

Regional, bedarfsorientiert, krisenfest

Lehren aus der COVID-19-Pandemie für die Krankenhausversorgung der Zukunft

27. Juli 2020

1. **Erfolgsfaktor dezentrale Krankenhausstruktur**
2. **Stabiler Sockel an Intensivkapazitäten**
3. **Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung**
4. **Nachhaltig gute Arbeitsbedingungen**
5. **Mehr Investitionen in Digitalisierung und Patientensicherheit**
6. **Herausforderungen für Ethik und Seelsorge**
7. **Neue Ansätze zur Krankenhausfinanzierung und –planung**

Zusammenfassung

Die dramatischen Bilder aus Italien, Spanien, Frankreich und den USA sind uns allen noch vor Augen. In einigen Hotspots der COVID-19-Pandemie reichten die Intensiv- und Beatmungskapazitäten in den Krankenhäusern nicht aus, um alle Patient_innen mit schweren Verläufen angemessen zu versorgen. Ärzt_innen und Pfleger_innen berichteten auf erschütternde Weise, wie sie entscheiden mussten, welche Patient_innen die knappen Behandlungsressourcen bekommen und welche nicht. Viele starben, weil sie aufgrund fehlender Kapazitäten nicht weiter behandelt werden konnten.

In Deutschland konnten solche Situationen in den zurückliegenden Wochen vermieden werden. Die erste Welle der COVID-19-Pandemie verlief hier im internationalen Vergleich mild. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Sie im Detail zu analysieren wird auch die Versorgungsforschung nun lange beschäftigen.

Regionale Netzwerke sicherten Versorgung

Deutschlandweit waren die Kliniken in Alarmbereitschaft versetzt, doch das Infektionsgeschehen verlief regional sehr unterschiedlich. Die Wahrnehmung zur Lage in den Kliniken prägen derzeit oft Bilder von leeren Fluren. Denn an vielen Orten

im Land wurden die kurzfristig in den Häusern geschaffenen zusätzlichen Intensiv- und Beatmungskapazitäten nicht ausgeschöpft. Dies nun zum Indiz für überflüssige Krankenhauskapazitäten in Deutschland zu erklären, ist jedoch zynisch. Denn mit weniger Vorlauf, Erfolg und Glück bei der Pandemiebekämpfung hätten diese Ressourcen schnell entscheidend sein können.

In einigen Hotspot-Regionen in Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg kamen die Ressourcen zeitweise an ihre Grenzen. Doch auch

hier wurden die Patient_innen in den Krankenhäusern weiterhin auf hohem Niveau medizinisch versorgt. Überall im Land fanden sich die Kliniken über Trägergrenzen hinweg zu regionalen Netzwerken zusammen, um die Versorgung der Menschen zu sichern. Wo Intensivkapazitäten fehlten, konnten Patient_innen an andere Kliniken verlegt werden. Wo ein Pflegeheim von einer Infektionswelle überrollt wurde, nahmen zudem Krankenhäuser die pflegebedürftigen Menschen auf, um sie zu schützen und zu versorgen.

Ein frischer Blick auf die Strukturdebatte

Die dezentrale Krankenhausstruktur in Deutschland hat sich als flexibles und krisenfestes Netz erwiesen. Im Gegensatz dazu sind angesichts der COVID-19-Pandemie die Schwächen stärker zentralisierter Systeme in europäischen Nachbarländern offen zu Tage getreten. Für die notwendige Debatte über die Krankenhauslandschaft der Zukunft taugen alte Rezepte und Fingerzeige ins Ausland nicht länger. Vielmehr braucht es nun einen frischen Blick, der die Erfahrungen der bisherigen Pandemiebekämpfung und die Bedeutung der Kliniken für die Daseinsvorsorge mit einbezieht. Gerade die Abstimmung in den sektorenübergreifenden Versorgungsnetzwerken war in den Regionen sehr wirkungsvoll.

„Als Klinik der Grund- und Regelversorgung haben wir zu Spitzenzeiten mehr als 20 COVID-19 Patienten, davon bis zu zehn beatmungspflichtig, in unserem Haus versorgt. Die Diskussionen im politischen Raum über einen weiteren Bettenabbau in Deutschland und damit verbunden eine starke Zentralisierung von Kliniken halten wir gerade im ländlichen Bereich für völlig abwegig. Nur die dezentrale und damit auch wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung hat uns die Corona-Pandemie relativ gut überstehen lassen.“

Armin Sülberg, Geschäftsführer Eichsfeld Klinikum gGmbH, Reifenstein

Der Katholische Krankenhausverband vertritt bundesweit 266 Krankenhäuser an 344 Standorten. Dazu gehören sowohl akademische Lehrkrankenhäuser und Kliniken der Maximalversorgung als auch Häuser mit einer mittleren bis kleinen Bettenzahl. Zahlreiche Träger sind zudem Komplexanbieter, die neben Kliniken auch Reha- und Pflegeeinrichtungen betreiben. Die Bandbreite der Erfahrungen bei den katholischen Krankenhausträgern ist somit groß. Mit diesem Positionspapier will der Verband einen Beitrag dazu leisten, Erfahrungen und Lehren aus der Bewältigung der ersten Welle der COVID-19-Pandemie zu formulieren und einzuordnen.

1. Erfolgsfaktor dezentrale Krankenhausstruktur

Die Gründe dafür, dass Deutschland die erste Welle der COVID-19-Pandemie im internationalen Vergleich gut bewältigt hat, sind vielfältig. Doch klar ist schon jetzt: Die in der Vergangenheit gerne gescholtene, dichte, dezentrale und wohnortnahe Krankenhausstruktur in Deutschland hat einen wichtigen Beitrag geleistet. Dafür gab es auch international viel Lob.

Kliniken vor Ort arbeiten Hand in Hand

In vielen Regionen trafen die Kliniken schnell enge Absprachen, um eine bestmögliche Aufstellung im Dienste der Patient_innen zu erzielen. Trägerunterschiede oder Konkurrenzdenken traten dabei in den Hintergrund. Absprachen und die Aufteilung von Versorgungsleistungen wurden erst möglich, da in der Fläche genügend gut erreichbare Krankenhäuser zur Verfügung stehen. Auch kleinere Krankenhäuser übernahmen dabei im Rahmen der regionalen Pandemiepläne an vielen Orten wichtige Aufgaben. So stellten kleine und mittelgroße Krankenhäuser in Absprache mit den COVID 19-Schwerpunktversorgern vor Ort beispielsweise die nicht Corona bedingte, allgemeine Notfallversorgung der Bevölkerung sicher. Mancherorts wurden gerade kleinere Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung von ihren Trägern zu Corona-Behandlungseinheiten umgewid-

„Dass wir als Veedelskrankenhaus im Stadtteil verwurzelt sind und gewachsene Netzwerke z. B. zur Stadt Köln oder zum Krisenstab der Feuerwehr nutzen konnten, war von großem Vorteil.“

Dr. Michael Granitzka, Chefarzt Anästhesie und Einsatzleiter des Krisenstabs, St. Franziskus-Hospital, Köln

met, um eine räumlich abgeschlossene Einheit als Anlaufstelle und für die Versorgung der COVID-19-Infizierten zu bilden.

Wenn ein regionaler Schwerpunktversorger durch einen COVID-19-Ausbruch unter Mitarbeiter_innen und Patient_innen wie beispielsweise in Potsdam kurzzeitig geschlossen werden musste, standen die umgebenen, meist kleineren Kliniken

zudem bereit, die vollständige Versorgung zu übernehmen und gleichzeitig die Notfallversorgung der Bevölkerung zu sichern. Gerade in den ländlich geprägten Hotspot-Regionen haben mittlere und kleine Kliniken Hand in Hand die Versorgung von COVID-19-Patient_innen übernommen.

COVID-19-Patient_innen wurden nicht nur von Uniklinika und Maximalversorgern behandelt, sondern abgestuft nach der Schwere des Falles im wohnortnahen vertrauten Krankenhaus. So konnte sich

die spezialisierte Hochleistungsmedizin auf die Versorgung von Patient_innen mit besonders komplexen Verläufen konzentrieren. Gleichzeitig ermöglichte die Sicherheit einer großen wohnortnahen Krankenhausedichte mehr Spielraum bei den Instrumenten der Pandemiebekämpfung. Diese Erkenntnis spiegelt sich auch in der Lebensrealität der Bürger_innen wieder, wie eine repräsentative Forsa-Umfrage zeigt.¹ Dagegen wurden in Bundesländern mit einer bereits sehr ausgedünnten Krankenhausstruktur wie Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern die strengsten Beschränkungen zur Pandemiebekämpfung erlassen.

„An einem Donnerstag im März wurde klar, dass Hohenlohe ein Corona-Hotspot ist. Die Corona-Ambulanz war schon voll mit Patienten, und es kamen immer neue dazu. Dank der guten Kontakte mit den umliegenden Krankenhäusern, die selbst noch kaum Corona-Patienten hatten, konnten einige Patienten verlegt werden. Die Kommunikation mit den anderen Krankenhäusern hat sehr gut funktioniert und so bekamen wir die Situation rasch unter Kontrolle.“

Nicole Bieszcz, stv. Stationsleitung der Notfallaufnahme und Zentralambulanz, Hohenloher Krankenhaus, Öhringen

¹ 74 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass eine deutliche andere Krankenhausstruktur (etwa die Hälfte der heutigen Standorte, dafür größere Krankenhäuser) das Gesundheitssystem bei der Pandemiebekämpfung vor größere Probleme gestellt hätte. Mehr Informationen zur Umfrage: <https://kkvd.de/forsa-umfrage-covid19/>

Vorteile nicht durch unregelmäßigen Strukturwandel verspielen

Und noch etwas hat die Corona-Krise gezeigt: die Bürger_innen in Deutschland konnten den regionalen Strukturen vertrauen. 93 Prozent der BürgerInnen wünschen sich ein wohnortnahes Krankenhaus.² Es waren Anlaufstellen in erreichbarer Nähe, die den Menschen Sicherheit gaben. Unterstützt wird diese Aussage durch eine aktuelle Untersuchung des Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) zu Zufriedenheitswerten der Bevölkerung mit Behandlungen im Krankenhaus.³

Vernetzte und dezentrale Strukturen haben geholfen, die Pandemie beherrschbarer zu machen, auch indem Kliniken in der Nähe als Absicherung bei einem COVID-19-Ausbruch in einem anderen

Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung zur Verfügung standen. Zudem wurden Häuser der Maximalversorgung bei der Behandlung von Patient_innen mit weniger schweren Verläufen entlastet. Die in Deutschland vorhandene dezentrale Krankenhausstruktur hat sich damit in der Krise als flexibles, elastisches

Netz mit starken Knoten erwiesen. Dadurch kann auch bei einem regionalen Lock-Down in der jeweiligen Versorgungsregion schnell reagiert werden, wenn genügend Krankenhäuser in der entsprechenden Region verfügbar sind.

Dieser wichtige Vorteil darf nicht verspielt werden, in dem die Politik weiterhin auf einen unregelmäßigen Strukturwandel in der deutschen Krankenhauslandschaft setzt, der nicht am regionalen Versorgungsbedarf ansetzt sondern einen Abbau von Klinikkapazitäten ohne Plan und Ziel über Wettbewerbsdruck fördert. Ein Kahlschlag in den Versorgungskapazitäten könnte bei der nächsten Pandemie unter Umständen eine Verdoppelung der zu versorgenden Fläche und Bevölkerungsanzahl bedeuten.

„Als Level-2-Klinik behandeln wir seit dem Beginn der Pandemie COVID-19-Patienten mit unterschiedlich schweren Krankheitsverläufen bis hin zu beatmungspflichtigen Patienten. Wir leisten als Caritas-Klinik einen wichtigen Beitrag zur Versorgung.“

Dr. Christian Breitzkreutz, Ärztlicher Direktor, Caritas-Klinik Maria Heimsuchung, Berlin

² Mehr Informationen: <https://kkvd.de/forsa-umfrage-covid19/>

³ Insbesondere Krankenhäuser im ländlichen Raum und freigemeinnütziger Trägerschaft erhalten die höchsten Zufriedenheitswerte. Mehr Informationen zur Studie: <https://www.rwi-essen.de/presse/mitteilung/400/>

2. Stabiler Sockel an Intensivkapazitäten

Eine der in Europa am stärksten von der COVID-19-Pandemie in die Krise gestürzten Regionen war die Lombardei in Italien. Als besonderer Hotspot galt hier die Stadt Bergamo. Die Versorgungsstruktur und die Klinikkapazitäten dort unterscheiden sich deutlich von den Regionen in Deutschland. Laut Statistiken der OECD verfügte Italien zu Beginn 2020 über 8,6 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner_innen. Die Zahl der Allgemeinkrankenhäuser betrug laut OECD 898 im Jahr 2017, das sind 14,8 Kliniken pro 1 Million Einwohner_innen.

In Deutschland lag die Zahl der Intensivbetten pro 100.000 Einwohner_innen im Jahr 2017 bei einem Wert von 33,9. Eine ähnliche hohe Dichte weisen Österreich mit 28,9 und die Vereinigten Staaten mit 25,8 auf. Hätte Deutschland zu Beginn der Pandemie den Versorgungsgrad auf dem Niveau von Italien gehabt, wären nur rund 7.500 Intensivbetten verfügbar gewesen. Das Doppelte wäre nötig gewesen, um auch für den letztlich milden Verlauf der ersten Infektionswelle in Deutschland genügend Kapazitäten für die Versorgung von Intensivpatient_innen zu haben.

Im März und April musste jedoch von einem anhaltenden exponentiellen Anstieg der Zahl von COVID-19-Patient_innen mit schwerem Verlauf ausgegangen werden. Daher wurden die in Deutschland vorhandenen rund 28.000 Intensivbetten (2017) bis Mai auf 32.000 Betten aufgestockt. Legt man das italienische Niveau zu Grunde, wäre eine kaum realistische, mehr als Vervierfachung der Kapazitäten nötig gewesen. Der im internationalen Vergleich hohe Sockel vorhandener Intensivbetten war somit ein entscheidender Vorteil zur Sicherung der Versorgung.

„In der kritischen Phase um Ostern herum waren bei uns zeitweise zehn Patienten gleichzeitig an Beatmungsmaschinen angeschlossen. Die längste Beatmungsdauer eines inzwischen entlassenen und weitgehend genesenen 82-Jährigen betrug über 25 Tage. Unsere Zahlen und Verläufe entsprechen denen vieler deutscher Kliniken und bestätigen uns, dass wir es mit einer bedrohlichen neuen Virus Pneumonie zu tun haben.“

Dr. Michael Jakob, Sektionsleitung Pneumologie, Leitender Oberarzt
Klinik für Innere Medizin II, Klinikum Dritter Orden, München

3. Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung

Angesichts eines weitgehend unbekanntem Erregers und fast täglich neuen, bisweilen widersprüchlichen Meldungen über Infektionswege, Symptome und Folgen der Erkrankung brauchten die ambulanten Strukturen zu Beginn Zeit, sich auf die Pandemie einzurichten. Aufgrund fehlender Schutzausrüstung mussten anfangs zahlreiche Arztpraxen geschlossen werden. COVID-19-Verdachtsfälle verwiesen Ärzt_innen zudem oft direkt an das nächste Krankenhaus. Die Notaufnahmen und Fieberambulanzen der Kliniken wurden so zur wichtigen Anlaufstelle für die Patient_innen. Um die COVID-19-Verdachtsfälle von den übrigen Patient_innen zu separieren, errichteten daher zahlreiche Krankenhäuser in aller Eile räumlich getrennte Anlaufstellen und Testzentren. Zudem kamen auch die Gesundheitsämter in dieser Phase schnell an ihre Kapazitätsgrenzen. Die Krankenhäuser bildeten somit in der ersten Phase der Pandemiebekämpfung ein stabiles Rückgrat der Versorgung.

Kliniken als erster Schutzwall

Dass Hausarztpraxen zu Beginn einer Pandemie mit unbekanntem Erreger eine besonders fragile Infrastruktur darstellen, liegt auf der Hand. Ein einziger nicht rechtzeitig erkannter infizierter Patient kann dazu führen, dass das Praxisteam in Quarantäne gehen muss. Auch sind sie baulich nicht dafür ausgerüstet, Patient_innen über separate Eingänge zu schleusen. Umso wichtiger war und ist es, dass die Kliniken in erreichbarer Nähe waren und dem ambulanten Sektor zu Beginn der Krise den Rücken freihalten konnten. Sie bildeten den ersten Schutzwall, damit sich die niedergelassenen Ärzt_innen auf die neue Lage einstellen konnten. Im Verlauf hat die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Strukturen sowie den Gesundheitsämtern gut funktioniert. Auch dies deckt sich mit der Wahrnehmung in

„Mit der raschen Ausbreitung des Coronavirus in Potsdam entstand eine diffuse Lage der Verunsicherung in der Bevölkerung. Die Nachfrage nach Abklärungsmöglichkeit stieg rapide an, jedoch fehlten zunächst zentrale Anlaufpunkte seitens der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Alexianer nahmen schließlich Mitte März als erste Instanz in Potsdam ein Sichtungszelt auf dem Klinikgelände des St. Josefs-Krankenhauses in Betrieb.“

Oliver Pommerenke, Regionalgeschäftsführer im Verbund der Christlichen Kliniken, Potsdam

der Bevölkerung.⁴ Für eine mögliche zweite Infektionswelle sind die Gesundheitsstrukturen somit gut gerüstet.

Krankenhäuser entlasten Pflegeheime

An einer weiteren Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zeigte sich in der Krise, dass mehr sektorenübergreifende Ansätze nötig sind. So konnten die Krankenhäuser auch im besonders sensiblen Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen schnell und flexibel Unterstützung leisten und so zur Sicherung der Daseinsvorsorge beitragen. An mehreren Orten wurden Bewohner_innen von Pflegeheimen, in denen ein COVID-19-Ausbruch stattfand, als Quarantäne-Patient_innen vorübergehend von den umliegenden Krankenhäusern aufgenommen, auch wenn keine Krankenhausbehandlung nötig war.

„In einem Pflegeheim in unserem Einzugsgebiet gab es im März eine schwere COVID-19-Infektionswelle. Da waren schnelles Handeln und vernetzte Zusammenarbeit gefragt. Unser Chefarzt kontaktierte unmittelbar die betreuenden Hausärzte und das örtliche Netzwerk der niedergelassenen Ärzte. Die Zusammenarbeit hat sofort gut funktioniert.“

Heidi Jansen, Geschäftsführerin, St. Antonius Krankenhaus, Köln

Da Pflegeeinrichtungen mangels Kapazitäten oder aufgrund von regional sehr unterschiedlichen Quarantäne-Anforderungen Aufnahmen stoppten, mussten die Krankenhäuser zudem Patient_innen ohne weiteren Behandlungsbedarf auf Station behalten. Davon betroffen waren Patient_innen mit und ohne COVID-19-Infektion unabhängig von ihrem Pflegegrad. Das bindet Kapazitäten und führt zu Abrechnungsproblemen in den Krankenhäusern.

Reha-Kliniken als weiteres Auffangnetz

Deutschland verfügt mit seinen Strukturen der medizinischen Rehabilitation über einen weiteren qualifizierten medizinischen Versorgungssektor. Während die Kliniken üblicherweise nachstationär rehabilitativ versorgen, steht mit der dort vorhandenen ärztlich-pflegerischen Kompetenz im Krisenfall eine auch akutmedizinisch nutzbare Ressource zur Verfügung. Schon früh hat der Gesetzgeber dieses Potenzial erkannt und die Rahmenbedingungen dafür geschaffen, dass Rehabilitati-

⁴ Auf die Frage nach dem größten Anteil bei der Behandlung und Testung von COVID-19-Patienten nannten jeweils 36 Prozent der Befragten in einer repräsentativen forsa-Umfrage die Krankenhäuser und die Gesundheitsämter. Die Hausärzte wurden von 13 Prozent genannt, alle gleichermaßen sagten 9 Prozent. Mehr Informationen zur Befragung: <https://kkvd.de/forsa-umfrage-covid19/>

onskliniken im Bedarfsfall zur Entlastung von Krankenhäusern und Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen herangezogen werden konnten. Viele Reha-Kliniken haben darauf kurzfristig reagiert und die notwendigen Vorkehrungen getroffen, um diese Aufgabe übernehmen zu können.

Durch Vernetzung ambulanten Sektor stärken

Sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerke haben sich als Garant für eine verlässliche regionale und bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung erwiesen. Neben dem klassischen Sektorenverständnis „stationär“ und „ambulant“ ist es zukünftig auch notwendig, die Schnittstellen zwischen den Sektoren „akut“, „rehabilitativ“ und „pflegerisch“ neu zu denken.

Krankenhäuser sollten planvoll in den ambulanten Sektor mit einbezogen werden. Die Vorschläge zur Reform der ambulanten Notfallversorgung müssen überdacht werden. Auch könnten Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen enger kooperieren, um mehr Kurzzeitpflegeplätze bereitzustellen. Zudem ist eine praxisnahe Regelung notwendig, wenn Kliniken Patient_innen mangels einer gesicherten Nachversorgung aus sozialen Gründen länger auf Station behalten. Krankenhäuser können einen wichtigen Beitrag leisten, die ambulanten Strukturen zu stärken und zukünftig deutlich auszuweiten. Das stellt jedoch eine langfristige Herausforderung dar. Telemedizinische Anwendungen können hier ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur Vernetzung bilden.

4. Nachhaltig gute Arbeitsbedingungen

Ohne das große Engagement, die Hingabe und Flexibilität der Mitarbeiter_innen in den Kliniken wären die großen Herausforderungen in den zurückliegenden Wo-

chen nicht gelungen. Teams organisierten sich um und Schichtzeiten wurden verlängert. Wo COVID-19-Patient_innen zu versorgen waren, brachte das Arbeiten in Schutzkleidung Ärzt_innen und Pfleger_innen auch an körperliche Grenzen. Hinzu

„Da gesetzliche Vorgaben und Verordnungen sich teilweise sehr kurzfristig änderten, war durchgehend die maximale Flexibilität aller Mitarbeitenden gefordert, da wir ständig Dienstpläne ändern und unsere Pflegefachkräfte informieren und briefen mussten. Die qualitativ gute Patientenversorgung gelang uns nur, weil sich alle Mitarbeitenden über das besondere Maß hinaus engagiert haben.“

Emine Ergin, Pflegedienstleiterin, Krankenhaus Barmherzige Brüder, München

kamen die seelischen Belastungen im Angesicht schwerer Verläufe und des Gefühls, dem weitgehend unbekanntem Virus wenig entgegenzusetzen zu können.

In der Öffentlichkeit und auch ganz praktisch an den Klinikstandorten haben die Teams dafür sehr viel Anerkennung erhalten. Es wurde für sie geklatscht, es wurden motivierende Danke-Transparente an Krankenhauseingängen aufgehängt und es wurden Spenden vorbeigebracht. Diese Anerkennung gebührt nicht nur Ärzt_innen und Pfleger_innen, sondern allen Mitarbeiter_innen in den Krankenhäusern wie dem Rettungsdienst und den Reinigungskräften.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass ausreichend Schutzkleidung und das Angebot von unkomplizierten Testungen nicht nur die Sicherheit erhöhen, sondern auch als Zeichen der Wertschätzung wahrgenommen werden.

Personalausstattung verbessern

Die Anerkennung für die Krankenhausmitarbeiter_innen darf jedoch kein symbolischer Akt bleiben. Gerade für die Profession der Pflegenden sind Arbeitsbedingungen notwendig, die am Menschen orientierte, zugewandte Pflege ermöglichen. Mit dem Konzept der „Pflegepersonal-Regelung 2.0“ unterstützt der kkvd eine Personalbemessung, die den Stellenwert der Pflegenden im stationären Behandlungsprozess angemessen würdigt und abbildet. Zudem haben die Mitarbeiter_innen in allen Kliniken unabhängig der Trägerschaft Anspruch auf eine faire, angemessene Bezahlung für ihre wichtige Arbeit.

Die Arbeitgeber_innen können ihre Pflicht zur Ausstattung der Mitarbeiter_innen mit Schutzausrüstung nur dann angemessen erfüllen, wenn die Ausrüstungsgegenstände auch zeitnah und in ausreichen-

„In den seelsorgerlichen Gesprächen mit Mitarbeitenden wurde immer wieder die Angst vor einer Ansteckung spürbar. Dabei ging es meist weniger um die eigene Gesundheit, als die der Zugehörigen, denen man nichts ‚mitbringen‘ wollte. Mit größerer Routine und ausreichender Schutzkleidung wurde die Angst kleiner. Dennoch wäre es gut, wenn allen Mitarbeitenden in allen Berufsgruppen regelmäßig eine unkomplizierte Testung ermöglicht würde. Diese schützt zwar nicht vor Ansteckung, aber gibt mehr Sicherheit. Und sie schätzt die Wert, die sich tagtäglich in der Nähe des Virus ohne eine Möglichkeit des Ausweichens bewegen müssen.“

Gemeindereferentin Gisela Stevens und Pfarrerin Doris Taschner, Katholische und Evangelische Krankenhauseelsorge, Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf (VKKD)

der Menge verfügbar sind. Dies gilt im Übrigen nicht nur für Krankenhäuser, sondern für alle Bereiche der Gesundheitsversorgung, der Pflege und der sozialen Dienste.

5. Mehr Investitionen in Digitalisierung und Patientensicherheit

Die Pandemie verleiht der Digitalisierung einen großen Schub. Diese Entwicklung darf nicht an den Krankenhäusern vorbei gehen. Dies gilt auch, da digitale Anwendungen einen wichtigen Beitrag leisten, um den Infektionsschutz für Mitarbeiter_innen und Patient_innen zu erhöhen und eine schnelle Weitergabe von Informationen zu ermöglichen. Daher geht die Bundesregierung mit dem „Zukunftsprogramm Krankenhaus“ zur Finanzierung von Notfallkapazitäten und Investitionen in die digitale Infrastruktur in die richtige Richtung. Aus den ohnehin nicht unfänglich fließenden Investitionsmitteln der Länder ist ein deutlicher Sprung nach vorn in der Digitalisierung nicht zu leisten. Kosten entstehen sowohl für die Entwicklung und Anschaffung von Anwendungen, als auch für die Schulung des Personals.

Gestaltungsfreiheit vor Ort ausbauen

Auch Maßnahmen zum weiteren Ausbau der Patientensicherheit sind nicht aus den bisherigen Investitionsmitteln zu stemmen. Hierzu gehören beispielsweise für die Einrichtung getrennte Zugänge zur Notaufnahme oder die Bildung interdisziplinärer Teams. Neben finanzieller Absicherung ist hier auch die Gestaltungsfreiheit der Einrichtungen vor Ort zu sichern und auszubauen.

Erschwert wurde die Arbeit in den Krankenhäusern vielerorts, da die Schutzausrüstung zeitweise nicht ausreichend vorhanden war. So mussten beispielsweise Schutzmasken zum mehrfachen Gebrauch wiederaufbereitet werden. Der biswei-

„Bereits in den ersten Tagen zeigte sich, dass die Erkrankung sehr schnell fortschreiten kann. Im Sinne der vorausschauenden Gesundheitsplanung wurde mit allen Patienten bereits bei Aufnahme auf diese Station geklärt, ob sie Notfallmaßnahmen oder eine Verlegung auf die Intensivstation wünschen würden. Die interne Dokumentation wurde entsprechend angepasst. Jetzt wird auf einen Blick ersichtlich, ob und mit welchem Ergebnis Gespräche zum Patientenwillen geführt wurden“

Dr. med. Alice Schwab, MAE, Oberärztin der Abteilung für Schmerztherapie, Ethikbeauftragte des St. Franziskus-Hospitals Münster

len an die Krankenhäuser adressierte Vorwurf, sie hätten nicht genügend Lagerbestände aufgebaut, läuft dabei ins Leere. Die Krankenhäuser sind vom Gesetzgeber angehalten, wirtschaftlich zu handeln. Eine umfassende Bevorratung von nur begrenzt haltbarem Schutzmaterial steht damit grundsätzlich im Widerspruch.

Schutzausrüstung vorhalten

Daher ist notwendig, das Vergütungssystem weiterzuentwickeln und neben dem Leistungsbezug auch Vorhaltung und Bevorratung sicherzustellen. Zudem sollten Pandemiepläne und insbesondere die Regelungen zur Lagerhaltung von Schutzausrüstung präzisiert und nachgebessert werden. Auch müssen Produktionskapazitäten in Europa dauerhaft etabliert werden.

6. Herausforderungen für Ethik und Seelsorge

Die dramatischen Bilder aus Hotspot-Regionen wie dem norditalienischen Bergamo, dem französischen Straßburg oder New York in den Vereinigten Staaten haben gezeigt, dass eine Pandemie schnell auch zu moralisch-ethischen Dilemmas führt. In Deutschland konnten solche Situationen bislang glücklicherweise vermieden werden. Trotzdem entspann sich mit Blick ins Ausland auch hier eine öffentliche Debatte darüber, nach welchen Kriterien im Notfall knappe Behandlungsressourcen zugeteilt und welchen Stellenwert der Schutz von Risikogruppen angesichts weitgehender Einschränkungen für die Gesamtbevölkerung hat.

„Ethische Strukturen in den Einrichtungen sind nicht nur Ausdruck der Wahrung menschlicher Würde, sie erhöhen auch die Qualität der Versorgung.“

Diakon Bernhard Rathmer, Seelsorger und Ethikberater, Mathias-Spital, Rheine

Ethische Dimension einbeziehen

Jedes Leben ist gleich wertvoll und die Leben von Menschen dürfen nicht gegeneinander aufgewogen werden. Darauf fußt das christliche Menschenbild, das in katholischen Einrichtungen gelebt wird. Eine Triage kann als Ultima Ratio unvermeidbar sein, falls einmal nicht genügend medizinische Ressourcen verfügbar sind. Doch auch dann dürfen hier nicht äußere Kriterien wie das Alter, die Herkunft, das Geschlecht, die soziale oder ökonomische Stellung die Entscheidungen leiten. Die ethische Dimension der Krisenbekämpfung muss künftig vermehrt in

Pandemiepläne und die praktische Arbeit in Krisenstäben einbezogen werden. Dies ist möglich, in dem ethische Grundfragen frühzeitig vordiskutiert und Ethiker_innen in Krisenstäben mitarbeiten.

Seelsorge auch in der Krise gewährleisten

Hinzu kommt, dass die Erfahrungen zur Seelsorge in der Krise evaluiert und weiterentwickelt werden. So konnten zu Beginn der Krise viele Seelsorger_innen ihrem Auftrag nur eingeschränkt nachkommen, beispielsweise da die Rahmenverordnungen der Länder für sie zunächst keine ausdrückliche Zutrittsberechtigung zu den Kliniken vorsahen. Die seelsorgerische, spirituelle Begleitung muss auch in Krisensituationen gewährleistet sein. Dabei geht es nicht nur um die Seelsorge für Patient_innen und ihre Angehörigen, sondern auch für mit Mitarbeiter_innen in den Krankenhäusern. Denn sie sind in der Krise hohen Belastungen ausgesetzt. Neben die Sorge um die eigene Familie treten hier das berufsbedingt erhöhte Infektionsrisiko und die besondere Arbeitsbelastung.

7. Neue Ansätze zur Krankenhausfinanzierung und -planung

Die Debatte über die Reform der Krankenhauslandschaft muss nun vor dem Hintergrund der gewonnenen Erfahrungen mit der COVID-19-Pandemie geführt werden. Ein „Weiter so“ kann es nicht geben. Wer glaubt, die Rezepte aus der Zeit vor COVID-19 mit wenigen Veränderungen weiter verfolgen zu können, droht die gerade eben erst erwiesene Flexibilität und Handlungsfähigkeit der vorhandenen Krankenhausstrukturen, die eine wichtige Säule der Daseinsvorsorge in unserem Land sind, zu gefährden. Das Gesundheitssystem und seine Finanzierungsmechanismen sind zukünftig so zu organisieren, dass bereits im regelhaften Betrieb auf außergewöhnliche Ereignisse wie Pandemien oder lokale Ereignisse, z. B. Influenza, reagiert werden kann.

Daseinsvorsorge durch Weiterentwicklung der Dezentralität

Veränderungen sind notwendig, nicht jeder Krankenhausstandort wird langfristig gebraucht werden. Doch zeigt die bisherige Pandemiebekämpfung sehr eindrücklich, wie wichtig die Elastizität dezentraler Strukturen in einer solchen Krise ist. Statt eine Konzentration auf wenige und dafür zentral aufgerüsteten Großkliniken

zu verfolgen, ist es zielführender, die vorhandene und bewährte Dezentralität der Strukturen gegebenenfalls mit unterschiedlichen Schwerpunkten im Rahmen eines am regionalen Versorgungsbedarf ausgerichteten, vernetzten Systems intelligent weiter zu entwickeln.

Vorhaltekosten besser berücksichtigen

Der bestehende Finanzierungsmechanismus im Rahmen des DRG-Systems setzt Fehlanreize, indem Krankenhäuser nur wirtschaftlich am Markt bestehen können, wenn sie Mehrleistungen und vor allem hoch bewertete, spezialisierte Leistungen erbringen. Die Vorhaltung von Leistungen der Grund- und Regelversorgung kommt dabei zu kurz. Das Finanzierungssystem braucht eine Revision, mit der einerseits die steigenden Kosten durch eine älter werdende Gesellschaft nicht aus dem Ruder laufen, zugleich aber auch eine funktionierende Daseinsvorsorge wohnortnah sichergestellt wird.

Zu Recht werden mittlerweile zudem die gesundheitlichen Folgen für Patient_innen diskutiert, deren Krankenhausbehandlung zurückgestellt wurde, um Betten für COVID-19-Patient_innen frei zu halten. Für künftige Krisen sollten Wege diskutiert werden, wie parallel die regelhafte Behandlung von Patient_innen in größerem Maß weitergehen kann. Mit einem Kollaps in der Krankenhauslandschaft wird dies zumindest nicht gelingen. Die Krankenhausfinanzierung muss insbesondere im Bereich der Grund- und Regelversorgung über Pauschalen die Vorhaltung notwendiger Versorgungskapazitäten ermöglichen. Nur so können langfristig gleichwertige Lebensverhältnisse in allen Regionen Deutschlands geschaffen werden.

„Ein bedarfsnotwendiges Krankenhaus muss im Rahmen der Regelfinanzierung wirtschaftlich bestehen können. Um die eigenen Kosten und Investitionen zu decken, sehen sich viele Kliniken dem Systemdruck ausgesetzt, die Leistungsmengen immer noch zu steigern. COVID-19 hat zudem gezeigt, dass auch Krisen wie eine Pandemie bei der Planung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung mitgedacht werden müssen.“

Ingo Morell, stv. Vorsitzender des Katholischen Krankenhausverbands Deutschlands (kkvd)

Anlage: Stimmen aus der Praxis

Dr. Michael Granitzka

Chefarzt der Anästhesie und Einsatzleiter des Krisenstabes,
St. Franziskus-Hospital Köln

„Schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt der Covid-19-Pandemie haben wir konsequent Maßnahmen zum Infektionsschutz und zur Behandlung von Covid-19-Patienten ergriffen. Dank der engen Kooperation aller Fachabteilungen im Haus und der tatkräftigen Anstrengungen von Pflege, Hygiene, Technik, Materialbeschaffung und allen Bereichen des Hauses ist es uns gelungen, immer einen Schritt „vor der Lage“ zu sein. Ärzte und Pflegekräfte aus Innerer Medizin, Intensiv- und Notfallmedizin sowie alle anderen Fachabteilungen haben Hand in Hand gearbeitet. Auch dass wir als „Veedelskrankenhaus“ im Stadtteil verwurzelt sind und gewachsene Netzwerke z.B. zur Stadt Köln oder zum Krisenstab der Feuerwehr nutzen konnten, war von großem Vorteil. Schließlich habe ich es als hilfreich erlebt, dass wir als katholisches Krankenhaus auch die seelischen Belastungen in der Krise beachtet haben. Ein Kriseninterventionsteam aus Psychologen und Krankenhausseelsorge war für Mitarbeiter und Patienten jederzeit ansprechbar. Mein Fazit ist, dass wir die Covid-19-Krise bislang gut gemeistert haben und für eine zweite Welle solide aufgestellt sind.“

Dr. med. Alice Schwab, MAE

Fachärztin für Anästhesiologie, Oberärztin der Abteilung für Schmerztherapie, Trainerin für Ethikberatung im Gesundheitswesen (AEM), Ethikbeauftragte
St. Franziskus-Hospital Münster

"In unserem Haus wurde eine Station für Patienten mit COVID-Verdacht eingerichtet. Bereits in den ersten Tagen zeigte sich, dass die Erkrankung sehr schnell fortschreiten kann und die Patienten beatmungspflichtig werden. Im Sinne der vorausschauenden Gesundheitsplanung wurde mit allen Patienten bereits bei Aufnahme auf diese Station geklärt, ob sie Notfallmaß-

nahmen (Reanimation oder Beatmung) oder eine Verlegung auf die Intensivstation wünschen würden. Die interne Dokumentation dieser Gespräche wurde entsprechend angepasst. Jetzt wird auf einen Blick ersichtlich, ob und mit welchem Ergebnis Gespräche zum Patientenwillen geführt wurden. Auf diese Weise können wir die Therapieziele der Patienten individuell umsetzen und für die Mitarbeiter Handlungssicherheit schaffen."

Dr. Michael Jakob

**Sektionsleitung Pneumologie, Leitender Oberarzt der Klinik für Innere Medizin II
Klinikum Dritter Orden, München**

„Wir haben über hundert schwer erkrankte COVID-19 Patienten stationär behandelt. Zusätzlich kam in etwa die dreifache Anzahl an Verdachtsfällen dazu. Gerade zu Beginn der Pandemie kamen viele Menschen direkt in unsere neu etablierte infektiologische Notaufnahme, um sich auf COVID-19 testen zu lassen. Nicht selten wurden sie von ihrem Arzt direkt zu uns geschickt. Das ist nachvollziehbar, denn in den Praxen war damals oft nicht genug Schutzausrüstung vorhanden. Auch bedeutet eine Infektion im Team für die ganze Arztpraxis Quarantäne. So haben wir den niedergelassenen Ärzten den Rücken freigehalten, damit sie sich auf die neue Situation einstellen konnten.

In der kritischen Phase um Ostern herum waren bei uns zeitweise zehn Patienten gleichzeitig an Beatmungsmaschinen angeschlossen. Die längste Beatmungsdauer eines inzwischen entlassenen und weitgehend genesenen 82-Jährigen betrug über 25 Tage. Unsere Zahlen und Verläufe entsprechen denen vieler deutscher Kliniken und bestätigen uns, dass wir es mit einer bedrohlichen neuen Virus Pneumonie mit schweren und ungewöhnlichen Komplikationen zu tun haben. Und sie zeigen, dass wir in unserem Klinikum einen wertvollen Beitrag zur Versorgung von COVID-19 Patienten geleistet haben und immer noch leisten.“

Nicole Bieszcz

stellvertretende Stationsleitung von Notfallaufnahme und Zentralambulanz Hohenloher Krankenhaus Öhringen

„An einem Donnerstag im März wurde klar, dass Hohenlohe ein Corona-Hotspot ist. Die Corona-Ambulanz war schon voll mit Patienten, und es kamen immer neue dazu. Auf der Intensivstation waren fast alle Plätze belegt. Und dann kam der Anruf aus einem Seniorenheim, dass dort viele Bewohner positiv getestet sind. Dank der guten Kontakte mit den umliegenden Krankenhäusern, die selbst noch kaum Corona-Patienten hatten, konnten einige Patienten verlegt werden. Die Kommunikation mit den anderen Krankenhäusern hat sehr gut funktioniert und so bekamen wir die Situation rasch unter Kontrolle. Aber da habe ich mir gedacht, wie sollen wir das überstehen, wenn das so weitergeht?

Gleich zu Beginn mussten einige Kolleginnen in Quarantäne. Sie hatten Kontakt mit einem Patienten in der Notaufnahme, der sich später als positiv herausstellte. Obwohl das Testergebnis bei allen Kolleginnen negativ war, mussten sie 14 Tage zu Hause bleiben. In dieser Zeit kam personelle Unterstützung durch das OP-Team, da kaum noch operiert wurde und alle planbaren Eingriffe abgesagt waren.

Sechs bis acht Wochen waren ziemlich intensiv für uns alle und es gab ein paar Tage, die waren richtig krass. Vorsorglich haben wir uns im Krisenteam auch mit dem Thema Triage beschäftigt, also welche Patienten behandelt werden sollen, wenn die Kapazitäten nicht mehr für alle ausreichen sollten, und welche dann nicht. Ich habe das Triage-Konzept gelesen und hatte zum ersten Mal während der Corona-Pandemie Angst: Wenn es soweit kommen sollte, was macht das mit uns, mit meinen jüngeren Kolleginnen und Kollegen? Zum Glück ist diese Situation nie eingetreten.“

Armin Sülberg

Geschäftsführer

Eichsfeld Klinikum gGmbH Reifenstein

„Als Klinik der Grund- und Regelversorgung haben wir zu Spitzenzeiten mehr als 20 COVID-19 Patienten, davon bis zu zehn beatmungspflichtig, in unserem Haus versorgt. Damit haben wir maximale Leistungsbereitschaft in schwierigen Zeiten bewiesen. Die Diskussionen im politischen Raum über einen weiteren Bettenabbau in Deutschland und damit verbunden eine starke Zentralisierung von Kliniken halten wir gerade im ländlichen Bereich für völlig abwegig. Nur die dezentrale und damit auch wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung hat uns die Corona-Pandemie relativ gut überstehen lassen.“

Heidi Jansen

Geschäftsführerin

St. Antonius Krankenhaus Köln

„In einem Pflegeheim in unserem Einzugsgebiet gab es im März eine schwere COVID-19-Infektionswelle. Da waren schnelles Handeln und vernetzte Zusammenarbeit gefragt. Unser Chefarzt kontaktierte unmittelbar die betreuenden Hausärzte der Bewohner und das örtliche Netzwerk der niedergelassenen Ärzte. Die Zusammenarbeit hat sofort gut funktioniert, weil alle bereit waren, sofort in eine Richtung zu laufen, miteinander zu sprechen und sich eng abzustimmen. Eine solche Verbindung, dass man spontan aufeinander zugeht und sich gegenseitig unterstützt, gab es bis jetzt eigentlich nicht. Mein Fazit aus der bisherigen Pandemiebekämpfung ist daher: Wir müssen die Versorgung regional und über die Sektorengrenzen hinweg denken. Das bringt, mit etwas gutem Willen aller Beteiligten, praxisnahe Lösungen. So gelingt auch in Krisen die bestmögliche Versorgung der Patienten vor Ort.“

Dr. Christian Breitzkreutz

Ärztlicher Direktor

Caritas-Klinik Maria Heimsuchung, Berlin

„Im Rahmen des Save-Berlin-Konzeptes des Berliner Senats sind wir als Caritas-Klinik Maria Heimsuchung eines der zwei katholischen Häuser in Berlin, die zur Level-2-Klinik ernannt wurden. Als solche behandeln wir seit dem Beginn der Pandemie Covid-19-Patienten mit unterschiedlich schweren Krankheitsverläufen bis hin zu beatmungspflichtigen Patienten. Besondere Herausforderungen wie die nächtliche Aufnahme von sechs, teils demenzen, Senioren, deren Pflegewohnheim evakuiert wurde, hat das Klinik-Team bestens gemeistert. So leisten wir als Caritas-Klinik einen wichtigen Beitrag zur Versorgung der Covid-19-Patienten.“

Emine Ergin

Pflegedienstleitung

Krankenhaus Barmherzige Brüder München

„Die vergangenen Monate unter den Auswirkungen der Corona-Pandemie haben uns und unsere Mitarbeitenden im Krankenhaus Barmherzige Brüder in allen Verantwortungsbereichen vor neue Herausforderungen gestellt, auf die wir schnell reagieren und danach handeln mussten. So hat z.B. der Gesetzgeber angeordnet, Betten für mit Corona infizierte Patienten vorzuhalten und gleichzeitig eine Personalstruktur aufzubauen, die der Pandemie Herr werden sollte. Für uns bedeutete dies, fünf Stationen zu schließen, damit drei Stationen zu Infektionsstationen umgerüstet werden konnten, was in der Rückschau auch wirklich nötig war. Für die Versorgung der an COVID-19 erkrankten Patienten reichte das Personal der fünf Stationen nicht aus, sodass zudem aus anderen Bereichen Versetzungen stattfanden. Zusätzlich mussten wir auf 12 Stunden Schichten wechseln, um Material und Personalressourcen zu sparen, eine weitere Belastung für unsere Pflegefachkräfte. Befürchtungen und Fragen der Pflegefachkräfte im Umgang mit dem neuen Erreger wurde durch regelmäßige Besprechungen, Fortbil-

dungen und die Erreichbarkeit der Vorgesetzten 24 Stunden am Tag Rechnung getragen.

Da gesetzliche Vorgaben und Verordnungen sich teilweise sehr kurzfristig änderten, war durchgehend die maximale Flexibilität aller Mitarbeitenden gefordert, besonders organisatorisch, da wir ständig und schnell genehmigte Dienstpläne ändern und unsere Pflegefachkräfte informieren und briefen mussten. Die Vielzahl an neuen Informationen hätte sonst aufgrund der aufwendigen Patientenbetreuung nicht immer zeitnah zur Kenntnis genommen werden können. Die qualitativ gute Patientenversorgung gelang uns nur, weil sich alle Mitarbeitenden über das besondere Maß hinaus engagiert haben.

Es gibt kein Zurück, sondern nur den Weg in eine neue Normalität mit Corona. Die Veränderungen durch die Corona-Pandemie kamen sehr schnell, sie waren einschneidend und systembedrohend. Die Antworten der Kliniken und eines jeden einzelnen Mitarbeitenden, die das Gesundheitssystem tragen, spiegelten stets die Entschlossenheit wider, der Pandemie die Stirn zu bieten. Wir begegneten der Krise organisiert, unter enormen Anstrengungen und zu Lasten des Regelbetriebes unseres Krankenhauses. Eine weiter andauernde parallele Existenz von Krisenbewältigung und Regelversorgung bedarf politischer Lösungen, und zwar solcher, die sowohl dem Anspruch an die gesundheitliche Versorgung in unserer Region als auch der Verantwortung der Arbeitgeber gegenüber ihren Mitarbeitenden sowie der nachhaltigen Existenz der Krankenhäuser gerecht werden.“

Gemeindereferentin Gisela Stevens

Pfarrerin Doris Taschner

Krankenhauseelsorge

Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf (VKKD)

„Als Seelsorgerinnen haben wir das Besuchsverbot für Angehörige als besonders belastend für alle Seiten erlebt. Das, was Angehörige an seelischer Unterstützung geben können, ist professionell nicht zu ersetzen und aufzufangen! Lange Zeit war bei allen Sterbefällen im Krankenhaus nur in wenigen Ausnahmen ein persönlicher Abschied für die Angehörigen möglich. Die ein-

same Trauer, ohne Möglichkeit des Abschieds, ohne tragende, berührende, umgebene Gemeinschaft, ist eine grausame, wenn nicht sogar traumatische Erfahrung. Auch die jetzigen Besuchsbeschränkungen sind unseres Erachtens noch unzureichend. Wir als Seelsorgerinnen würden uns mit jetzt größerer Erfahrung im Umgang mit dem Virus und bei ausreichend vorhandener Schutzkleidung eine baldige weitere Öffnung wünschen.

In den seelsorgerlichen Gesprächen mit Mitarbeitenden wurde immer wieder die Angst vor einer Ansteckung spürbar. Dabei ging es meist weniger um die eigene Gesundheit, als die der Zugehörigen, denen man nichts „mitbringen“ wollte. Mit größerer Routine und ausreichender Schutzkleidung wurde die Angst kleiner. Dennoch wäre es gut, wenn allen Mitarbeitenden in allen Berufsgruppen regelmäßig eine unkomplizierte Testung ermöglicht würde. Diese schützt zwar nicht vor Ansteckung, aber gibt mehr Sicherheit. Und sie schätzt die Wert, die sich tagtäglich in der Nähe des Virus ohne eine Möglichkeit des Ausweichens bewegen müssen.“

Oliver Pommerenke

Regionalgeschäftsführer

Verbund der Christlichen Kliniken Potsdam

„Mit der raschen Ausbreitung des Coronavirus in Potsdam entstand eine diffuse Lage der Verunsicherung in der Bevölkerung. Die Nachfrage nach Abklärungsmöglichkeit stieg rapide an, jedoch fehlten zunächst zentrale Anlaufpunkte seitens der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Alexianer nahmen schließlich Mitte März als erste Instanz in Potsdam ein Sichtungszelt auf dem Klinikgelände des St. Josefs-Krankenhauses in Betrieb.

Für leistungsstarke Krankenhäuser, die zudem noch in erheblichem Umfang die Behandlung von COVID-19-Patienten übernommen haben, greift der Ausgleich des COVID-19 Krankenhausentlastungsgesetzes mit 560 € pro Tag pro freiem Bett zu kurz. Fakt ist: Krankenhäuser, die sich zudem in erheblichem Maße um COVID-19-Patienten kümmern, haben einen weiteren finanziellen Nachteil.

Momentan ist kein Gedanke daran zu verlieren, wieder in ein „normales“ Fahrwasser mit geplanten Krankenhausbehandlungen zu kommen. Die

stadtweite Bettenreduktion ist der Kollateralschaden der Coronakrise und führt dazu, dass wir regelmäßig an unsere physischen Grenzen kommen. Hier bedarf es trägerübergreifender Lösungen, innerstädtisch aber auch über die Stadtgrenzen hinaus.“

Diakon Bernhard Rathmer

Seelsorger und Ethikberater

Mathias-Spital Rheine

„In unserer Klinik haben wir erlebt, dass die ethische Auseinandersetzung bei Isolierung von Patient*innen, Einschränkung der Besuche, zusätzlicher Gefährdungen von Kolleginnen und Kollegen, Triage-Szenarien etc. sehr wertvoll ist. Bei allen Beteiligten hat die gewonnene höhere Entscheidungssicherheit zur Abmilderung des hohen Stresslevels gesorgt. Ethische Strukturen in den Einrichtungen sind nicht nur Ausdruck der Wahrung menschlicher Würde, sie erhöhen die Qualität der Versorgung.“

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands (kkvd) vertritt bundesweit 400 Klinikstandorte in katholischer Trägerschaft mit circa 200.000 Beschäftigten. Jährlich werden mehr als 3,5 Millionen Patient_innen stationär und rund fünf Millionen Patient_innen ambulant versorgt. Jeder fünfte Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein katholisches Krankenhaus gebunden. Weitere Informationen unter www.kkvd.de.