passiert? Was mich teilweise auch bedrückt hat, was: In den Kinderrettungsstellen bis zu 40 Prozent weniger Fälle. Und jetzt so im letzten Monat, ich habe gerade wieder die aktuellen Daten bekommen, geht es zumindest wieder in die Richtung, wie es 2019 in den Monaten war. Aber das war wirklich massiv. Und in den Bereichen, also alles, was man wirklich schon mal planen kann, Bruchoperation, solange der Bruch nicht akut eingeklemmt ist, oder die Gallenblase, die schon immer mal raus sollte, solange sie eben nicht akut oder irgendwie ganz schlimm ist, das ist deutlich noch unter Vorjahr. Deutlich. Jetzt höre immer alle so: Operiert mal wieder. Ich sage: Na ja, ihr habt doch immer gesagt, wir sollen nicht so viel operieren.

Aber wird die Zahl der Patienten wieder auf gleiche Niveau von vorher zurückgehen? Oder haben wir schon auch gesehen, dass es vielleicht einen kleinen Anteil an Patienten gab, die vielleicht nicht hätten versorgt werden müssen, aber eben durch unser System bisher präcorona eben ganz normal ins Krankenhaus gegangen sind und dort dann eben auch behandelt wurden?

AG: Das wäre jetzt, als hätte ich eine Glaskugel. Wir sind noch, Sie haben es auch gesagt, mitten in der Pandemie drin. Das muss man jetzt abwarten, wie sich das wirklich auch mittelfristig auswirkt auch auf die gesundheitlichen wirklich vielleicht auch Spätschäden.

Diejenigen, die eben nicht zur Vorsorge gegangen sind und gesagt haben: Komm, der Knoten in der Brust ... oder ich für mich nicht so ... Was da eben auch an Spätfolgen noch da sein werden. Und da gibt es ja viele auch,

die sich damit beschäftigen auch von universitärer Ebene, Gesundheitsökonomien, die das auch jetzt schon mit Daten auch vom InEK analysieren. Es gibt ja die bekannte Publikation auch. Aber das ist noch im Moment zu früh.

Wenn Sie jetzt sagen würden: Was meinen Sie? Also ich könnte schon durchaus schätzen, dass wir zumindest weiterhin erst mal noch zehn Prozent unter dem bleiben. Also nicht mehr ganz so massiv. Wir können im Moment auch gar nicht so hochfahren wegen der Vorgaben vom Robert-Koch-Institut wegen Abstandsregelungen. Wir haben teilweise noch Drei- oder sogar Vierbettzimmer. Aber ich glaube schon, dass es weniger werden wird. Oder Ambulantisierung, das wurde noch mal mobilisiert.

UN: Also ich denke, die Folgen können wir noch gar nicht richtig bewerten. Also da ist ein guter Teil auch drin, wo man sich Sorgen machen muss, dass Menschen, die hätten kommen müssen oder sollen, aus Angst vor Infektionen dann nicht gekommen sind und dass Krankheiten, die wesentlich gravierender dann waren, nicht behandelt worden sind oder auch bestimmte Dinge verzögert verschleppt oder dekompensiert sind. Ich glaube, das ist auch noch nicht aufgearbeitet, da werden wir noch eine Weile Zeit brauchen. Natürlich ist auch ein gewisser Prozentsatz dabei, wo man sagt: Na ja, die sind nicht gekommen wegen Corona, und das ist halt so. Also ich bin gespannt, was die Daten dann sagen. Aber wir kriegen ja auch viele Signale zum Beispiel, was auch jetzt häusliche Gewalt oder Vernachlässigung von Kindern angeht, dass das jetzt erst so nach und nach ans Tageslicht kommt, denn im Lockdown down hat sich auch niemand gemeldet, da hat keiner gucken können. Und wir merken, dass das mit einer gewissen Verzögerung jetzt halt ganz schön anlandet und doch auch zum Teil erschreckend ist. Und natürlich haben Sie völlig recht: Wir können im Moment wegen der Pandemie ja keine hundert Prozent Auslastung fahren oder Vollaustattung fahren. Es muss getestet werden, es müssen Infektionswege beachtet werden, es können Zimmer nur partiell belegt werden, bis man Ergebnisse hat.

Man möchte nicht die Fehler, dass sich Wege kreuzen zwischen Infizierten oder Nichtinfizierten oder Verdachtsfällen ... Da muss weiterhin drauf geachtet werden. Und da haben die Krankenhäuser eine ganze Menge zu tun, auch eine ganze Menge Aufwendungen. Und die können halt dann auch nicht so hochfahren, wie das vor Corona der Fall war. Und ich denke, das wird uns auch eine Weile noch weiter begleiten.

Da beneidet Sie wahrscheinlich auch keiner, Sie beide, die Entscheidungen, die Sie treffen mussten, immer wieder ad hoc anzupassen jetzt in den letzten Monaten, aber auch in den kommenden. Ich will zum Abschluss eine kurze, schnelle Runde mit Ihnen machen. Es sind drei Fragen. Die erste ist ein bisschen persönlich, aber danach wird es wieder Gesundheitswesen. Die erste Frage, vielleicht fangen wir mit Ihnen an. Theater, Kino oder Netflix?

AG: Kino. Kino, eindeutig.

Ist übrigens nicht wichtig, ob Sie sich da widersprechen oder nicht. In welchem Jahr, glauben Sie oder schätzen Sie, kann zwischen allen Krankenhäusern in Deutschland ein Befund digital verschickt werden?

UN: Zwischen allen?

Also technisch zumindest möglich.

UN: 2025.

AG: Was meinen Sie unter Digital? Also E-Mail geht jetzt auch als PDF.

Dann kommt der Datenschutz.

AG: Ja. Die Faxe sind ja auch digital. Ich glaube, das hat auch was mit dieser Zertifizierung, was ist vom Datenschutz ...

UN: Ich glaube, das meinte sie.

AG: Ja, für mich wäre das ja dann letztendlich die elektronische Gesundheits- oder Patientenakte. Also ich denke auch schon noch, dass wir da noch vier, fünf Jahre brauchen.

Ich finde es trotzdem einigermaßen optimistisch. Finde ich okay.

UN: Ohne Optimismus könnten wir das auch alles nicht ertragen.

Die nächste Gemeinsamkeit zwischen Ihnen beiden. Wenn Sie persönlich genau einen Aspekt im Gesundheitswesen ändern könnten, was wäre das?

UN: Einen einzigen?

... muss nicht realistisch sein.

UN: Also das, was mir Moment sofort einfällt: Tarifverträge, ordentliche Bezahlung in der Pflege.

AG: Keine Sektoren.

Das sind doch zwei Ziele für die nächsten zwanzig Jahre. Da wird uns nicht langweilig werden. Ganz herzlichen Dank für dieses Gespräch. Man hat, glaube ich, richtig gehört, wie Sie beide auch ähnliche Perspektiven haben, auch viele Ideen haben, wie das Gesundheitswesen vorangebracht werden kann und eben, wie Sie es auch in den letzten Monaten und Jahren durchgeführt haben. Deswegen ganz, ganz herzlichen Dank dafür. Und erst mal noch einen schönen Nachmittag.

UN: Und danke für die angenehme Gesprächsführung.

AG: Ich schließe mich an. Vielen Dank.

- Ende des Gesprächs -

Die Fragen stellte Dr. Patricia Ex, Geschäftsführerin des BMC e.V.

In unserer nächsten Episode: **Nora Blum**, CEO und Gründerin Selfapy GmbH und **Steffen Krach**, Staatssekretär für Wissenschaft und Forschung des Landes Berlin, zum **Innovationspotenzial durch Start-Ups**.



Dr. Patricia Ex, Ursula Nonnemacher und Andrea Grebe (v.) ©bws-av.net

GESUNDHEITS PERSPEKTIVEN

Ein Podcast der berliner wirtschaftsgespräche e.v.

Episode 2

Krankenhausmarkt Berlin-Brandenburg

Andrea Grebe & Ursula Nonnemacher



Impressum

Verantwortlich für den Inhalt ist der Vorstand der berliner wirtschaftsgespräche e.v., vertreten durch Kristina Jahn, Geschäftsführerin.

berliner wirtschaftsgespräche e.V.
Bleibtreustraße 33 | 10707 Berlin

Telefon: +40 30 39 90 95 80

E-Mail: info@bwg-ev.net
Website: <https://bwg-ev.net>

Der berliner wirtschaftsgespräche e.v. ist in
das Vereinsregister beim Amtsgericht
Charlottenburg zu Berlin unter der Nummer
17721 B eingetragen.

Steuernummer: 27/661/60575
USt-IdNr.: DE219481678

Realisiert mit freundlicher Unterstützung durch:

