

## Editorial

### Regionale Lösungen



Grippewelle, Pflegenotstand und Warnstreiks aufgrund bundesweiter Tarifverhandlungen – das erste Quartal 2018 hatte es in sich. Auch am Klinikum Augsburg gaben sich

die Medienvertreter die Klinke in die Hand: Schließen Sie Betten? Könnten Menschen sterben, weil Krankenhäuser ihre Intensivkapazitäten oder Notaufnahmen abmelden? Für einen Patienten in Karlsruhe kam offensichtlich jede Hilfe zu spät, weil die Rettungssanitäter kein aufnahmebereites Krankenhaus fanden. Natürlich auch hier die Frage: Darf oder wie kann in einem gut ausgestatteten und durchorganisierten Gesundheitssystem so etwas passieren? Das reiche Deutschland hat einige spezifische Probleme in der gesundheitlichen Versorgung, und die Rufe nach politischen Lösungen reißen nicht ab. Gut so. Gesetzliche Rahmenbedingungen wie bspw. die bundesweite Festlegung von Personaluntergrenzen in der Pflege können eben nicht in Köln, Karlsruhe oder Augsburg beschlossen werden. Wo aber die Gesundheitspolitik nicht steuernd eingreifen will, müssen andere Lösungen gefunden werden, um etwa auf regionaler Ebene die Versorgung auch bei akuten Problemlagen wie einer erneuten Grippewelle zu strukturieren und sicherzustellen. Ein geeignetes Forum könnten hier regionale Gesundheitskonferenzen sein, in denen möglichst viele Leistungsanbieter einer Region – Kliniken verschiedener Versorgungsstufen, Pflege- und Nachsorgeeinrichtungen, Bereitschaftspraxen – versuchen, Ressourcen abzustimmen und Versorgungsketten zu strukturieren. Von einem solchen institutionalisierten runden Tisch könnten alle profitieren, im Idealfall auch dazu beitragen, Doppelvorhaltungen zu reduzieren oder Über- und Unterversorgung auszugleichen. Alexander Schmidtke

Von wegen, Herr Spahn!

## Ausländische Fachkräfte können den Pflegenotstand nicht lösen

René Adler

Niemand aus der neuen Ministerriege der Großen Koalition hat in der kurzen Amtszeit für so viele Schlagzeilen gesorgt wie Gesundheitsminister Jens Spahn. Dies lag auch daran, dass der CDU-Politiker provokante Thesen zu Themen kundtat, die mit seinem Ressort wenig bis nichts zu tun haben – etwa zu Hartz IV und Armut. Dann erinnerte sich Spahn aber daran, dass er für Gesundheit zuständig ist und kündigte an, dem Personalmangel in der Pflege mit ausländischen Kräften begegnen zu wollen. Dafür gab es teils Zustimmung aus der Opposition, während sich Wissenschaftler

und andere Experten skeptischer äußerten. Dies hinderte Andere nicht daran, bis zu 100.000 neue Arbeitsplätze in der Pflege zu fordern.

„Pflegekräfte aus unseren Nachbarländern einzuladen, ist die nächstliegende Option“, sagte Spahn der „Rheinischen Post“. In der EU gebe es die Arbeitnehmerfreizügigkeit, und Deutschland müsse bei der Anerkennung von Abschlüssen für Pflegekräfte und Ärzte schneller werden. Manchmal seien diese über Monate, teils sogar Jahre im Land und könnten nicht loslegen, weil sich das Verfahren zur Anerkennung in die

### In dieser Ausgabe

Von wegen, Herr Spahn!

**Ausländische Fachkräfte können den Pflegenotstand nicht lösen .. 1-4**

**Köpfe..... 3**

Extremkostenbericht:

**Atypische Krankheitsverläufe für Kliniken kein Kostenrisiko mehr .. 5-6**

**Politik-Infos..... 6-8**

UKSH:

**Erster Krankenhaus-Sprachavatar zur Patientenaufnahme ..... 9-10**

Zusätzlich 23 Vollzeitstellen an Uniklinik nötig:

**Entlassmanagement stellt Krankenhäuser vor Herausforderungen ..... 10-12**

Nach MDK-Gutachten:

**Unzulässige Verweigerung der Umsetzung einer Rechnungserhöhung durch Krankenkassen ..... 12-13**

**Markt-Infos ..... 14-15**

**Termine/Bücher/Video-Tipp ..... 16**

Länge ziehe. Selbstverständlich müsse die Qualifikation gleichwertig sein, das gehöre gründlich geprüft. „Wir sollten aber mit den Bundesländern die Überprüfungen deutlich beschleunigen“, forderte er.

Dies stieß auf Zustimmung der Grünen. „Der Vorstoß von Jens Spahn ist hoffentlich mehr als nur Schaumschlägerei“, sagte die pflegepolitische Sprecherin, Kordula Schulz-Asche. Sie appellierte an Spahn, schnellstmöglich ein umfassendes Programm für eine Pflege-Offensive vorzulegen, da die mit dem Koalitionsvertrag angekündigten 8.000 Stellen in der Altenpflege nicht ausreichen.

**„Wir sollten nicht anderen Ländern Pflegekräfte weg kaufen“**

Kritik kam vom Koalitionspartner. „Wir sollten nicht anderen Ländern Pflegekräfte weg kaufen, dort fehlen sie auch bereits“, schrieb SPD-Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach bei Twitter. „Einfach nur den Koalitionsvertrag umsetzen, nicht ständig Neues“, so der studierte Mediziner. Zu seinem Amtsantritt hatte Spahn angekündigt, den Pflegeberuf attraktiver machen zu wollen, auch über eine bessere Entlohnung.

„Spahn müsste als langjähriger Gesundheitsexperte eigentlich wissen, dass alle bisherigen Programme zur Anwerbung ausländischer Pflegekräfte gescheitert sind“, bemängelte Eugen Brysch als Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz in einem Interview mit der Agentur KNA. Der Minister streue der Bevölkerung Sand in die Augen, wenn er un-

terstelle, dass sich der Personalnotstand auf diese Weise lindern



In seiner kurzen Amtszeit hat Minister Spahn schon für viele Schlagzeilen gesorgt.

Foto: BMG/Maximilian König

lasse. Der Marburger Bund NRW gab zu bedenken, Abschlüsse für Pflegekräfte und Ärzte aus dem Ausland beschleunigt anzuerkennen, berge immense Risiken für die Qualität der Patientenversorgung.

Laut Verdi fehlen in den Kliniken 70.000 Pflegekräfte, in der Alten-

**Anteil von Suchen aus dem Ausland an allen Suchen nach Pflegejobs (in %)**

2015	3,4
2016	4,1
2017	4,4

Quelle: Indeed Hiring Lab



**Das Interesse von ausländischen Jobsuchenden an Pflegestellen in Deutschland steigt recht langsam.**

pflege laut Spahns Ministerium bis zu 30.000. Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung sprach im März von 17.000 offenen Stellen in den Pflegeheimen. Dessen stellvertretender Vorstandsvorsitzender, Michael Isfort, sagte, die Anwerbung aus-

ländischer Fachkräfte könne nur ein kleiner Baustein zur Behebung des Personalnotstands sein. Dies sei aufwendig und teuer. „Es ist ungeheuer kompliziert, Pflegekräfte im Ausland zu finden, sie in das deutsche Pflegesystem zu integrieren und – vor allem – sie auch langfristig zu halten“, so der Pflegewissenschaftler.

Laut Isfort ist unser Pflegesystem international „aktuell nicht konkurrenzfähig“. Bezahlung und Sozialprestige seien im europäischen Vergleich eher schlecht, die Arbeitsbelastung deutlich höher und die Personalschlüssel niedriger. Zudem seien Kompetenzen und Karrierechancen vielfach beschränkter. Gut qualifizierte Pflegekräfte würden daher lieber nach Skandinavien, in die Benelux-Staaten, nach Österreich oder Großbritannien wechseln.

**„Arbeitsbedingungen und Bezahlung müssen besser werden“**

Dies könne sich nur ändern, wenn der Beruf hier im Lande attraktiver werde. „Arbeitsbedingungen und

Bezahlung in der Pflege müssen deutlich verbessert werden“, forderte Isfort. Nur dann würden sich mehr junge Menschen für den Beruf entscheiden, Jobaussteiger zurückkehren und wegen der hohen Belastung nur noch in Teilzeit arbeitende Kräfte wieder

Vollzeit arbeiten. Erst dann werde das deutsche Pflegesystem auch für qualifizierte Fachkräfte aus dem Ausland so attraktiv, dass sie eine nennenswerte Größe würden.

Dass ausländische Fachkräfte den Notstand nicht lösen können, zeigt auch eine Auswertung der internationalen Jobsuchmaschine Indeed. Laut Berechnung von Mitarbeiterin Annina Hering ist die Nachfrage nach Pflegekräften in Deutschland innerhalb der vergangenen drei Jahre um 48,6 Prozent gestiegen. Die Suchen nach Stellen im deutschen Pflegebereich haben im selben Zeit-

raum aber nur um 12,8 Prozent zugenommen. Zwar steigen sie seit Mitte 2017 stärker an (+17 Prozent). Dies sei aber immer noch zu wenig, um den Bedarf zu decken.

„Der Anteil von Suchen aus dem Ausland nach Pflegejobs in Deutschland ist von 2015 bis heute um gut 30 Prozent gewachsen. Der Anstieg lässt vermuten, dass der Anteil an Fachkräften aus dem Ausland auch künftig zunehmen wird. Dennoch ist die Bedeutung weiterhin niedrig, da die meisten Suchen aus dem Inland kommen. Damit ist das Gesundheitssystem weiterhin auf deutsche Fachkräfte angewiesen“, verdeutlichte

Hering. Ausländische Jobsuchende kommen hauptsächlich aus Österreich (15,9 Prozent/2017), Bosnien und Herzegowina (11,9 Prozent) sowie der Schweiz (9,8 Prozent). Danach folgen Serbien (6,1 Prozent) und Polen (4,9 Prozent).

### Englische Stellenausschreibungen könnten Suche erleichtern

Aus Sicht der Expertin hapert es auch an einfachen Dingen. „Bereits englische Stellenausschreibungen könnten ausländischen Jobinteressenten die Suche erleichtern, wovon bisher im Pfl-

## Köpfe

### Vera Gäde-Butzlaff neue Aufsichtsratsvorsitzende von Vivantes

Mit Vera Gäde-Butzlaff ist erstmals eine Frau an die Spitze des Aufsichtsrates von Vivantes gewählt worden. Die 63-jährige Managerin tritt die Nachfolge von Peter Zühlsdorff an, der seit 2013 den Vorsitz des Vivantes Aufsichtsrates innehatte. Zum 31. Dezember 2017 hatte Zühlsdorff sein Mandat niedergelegt. Gäde-Butzlaff hat das Aufsichtsratsmandat mit sofortiger Wirkung übernommen. Der Vivantes-Aufsichtsrat besteht damit jetzt aus zehn weiblichen und sechs männlichen Mitgliedern. Bis Ende Februar dieses Jahres hatte Gäde-Butzlaff als Vorstandsvorsitzende die Gasag AG in Berlin geführt. Zuvor war sie von 2007 bis 2014 Vorstandsvorsitzende der Berliner Stadtreinigungsbetriebe (BSR), bereits seit 2003 war sie Mitglied des BSR-Vorstandes. Von 1998 bis 2001 war die studierte Juristin als Ministerialdirigentin tätig, anschließend von 2001 bis 2002 als Staatssekretärin für Umwelt und Landwirtschaft im Ministerium für Raumordnung, Landwirtschaft und Umwelt des Landes Sachsen-Anhalt.

(scp)

### Ameos-Kliniken Bremerhaven und Geestland mit neuer Führungsspitze

Anne Matros ist seit April neue Krankenhausdirektorin für die Ameos-Kliniken Bremerhaven und Geestland. Sie übernimmt die Funktion von Dr. Lars Timm, der mit den beiden stellvertretenden Krankenhausdirektoren Stefan Prawda und Henning Stoffers die bisherige kaufmännische Führungsspitze bildete.

Matros war zuletzt Klinikgeschäftsführerin im Helios Klinikum Pforzheim mit rund 500 Betten und 1.200 Mitarbeitenden. Die gebürtige Brandenburgerin studierte Gesundheits- und Sozialmanagement an der Berufsakademie Plauen. Den praktischen Teil Ihres Studiums absolvierte sie am Sächsischen Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in Rodewisch. Die Region Bremerhaven/Cuxhaven kennt Matros gut: 2014 war sie im Helios Seehospital Sahlenburg bereits in der Klinikgeschäftsführung beschäftigt.

(scp)

### Dr. Becker Klinikgruppe schafft neuen Geschäftsleitungsbereich

Die Dr. Becker Klinikgruppe hat ihre Geschäftsleitung erweitert. Bereits seit März verantwortet Michael Schiffgen den vom Unternehmen neu geschaffenen Bereich „Unternehmensprozesse und Digitalisierung“. „Wir wollen die Reha von morgen mitgestalten“, so Schiffgen. Die ersten konkreten Aufgaben hat sich Schiffgen bereits gesteckt. „Wir wollen die elektronische Patientenakte unternehmensweit vorantreiben, um effizienter interdisziplinär arbeiten zu können. Darüber hinaus entwickeln wir gerade eine App, die uns die mobile und digitale Darstellung der Therapiepläne ermöglicht.“ Schiffgen ist bereits seit 2004 im Unternehmen tätig. Seit rund drei Jahren leitet er die auf psychosomatische Reha spezialisierte Dr. Becker Burg-Klinik im thüringischen Stadtlengsfeld. Dieser Tätigkeit wird er, neben seiner neuen Rolle, auch in Zukunft weiterhin nachgehen.

(scp)

gebereich nur selten Gebrauch gemacht wird“, so Hering. „Unsere Analysen haben darüber hinaus verdeutlicht, dass Suchanfragen aus dem Ausland nach Pflegejobs vermehrt aus Ländern kommen, die noch keine Mitglieder der EU sind. Ein vereinfachter Eintritt dieser Fachkräfte (...) in den deutschen Arbeitsmarkt könnte weitere Pflegekräfte aus dem Ausland mobilisieren.“ Um den Notstand zu beenden, müssten Jobsuchen aus dem Ausland viel stärker zunehmen als derzeit. Über 200 Millionen Menschen nutzen nach Unternehmensangaben jeden Monat Indeed.

Via Twitter betonte Spahn später, das Gewinnen ausländischer Pflegekräfte sei nur ein Baustein, um die Pflege-Probleme anzugehen. Die schwierige Situation hinderte den Vorsitzenden der Linkspartei, Bernd Riexinger, nicht daran, 100.000 neue Arbeitsplätze in der Pflege zu verlangen. Ein steuerfinanziertes Sofortprogramm für 50.000 Pflegestellen in den Kliniken forderten die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und der Deutsche Pflegerat (DPR) in einem Positionspapier. So viele Pflegekräfte würden mindestens in den Krankenhäusern fehlen.

### „Es ist ein nationaler Masterplan erforderlich“

Die Ausbildungskapazitäten müssten ausgeweitet werden. Qualifizierungsoffensiven seien bundesweit notwendig, um den Bedarf an Pflegefachpersonen zu decken. Ebenso müsse die Ausbildung an Hochschulen für die direkte Patientenversorgung eine hohe Priorität bekommen. Benötigt würden Personaluntergrenzen,

die sich am Versorgungsbedarf ausrichten und Überlastungssituationen vermeiden. Die Per-



**Pflegerats-Präsident Wagner setzt sich für eine bessere Bezahlung von Pflegefachpersonen ein.**

Foto: DPR

sonalschlüssel müssten für alle Klinikbereiche gelten, um Schief-lagen zu vermeiden. Es gelte, keine starren Schlüssel festzulegen, sondern sie flexibel am Bedarf auszurichten. Dass sich alles nicht sofort in die Tat umsetzen lässt, ist DGCH und DPR bewusst: „Es ist ein nationaler Masterplan erforderlich, der sich über einen Zeitraum von mindestens zehn Jahren erstreckt.“

Die Versorgung sei zunehmend gefährdet. Operationen müssten abgesagt werden, Betten und ganze Stationen würden wegen Pflegepersonal-mangel gesperrt. Aber auch die Qualität sei in Gefahr, etwa bei der Hygiene, weil für korrekte Händedesinfektion die Zeit fehle. Zudem müssten bei Trägern die Ziele und Prioritäten daraufhin geprüft werden, ob sie einer erfolgreichen Personalentwicklung und -bindung ent-

gegenstehen. Vereinbarkeit von Familie/Freizeit und Beruf (z.B. verlässlicher Dienstplan), eine bessere Vergütung sowie eine wertschätzende Führung seien wesentliche Bestandteile für bessere Rahmenbedingungen. Die Kompetenz der Pflegefachpersonen müsse stärker anerkannt und eingesetzt werden. Das beinhalte einen Dialog über die Versorgung mit der jeweiligen Expertise der beteiligten Professionen auf Augenhöhe bis hin zur Steuerung (Aufnahme und Entlassung). Über die Aufgabenverteilung müsse ebenfalls offen diskutiert werden.

In Deutschland arbeiten laut DGCH und DPR etwa 384.000 Pflegefachkräfte. Das seien viel zu wenig und wirke sich auf das Verhältnis Pflegekraft zu Patienten aus. So sollen Krankenschwestern auf Intensivstationen maximal zwei Patienten betreuen, bei schwerem Organversagen nur einen Erkrankten. „In der Realität liegt dieses Verhältnis jedoch nachts oft bei 1:3“, so DGCH-Präsident Prof. Jörg Fuchs. Dies führe zu enormen Belastungen bei den Pflegenden – mit hohen Ausfallzeiten und der Tendenz, den Beruf zu verlassen. Die Reaktionszeit bei Schmerzen sei oft viel länger als sie dauern sollte, fügte der Vorsitzende des Pflegerates, Franz Wagner, hinzu. Beide machten sich auch für eine bessere Bezahlung stark. OP-Mitarbeiter verdienten im Vollzeitmonat 2.000 bis 3.000 Euro brutto, Pflegefachkräfte auf Intensivstationen kämen maximal auf 3.000 Euro. Dies sei zu wenig.

Extremkostenbericht:

# Atypische Krankheitsverläufe für Kliniken kein Kostenrisiko mehr

René Adler

Mehr als minus 30 Millionen Euro, minus 5,3 Millionen, minus 0,5 Millionen und jetzt ein Plus in Höhe von 0,3 Millionen Euro – so erfreulich haben sich nach Berechnungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die finanziellen Belastungen bzw. im jüngsten Fall die erstmalige Entlastung der deutschen Kliniken bei Patienten mit atypischen Krankheitsverläufen entwickelt. „Die Fallpauschalen bilden das Leistungsgeschehen an deutschen Kliniken immer besser ab. Patienten mit atypischen Krankheitsverläufen wirken sich nun im Durchschnitt sogar positiv auf die Bilanz der Kliniken aus“, teilte das Institut bei Vorlage des vierten Extremkostenberichts mit.

## „Super-SAPS“ bilden Komplexbehandlungen besser ab

Dabei seien die neuen Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand nicht berücksichtigt, so dass die Kostenüberdeckung tatsächlich noch höher ausfalle. Die Einführung der sogenannten „Super-SAPS“ (OPS-Codes 8-98f) habe zudem die Abbildung der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlungen verbessert. Auch die Behandlungskosten von Kindern unter 16 Jahren seien im G-DRG-System 2018 erneut besser abgebildet. Die Belastung der Kliniken sei um 27 Prozent auf 2,8 Millionen Euro gesunken. Insgesamt liege der Anteil atypischer Fälle mit 5,88 Prozent im Datenjahr 2016 unter dem Wert von 2015 (6,15 Prozent).

mit komplexen und seltenen Erkrankungen besser in den Fallpauschalen abzubilden. Zuletzt habe die durchschnittliche Kostenüberdeckung bei Ausreißern bei rund zwei Euro je Fall gelegen. Unterfinanzierung gehe im Wesentlichen auf sogenannte Langlieger zurück.

## Instabile Datenlage bei Unikliniken und Maximalversorgern

Atypische Krankheitsverläufe in Universitätskliniken und bei Maximalversorgern (Krankenhausgruppe KHUni-Max) werden allerdings dem Bericht zufolge im Bereich der Regelleistungen nach wie vor nicht hinreichend vergütet. Während diese Leistungen in den anderen Krankenhäusern mit

Datenjahr 2016

Krankenhausgruppe	Lower-Kostenausreißer	Upper-Kostenausreißer
KHUniMax	2,84%	2,50%
KHAndere	4,61%	1,47%
Alle Krankenhäuser	4,13%	1,75%

Datenjahr 2015

Krankenhausgruppe	Lower-Kostenausreißer	Upper-Kostenausreißer
KHUniMax	2,72%	2,38%
KHAndere	5,27%	1,27%
Alle Krankenhäuser	4,57%	1,58%

Die Tabelle zeigt die Entwicklung der Kostenausreißer bei Kindern in den Datenjahren 2015 und 2016.

Quelle: InEK

Die Unterdeckungen der sogenannten Kostenausreißer würden durch entsprechende Kostenüberdeckungen inzwischen mehr als kompensiert. Bei etwa gleichbleibender Anzahl atypischer Patienten hätten die Kliniken im Datenjahr 2016 eine Kostenüberdeckung von 3000.0000 Euro verbucht. 2013 hatte das Minus noch bei 30 Millionen Euro gelegen.

Für den Bericht hat das Institut die Daten von 245 Krankenhäusern analysiert. Der Extremkostenbericht wird jedes Jahr im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft erstellt. Die Analyse soll Kostenausreißer identifizieren, um die Behandlung insbesondere von Patienten

einer Unterdeckung von minus 0,1 Prozent nahezu ausfinanziert seien, entstehe bei Unikliniken und Maximalversorgern eine Unterdeckung von minus 8,3 Prozent. Bei spezialisierten Leistungen seien dagegen die Kosten in großen wie kleineren Häusern mehr als gedeckt. Aufgrund der Teilnahme-Quote von Unikliniken seien aber die Ergebnisse für die

spezialisierte Versorgung nur bedingt vergleichbar. Im vergangenen Jahr hätten nur 13 Universitätskliniken Daten für die Analyse geliefert.

Die Kostenunterdeckung der Kostenausreißer der 222 in beiden Datenjahren in der Analysenmenge vertretenen Häuser stieg laut Bericht im intertemporalen Vergleich von 3,6 Millionen Euro auf 6,3 Millionen Euro. Dieser Rückgang der Kostendeckung lasse sich quasi allein auf die zunehmende Kostenunterdeckung der Kostenausreißer der 13 Häuser in der Gruppe KHUni-Max zurückführen. Die Kostendeckung der Kostenausreißer der 210 Häuser in der Krankenhausgruppe KHAn-

dere bleibe in etwa gleich hoch. Diese Ausschnittsbetrachtung sei jedoch irreführend: Die Instabilität der Teilnahme von Universitätskliniken an der Kostenerhebung – deutlich differierende Stichprobenzusammensetzung in den einzelnen Datenjahren in der Krankenhausgruppe KHUni-Max – führe zu erheblich unterschiedlichen Verteilungsverläufen der bereinigten Kosten und damit zu einer anderen Identifikation von Fällen als Kostenausreißer. „Eine Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf andere Universitätskliniken ist nicht möglich“, stellte das InEK fest.

Während die 18 Häuser, die nur im Datenjahr 2015 vertreten ge-

wesen seien, eine Kostenüberdeckung der atypischen Fälle von 3,4 Millionen Euro aufwiesen, zeigten die nur im Datenjahr 2016 vertretenen 23 Häuser eine Kostenüberdeckung der Ausreißer von 7,1 Millionen Euro. Aus der Aggregation der Daten werde deutlich, dass sich die Kostenunterdeckung der Ausreißer im Datenjahr 2015 (0,2 Millionen Euro) in eine Kostenüberdeckung im Datenjahr 2016 (0,8 Millionen Euro) umgekehrt hat. Von den zwölf Häusern der Krankenhausgruppe KHUniMax stünden im Vergleich zwischen den Datenjahren sieben Häuser schlechter und fünf besser da.

Anhörung im Gesundheitsausschuss:

## Pflegepersonaluntergrenzen diskutiert

**G**esundheits- und Sozialexperten sind sich einig: In der Kranken- und Altenpflege werden mehr Fachkräfte gebraucht. Anlässlich einer Anhörung des Gesundheitsausschusses am 18. April im Bundestag machten Experten deutlich, dass in allen Pflegebereichen das Personal aufgestockt werden müsste. Zugleich wiesen Sachverständige auch in ihren schriftlichen Stellungnahmen darauf hin, dass eine verbesserte Pflegeversorgung mehr Geld kosten wird, zumal aufgrund der demografischen Entwicklung perspektivisch mit viel mehr Pflegefällen zu rechnen sei. Zur Debatte standen je zwei Anträge der Fraktionen Die Linke und

Bündnis 90/Die Grünen, die darauf abzielen, die Personalausstattung in der Pflege zu verbessern und damit auch die Arbeitsbedingungen der Pflegefachkräfte. Dazu wird eine verbindliche Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen eingefordert. Zudem sprechen sich Grüne und Linke dafür aus, den Pflegevorsorgefonds umzuwidmen oder aufzulösen und mit dem Geld das Pflegepersonal aufzustocken.

Nach Ansicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz ist die Pflegeversorgung „am Limit“. Arbeitsverdichtung und chronischer Personalmangel bestimmten den Alltag der Pflegekräfte. In der Folge drohten vermehrt Behandlungs- und Pflegefehler. Verbindliche Personalschlüssel seien überfällig, wobei eine gute Pflege an den Bedürfnissen der Patienten zu orientieren sei und nicht an Mindestanforderungen.

Um mehr Personal zu gewinnen, müsse der Pflegeberuf attraktiver werden, mit insgesamt besseren Arbeitsbedingungen, einem Rückkehrrecht von Teilzeit in Vollzeit und Weiterqualifizierung. Was die mögliche Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte betreffe, müssten Qualifikationen und Sprachkenntnisse intensiv überprüft werden. Die Stiftung sprach sich dafür aus, auch die Pflegeversicherung in eine „echte Teilkaskoversicherung“ umzuwandeln und damit die Eigenanteile der Versicherten zu begrenzen. Bis dahin sollten die Pflegesachleistungen pauschal um 500 Euro monatlich erhöht werden. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit verwies auf die im internationalen Vergleich „ausgesprochen niedrige“ Pflegekraftquote in Deutschland sowie die „hohen physischen und psychischen Belastungen der Pflegekräfte“. Dies

habe unmittelbare Auswirkungen auf die Patientensicherheit. Mit Sorge sieht das Bündnis Berichte über Personalleasing bei Pflegekräften. Dies könne die Belastung des festen Personals noch erhöhen, wenn die Leasingkräfte jeweils eingewiesen werden müssten. Jobangebote sollte es auch für ausländische Pflegekräfte geben.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) sprach sich dafür aus, den Pflegevorsorgefonds aufzulösen. Mit dem Geld könnten rund 20.000 Vollzeitstellen in der Pflege finanziert werden. Allerdings könnten derzeit 17.000 Stellen in den rund 13.500 stationären Pflegeeinrichtungen wegen Personalmangels nicht besetzt werden. Wichtig seien auch eine Entlastung der Fachkräfte von Bürokratie sowie die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

Nach Darstellung der Gewerkschaft Verdi gehört die hohe Teilzeitquote in der Pflege zu den großen Problemen der Branche. Zunehmend reduzierten Beschäftigte ihre Arbeitszeit, um ihre Gesundheit zu schützen. Tatsächlich werde die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Pflegekräfte „messbar“ verschlissen. Bessere Arbeitsbedingungen könnten „die Flucht in die Teilzeitarbeit stoppen“.

Der Wirtschaftsexperte Jochen Pimpertz vom Institut der deutschen Wirtschaft (IW) in Köln ging auf die zunehmenden Pflegekosten ein. Die personelle Ausstattung des Pflegedienstes in Krankenhäusern etwa werde sich angesichts des demografischen bedingt wachsenden Versor-

gungsbedarfs „dynamisch“ entwickeln müssen. Bis 2030 müsse mit 3,1 Millionen Pflegebedürftigen gerechnet werden, bis 2050 mit vier Millionen. Für das Jahr 2030 ergebe sich ein um mindestens 40 Prozent erhöhtes Ausgabenniveau, bis 2050 sogar eine Steigerung um 80 Prozent gemessen am Status quo. Bei einem unveränderten Beitragssatz drohe eine Deckungslücke in der Pflegeversicherung bis 2030 von 7,6 Milliarden Euro und bis 2050 von mehr als 16,5 Milliarden Euro. Der Versorgungsforscher Stefan Greß von der Hochschule Fulda sagte, mit den Mitteln des Pflegevorsorgefonds könnten dauerhaft 40.000 zusätzliche Pflegestellen finanziert werden. Dies wäre ein wichtiges politisches Zeichen zur Aufwertung des Pflegeberufs. Der Fonds sei ohnehin zu klein, um den nach 2035 zu erwartenden Beitragsanstieg spürbar reduzieren zu können. Zudem müsse die Entlohnung der Langzeitpflege besser werden, da die Fachkräfte dort mit 2.621 Euro brutto 16 Prozent weniger verdienen als im Schnitt der Beschäftigten. Um die Finanzierung langfristig zu sichern, führe an einer Pflegebürgerversicherung kein Weg vorbei.

Die im Koalitionsvertrag vereinbarte Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen (DRG) im Krankenhaus ist nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes aufwendig. Eine solche Änderung der Vergütungssystematik brauche eine ausreichende Vorbereitungszeit. Es dürfe zudem keinen Rückfall in die „ineffiziente Selbstkostendeckung“ geben. Mit der Einführung des DRG-Systems seien Anreize für wirtschaftliches Handeln

gesetzt worden. Wesentlich sei, dass die in den DRGs kalkulierten Personalkosten auch tatsächlich für das Pflegepersonal eingesetzt und nicht für Sanierungen der Häuser zweckentfremdet würden. Eine entsprechende Nachweispflicht sei unumgänglich.

Der Pflegeexperte Josef Hug, der im Städtischen Klinikum Karlsruhe als Pflegedirektor arbeitet, warnte vor einer demografischen Delle. Wenn die Generation der Babyboomer in den nächsten zehn bis 15 Jahren in den Ruhestand gehe, fehlten den Kliniken bis zu 40 Prozent des derzeit eingesetzten Pflegepersonals. Hug sprach von einer der größten Herausforderungen bei der Personalgewinnung der kommenden Jahre.

Einen Blick in den problematischen Pflegealltag gewährte der Auszubildende Alexander Jorde, der auch als Sachverständiger in die Anhörung eingeladen war. Jorde warnte, wenn sich für Patienten und Pflegekräfte die Lage nicht bald entscheidend bessere, sei der jetzige Pflegenotstand gemessen an dem, was noch komme, „pillepalle“. Die Politik müsse „klare Anreize schaffen“, um den Pflegeberuf attraktiver zu machen, finanziell und inhaltlich. Derzeit hätten Pflegekräfte gar keine Zeit, um im Dienst ihren eigenen Ansprüchen gerecht zu werden, das sei frustrierend und demotivierend.

(red)

MB zu Urteil:

## Kirchen sind gefordert, Kriterien des EuGH zu erfüllen

Der Marburger Bund (MB) begrüßt das Urteil des Europäischen Gerichtshofs zur Anstel-

lung konfessionsloser Mitarbeiter durch kirchliche Arbeitgeber. Es bringe Klarheit darüber, dass die Kirchen im Streitfall gegenüber den Gerichten sehr genau darzulegen haben, warum die Religionszugehörigkeit tatsächlich eine zu rechtfertigende berufliche Anforderung sein soll.

Pauschale Zurückweisungen von Arbeitnehmern würden künftig Gefahr laufen, vor Gericht keinen Bestand mehr zu haben. Die Kirchen seien gefordert, den vom EuGH aufgestellten Kriterien in vollem Umfang Rechnung zu tragen.

„Zukünftig muss sich das angerufene weltliche Gericht vergewissern, dass die in der EU-Antidiskriminierungsrichtlinie für die Abwägung der gegebenenfalls widerstreitenden Rechte genannten Kriterien im konkreten Fall erfüllt sind“, so Rudolf Henke, 1. Vorsitzender des Marburger Bundes. Es liege nicht mehr in der Hand der Kirchen, nach Gusto zu entscheiden. Die Aussicht von Beschäftigten, dass unbegründete Entscheidungen in Zukunft von weltlichen Gerichten widerrufen werden, sei durch das Urteil des EuGH gestiegen. Insofern könne das Urteil auch für Ärztinnen und Ärzte, die sich um eine Anstellung in kirchlichen Krankenhäusern bemühen, Relevanz entfalten.

(scp)

Regierung:

## Bürokratie im Gesundheitswesen soll verringert werden

Die Bundesregierung will in den Bereichen Gesundheit und Pflege die Bürokratie verrin-

gern. Bei den von der Koalition geplanten Reformen werde auch analysiert, „inwiefern durch gezielte Maßnahmen Bürokratie abgebaut und Abläufe der medizinischen und pflegerischen Versorgung optimiert werden können“, heißt es in der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der FDP-Fraktion.

So solle die sektorenübergreifende Versorgung verbessert werden, damit sich die Behandlungsabläufe ausschließlich am medizinisch-pflegerischen Bedarf der Patienten ausrichten. Zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation sei das sogenannte Strukturmodell (SIS) entwickelt und eingeführt worden. Damit werde der Dokumentationsaufwand erheblich reduziert. Das vereinfachte Antragsverfahren zwischen Versicherten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und den Kranken- und Pflegekassen trage ebenfalls zur Entbürokratisierung bei. Geplant sei zudem, Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger weiter zu vereinfachen und eine flexiblere Nutzung zu ermöglichen. So solle der bürokratische Aufwand deutlich verringert werden.

(red)

Tarifverhandlungen:

## Einigung im öffentlichen Dienst

Die Tarifvertragsparteien im öffentlichen Dienst haben in der dritten Verhandlungsrunde eine Einigung erzielt. Beide Seiten haben sich auf eine grundlegende Änderung der Tabellenstruktur verständigt, die die Attraktivität

kommunaler Arbeitsplätze steigern und die Wettbewerbsfähigkeit insbesondere bei den Fach- und Führungskräften verbessern soll.

Das Ergebnis sieht für die mehr als zwei Millionen kommunalen Beschäftigten Gehaltserhöhungen in drei Stufen vor. Ab März 2018 steigen die Einkommen im Durchschnitt um 3,19 Prozent, ab April 2019 nochmals um 3,09 Prozent und ab März 2020 um weitere 1,06 Prozent. Das bedeutet in Gänze ein Kostenvolumen von rund 7,4 Milliarden Euro für die Arbeitgeber. Die Laufzeit beträgt 30 Monate. Die Verhandlungspartner haben in den unteren Einkommen eine Mindesthöhung vereinbart; mit Wirkung vom März 2018 gibt es eine Einmalzahlung von 250 Euro. Mitarbeiter in kommunalen Krankenhäusern sollen künftig den vollen Nachtzuschlag bekommen. Zudem sollen sie in drei Stufen drei Tage mehr Urlaub für Wechselschichten erhalten.

„Die Verhandlungen in diesem Jahr kann mal als außerordentlich intensiv bezeichnen. Wir sind froh, eine Einigung gefunden zu haben. Insgesamt ist der vereinbarte Kompromiss für uns akzeptabel“, so VKA-Präsident Dr. Thomas Böhle.

Über die Einkommenserhöhung hinaus wurden weitere Regelungen ausgehandelt. Dazu gehört unter anderem die mehrstufige Angleichung der Jahressonderzahlung Ost an das Westniveau. Das Ausbildungsentgelt erhöht sich in den Jahren 2018 und 2019 um jeweils 50 Euro. Der Urlaubsanspruch der Auszubildenden steigt auf 30 Arbeitstage.

(scp)



UKSH:

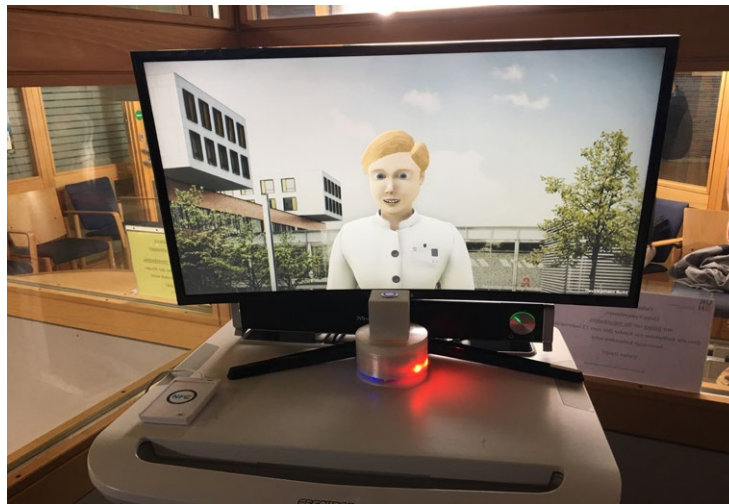
## Erster Krankenhaus-Sprachavatar zur Patientenaufnahme

René Adler

Mit einem freundlichen „Herzlichen Willkommen am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein“ von ihm in lockerem Tonfall kann ab Mai begrüßt werden, wer als Patient im UKSH aufgenommen wird. „Er“ ist kein menschlicher Mitarbeiter, sondern „Hospital Genius“. Dabei handelt es sich nach Angaben des Klinikums um den ersten voll funktionsfähigen Sprachavatar zur Patientenaufnahme in einem deutschen Krankenhaus.

Ausgestattet mit einem Scanner, nimmt der Avatar alle relevanten Daten für die Aufnahme auf. Er ist aber auch in der Lage, Überweisungen auszulesen oder den Weg zu beschreiben. An ausgewählte Patienten oder auch Kinder kann er mithilfe eines kleinen Automaten sogar Gummibärchen in durchsichtiger Verpackung an die Neuankömmlinge verteilen.

Sein Kernauftrag ist ein anderer: „Hospital Genius“ ist technisch so aufgebaut, dass er dem Aufnahmemitarbeiter durch vollautomatisches Vorfüllen der Aufnahmemaske im Krankenhaus-Informationssystem Orbis in Spitzenlastzeiten eine Menge



„Hospital Genius“ unterstützt bald am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein bei der Patientenaufnahme.

Foto: UKSH

Arbeit abnehmen kann. So werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Aufnahme und am Empfang entlastet und die Wartezeit für Patientinnen und Patienten reduziert.

### Mehr persönliche Ansprache der Patienten

Der Sprachavatar ersetzt aber keinesfalls den persönlichen Kontakt. Jeder Patient wird auch in Zukunft am Empfang zusätzlich an den menschlichen Aufnahmekräften vorbeigeführt und hat in den „Willkommensmanagern“ aus Fleisch und Blut seine Ansprechpartner. Diese können auf die Fragen der Patienten eingehen oder ihnen auch die Technik rund um „Hospital Genius“ erklären. „Durch die Unterstützung des Avatars können sich die Aufnahmekräfte ganz

auf das persönliche Gespräch mit dem Patienten konzentrieren und tippen nicht drei Viertel der Zeit Daten des Patienten unpersönlich am Bildschirm ein, da dies bereits durch den Avatar erfolgt ist“, hieß es vom UKSH.

„Hospital Genius“ ist ein Produkt des sogenannten „Healthcare Hackathons“, den das UKSH, die Unternehmen IBM und Cisco sowie die „Kieler Nachrichten“ im vergangenen Jahr erstmals gemeinsam ausgerichtet haben. Der virtuelle Charakter für die Krankenhaus-Aufnahme belegte bei der Veranstaltung zwar nur den dritten Platz. Dennoch hat der Ansatz das Universitätsklinikum so überzeugt, dass es mit der Basistechnologie den Krankenhausalltag in der Praxis verändern will. Der Avatar selbst wurde aufwendig mit einer Software modelliert, die sonst im High-End-Gaming eingesetzt wird. Nach einer Testphase soll die Technologie auch auf klinische Bereiche weiter ausgerollt werden.

Der Healthcare Hackathon hatte im September 2017 mehr als

### Idee entstand beim Healthcare Hackathon

Der Healthcare Hackathon hatte im September 2017 mehr als

150 Hacker aus ganz Deutschland und Österreich in die Sparkassen Arena nach Kiel gelockt. In 20 Teams entwickelten sie 30 Stunden lang ihre Ideen und präsentierten diese dann in „Pitches“ einer Jury mit Experten aus dem Gesundheitswesen und der Wirtschaft. Der Clou daran: Die „Pitches“ fanden innerhalb einer Gesundheitsmesse mit mehr als 30 Ausstellern statt, die für das breite Publikum geöffnet war und mehr als 2.000 Besucher verzeichnete.

Aus dem Hackathon hervorgegangen ist der „Innovation Hub“ von UKSH, IBM und Fleet7. Dieser ermöglicht einem Mix von jungen Talenten und Professionals, frische Ideen in echter Krankenhausumgebung gemeinsam zur

Marktreife zu bringen. Es sollen primär keine Basistechnologien neu erfunden werden. Stattdessen soll eruiert werden, ob und wie sich der praktische Nutzen digitaler Technologien einfach und sicher im Gesundheitssystem entfalten kann.

### Mehrsprachig von zuhause aus einchecken

Auf der XPOMET in Leipzig vom 21.-23. März hat der Innovation Hub den Avatar erstmals einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt und demonstriert, welches weitere Potential in dessen Entwicklung steckt. So kann „Hospital Genius“ beispielsweise unterschiedliche Sprachen sprechen. Und er soll Patienten künftig auch die Möglichkeit bieten, be-

reits von zu Hause aus im Universitätsklinikum einzuchecken.

Auch in diesem Jahr findet der Healthcare Hackathon in Kiel statt. Vom 13.-15. September haben „Hacker“ die Möglichkeit, mit ihren Ideen die Medizin von Morgen zu entwickeln. In diesem Jahr stehen unter anderem die Themen Spracheingabe im gesamten Krankenhaus, Schlaganfallprävention und smarte medizinische Vernetzung auch zu Hause im Fokus. Dazu werden in der Arena Bereiche eingerichtet, die es erlauben, in einem OP, einem Aufnahmebereich und Patientenzimmern die Technologien praktisch zu erproben und in Workshops Lösungen zu erarbeiten.

Zusätzlich 23 Vollzeitstellen an Uniklinik nötig:

## Entlassmanagement stellt Krankenhäuser vor Herausforderungen

René Adler

Seit dem 1. Oktober 2017 ist der Rahmenvertrag für das Entlassmanagement von Patienten aus der Klinik in die ambulante Versorgung in Kraft, an vielen Stellen treten aber im praktischen Alltag noch Unklarheiten auf. Das war die Erkenntnis einer Veranstaltung in Berlin, wo Experten die Anforderungen an ein rechtskonformes und erfolgreiches Entlassmanagement diskutierten. Fragen, die immer wieder auftauchten: Welcher Patient benötigt ein Entlassmanagement? Wer hat wie mit wem zu kommunizie-

ren? Welchen Aufwand bedeutet das Entlassmanagement für die Klinik? Unsicherheit bestehe zudem bei der Frage, wie die Anschlussversorgung mit Hilfsmitteln organisiert wird – und wer dabei eingebunden werden kann.

Die Koordinierungsfunktion, z.B. für die ambulante Weiterbehandlung des Patienten oder die nahtlose Versorgung mit Hilfsmitteln, liege grundsätzlich bei der Klinik, stellte Andreas Wagener klar, stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Deutschen Kranken-

hausgesellschaft. Neu sei, dass die Häuser zur Überbrückung Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sowie Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln ausstellen dürfen. Das Entlassmanagement werde meist von Patienten genutzt, die nicht in der Lage seien, eine lückenlose Anschlussversorgung zu organisieren. Einher gehe ein enormer bürokratischer Aufwand. „19 Millionen Patienten pro Jahr, macht 38 Millionen Formulare pro Jahr“, rechnete Wagener vor. Hinzu komme der personelle Aufwand,

der mit den DRGs nicht zusätzlich abgegolten werde: „Ob es viel Arbeit ist, ob es wenig Arbeit ist, es gibt kein zusätzliches Geld.“

Das Entlassmanagement werde softwareseitig gesteuert, was die Mitarbeiter der Pflege vor Herausforderungen gestellt habe, zeitlich wie auch organisatorisch, sagte Carola Beese, stellvertretende Pflegedirektorin an der Spreewaldklinik Lübben.

Die Kann-Bestimmungen führten zu Unstimmigkeiten zwischen Krankenhaus, Patienten, Angehörigen und Nachversorgern. Das Einholen der Einwilligung beim Patienten verursache einen Mehraufwand und Zeitverzögerungen. Dass nur Fachärzte Anschlussbehandlungen und Hilfsmittel verordnen dürfen, sei hinderlich, da diese nicht immer greifbar seien. Nicht zu verachten seien hohe Kosten durch neue EDV-Prozesse. „Wir haben die Herausforderung angenommen und schon recht viel umgesetzt“, so Beese. Jedoch sei die nachstationäre Versorgung weiter schlecht, habe sich „eher noch verschlechtert“, da es zu wenig Anbieter gebe oder diese oft wechselten. Daran ändere eine Pflicht zum Entlassmanagement nichts.

Maren Rohr ist Klinische Projektmanagerin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) in Lübeck und Kiel. Sie schilderte, wie ein Maximalversorger die Vorgaben umsetzt. An den zwei Standorten gibt es 80 Kliniken und Institute mit über 107.000 Fällen pro Jahr. Bei mehr als 12.000 Mitarbeitern funktioniere ein solcher Prozess nur „kooperativ und multiprofessionell“. Die Mitarbei-

ter müssten sich mit dem Unternehmen identifizieren, um diese Mehrbelastung zu leisten.

## Gelungenes Entlassmanagement als Marketing-Faktor

Die Patienten seien oft überfordert, gerade wenn sie kein Deutsch sprächen. Rohr forderte Formulare in Sprachen wie Türkisch, Kurdisch oder Russisch. Zudem sei es langwierig, mit den Kassen in Kontakt zu treten. Am UKSH seien zusätzliche 23 Vollzeitstellen nötig, um die neuen Vorgaben zu stemmen. „Wir sind Universitätsklinikum und wollen als Vorbild vorangehen“, erklärte Rohr. Nicht zuletzt sei ein gelungenes Entlassmanagement ein Marketing-Faktor für die Klinik und Motivation für Patienten und Mitarbeiter.

Die schwierige Kommunikation mit den Kassen bemängelte auch Cindy Stoklossa, Leiterin der Sozialdienste an der Charité Berlin. Durch die neuen Compliance-Richtlinien werde die Lage werde noch unübersichtlicher, und die fehlende Bezahlung sei inakzeptabel. Ihr Fazit fiel ernüchternd aus: Durch die Neuregelungen komme es zu Verunsicherungen, welche Hilfsmittel wie verordnet werden könnten. Im Zweifel führe dies eher dazu, dass Entlassverordnungen nicht ausgestellt würden.

Entscheidungswege innerhalb der Kasse dauerten zu lange, räumte Peter Klas, Leiter Krankenhaus-Verhandlungsmanagement bei der AOK Sachsen-Anhalt ein. Anfragen für Unterstützungsleistungen erreichten die Mitarbei-

ter aber auch zu spät. Sein Haus habe daher eine „Koordinierungsstelle Entlassmanagement“ eingerichtet, an die sich Kliniken wenden könnten. Unsicherheiten der Ärzte reduziere man etwa durch Schulungen zu Arzneimittelverordnungen. Insgesamt befürwortet die Kasse die Regelungen: „Wir tun es für die Patienten und die Versicherten – und alles, was denen nutzt, das sollten wir auch machen.“

„Über ein gutes Entlassmanagement bekommen wir den Patienten in eine gute ambulante Versorgung. Wenn das gut funktioniert, dann funktioniert es auch hinterher“, so Sascha Graf, Abteilungsleiter Forderungs- und Abrechnungsmanagement der DAK. Die Herausforderung sei, „dass über 1.800 Krankenhäuser ihr jeweils eigenes Verfahren mit 113 Krankenkassen etablieren möchten“. Umgekehrt mache jede Kasse den Kliniken ein anderes Angebot. Nicht nachvollziehbar seien die strikten Regelungen zu Anschlussverordnungen, die zu Versorgungsunterbrechungen führen könnten: „Ich verstehe nicht, warum man erst am Entlasstag Verordnungen ausfüllen darf. Dann sitzt der Patient auf heißen Kohlen oder im schlimmsten Fall am nächsten Tag wieder im Krankenhaus.“ Zur Unterstützung hat die DAK den „Hilfsmittellotsen“ eingeführt.

## Entlassplanung früh beginnen

Umsetzungsschwierigkeiten und unterschiedliche Interpretationen bemängelte Christian Pietzka, Manager des Fachbereichs Versorgungsmanagement bei Frese-

nus Kabi. Erfolgsfaktoren für ein gelungenes Entlassmanagement bestünden darin, „aufwändige“ Patienten rasch zu identifizieren und früh mit der Entlassplanung zu beginnen. Als Best-Practice-Beispiel könne die multidisziplinäre Entlassplanung in der Geriatrie dienen, Voraussetzung sei die Kommunikation aller internen und externen Erfolgstreiber. Die Möglichkeiten der Digitalisierung

müssten unterstützend genutzt werden, ebenso wie Netzwerkpartner in der nachstationären Versorgung.

Graf plädierte abschließend für schnellere Strukturen: „Weniger Faxes, sondern Datenströme über gesicherte Wege. Jeder Tag zählt!“ In vielen Fällen fehle es an Rechtssicherheit, demgegenüber stehe die Versorgungssicherheit.

Alle Beteiligten müssten zusammenfinden und mit Hilfe von E-Health-Prozessen die Chancen durch geschützte Übermittlungsverfahren nutzen. Der Druck werde auch durch die neue EU-Datenschutz-Grundverordnung und Anbieter wie Google oder Apple größer: „Wir brauchen dringend digitale Lösungen, dann kriegen wir auch die Geschwindigkeit da rein, die wir brauchen.“

Nach MDK-Gutachten:

## Unzulässige Verweigerung der Umsetzung einer Rechnungserhöhung durch Krankenkassen

Maurice Berbuir

**A**ktuell macht eine neue Unart bei der Überprüfung stationärer Abrechnungsfälle die Runde: Krankenkassen verweigern

unter Verweis auf die PrüfvV die Umsetzung einer Rechnungskorrektur, wenn die Prüfung durch den MDK einen Kodierungsfehler ergibt, dessen Korrektur letztlich zu einer Erhöhung der abzurechnenden Entgelte führt.

Mehrerlöses wurden jedoch von Kassenseite gerne angeführt, um die auch in § 275 Abs. 5 SGB V niedergelegte Objektivität des MDK hervorzuheben.



Maurice Berbuir, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht; E-Mail: koeln@medizinrecht.com, Internet: www.medizin-recht.com; Dr. Halbe – Rechtsanwälte, Im Mediapark 6A, 50670 Köln

Foto: Dr. Halbe Rechtsanwälte

Bislang war es in der Praxis unstrittig, dass die Prüfungen des MDK nach § 275 Abs. 1, 1c SGB V in beide Richtungen ausgehen können, nämlich sowohl zu Gunsten als auch zu Lasten der Krankenhäuser. Obwohl die Prüfquoten auch aufgrund stetig verbesserter Aufgreifkriterien der Krankenkassen überwiegend zu Kürzungen und eher selten zu einem Mehrerlös führten – auch weil die MDK-Prüfer sich oftmals ausschließlich an der Kodierung des Krankenhauses abarbeiten, aber keine umfassende Neukodierung des Falles vornehmen. Gerade die vereinzelt Prüfungen mit dem Ergebnis eines

Nunmehr sind jedoch findige Sachbearbeiter einzelner Krankenkassen auf die Idee gekommen, sich die Regelungen in § 7 Abs. 5 der PrüfvV zu Nutze zu machen, indem man diese dahingehend auslegt, dass die Erstellung einer neuen Abrechnung, die das Ergebnis der Fallprüfung durch den MDK umsetzt, unzulässig sei. Begründet wird dies damit, dass eine Korrektur oder Ergänzung von Datensätzen nur bis zum Ende der Begutachtung durch den MDK möglich sei und somit auch die Umsetzung des den Mehrerlös auslösenden MDK-Gutachtens ausgeschlossen sei.

Verschiedene Krankenhäuser klagen nun dagegen und erste

Entscheidungen der Sozialgerichte zeigen, dass es die betroffenen Krankenkassen mit dieser extensiven Auslegung offenbar übertrieben haben. So hat das SG Dortmund in einem Urteil vom 05.05.2017 (Az. S 49 KR 580/16) entschieden, dass die Krankenkasse den Mehrerlös, der auf einer aufgrund einer MDK-Prüfung erfolgten Nachkodierung eines Keimcodes beruhenden Änderung der abzurechnenden DRG zahlen muss. Hier hatte der MDK in einer Verweildauerprüfung „nebenbei“ festgestellt, dass das Krankenhaus vergessen habe einen erlösrelevanten Keimnachweis zu kodieren. Die Einwendungen der beklagten Krankenkasse ließ das Gericht nicht gelten und verwies darauf, dass der Nachberechnung weder der Gesichtspunkt der Verwirkung noch eine angebliche Ausschlussfrist der PrüfvV entgegenstehe.

Auch das SG Reutlingen ist im Ergebnis nicht der Argumentation der Krankenkassen gefolgt (Urteil vom 08.11.2017, Az. S 1 KR 364/17). Im strittigen Fall hatte der MDK eine Änderung der Hauptdiagnose festgestellt, die zur höher bewerteten DRG führte. Auch hier weigerte sich die Krankenkasse mit der bekannten Argumentation die Korrektur – die eigentlich nur eine Umsetzung des Prüfungsergebnisses darstellte – anzuerkennen. Das Gericht verweist in seiner Entscheidung auf die Rechtsprechung des BSG, wonach Rechnungskorrekturen der Krankenhäuser jedenfalls bis zum Ende des auf die unrichtige erste Abrechnung folgenden Kalenderjahres zulässig sind. Vorliegend hatte das Krankenhaus die Abrechnung noch im Jahr der Rech-

nungserstellung korrigiert, so dass eine Verwirkung nicht in Betracht kam. Aber auch der Ansatz über die Konstruktion einer Ausschlussfrist in der PrüfvV wurde durch die Richter abgelehnt, da § 7 der PrüfvV insoweit alleine Vorgaben für den MDK, nicht jedoch eine abschließende Vergütungsregel enthält. Schließlich konnte sich die Krankenkasse auch nicht auf einen Verstoß gegen Treu und Glauben mit Blick auf ein etwaiges Vertrauen in die Abrechnungshöhe der Ursprungsrechnung berufen, da sie ja gerade selbst durch die Einleitung der MDK-Prüfung dokumentiert hatte, dass ihr die Rechnung suspekt erschien. Die Krankenkasse verhalte sich nach Ansicht des Gerichts vielmehr selbst treuwidrig, wenn sie Korrekturen nur „nach unten“ akzeptiere, obwohl diese dann nach der Rechtsauffassung der Krankenkasse ebenfalls der Verfristung unterliegen müssten.

Es ist erfreulich, dass die Gerichte derartigen Wildwüchsen mit klaren Worten Einhalt gebieten, gleichzeitig ist es jedoch äußerst arbeitsaufwändig für beide Seiten, derartige Klärungen herbeizuführen, wenn sich solch abstruse Rechtsauffassungen flächendeckend verbreiten. Insofern ist es auch interessant zu wissen, dass sich sowohl das LSG

NRW als auch das LSG Baden-Württemberg bereits in zweiter Instanz auf die Seite der Krankenhäuser gestellt haben, wobei es bislang jedoch noch keine veröffentlichten Entscheidungen zu dieser Frage gibt, da die Krankenkassenseite ihre Berufungen hier offenbar aus Angst vor negativen zweitinstanzlichen Entscheidungen jeweils nach entsprechenden Hinweisen wieder zurückgenommen hat. Das DRG-System bietet eigentlich ausreichend Möglichkeiten für konstruktive sachliche Auseinandersetzungen im medizinischen Einzelfall, die künstliche Schaffung zusätzlicher formaler Streitpunkte ist nicht erforderlich, wird aber in den letzten Jahren leider immer mehr forciert (vgl. Rückforderungen von Aufwandspauschalen, nachträgliche Rechnungskorrekturen, sachlich-rechnerische Abrechnungsprüfung).

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 21)



Marschall/Hildebrandt/Zich/Tisch/Sörensen/Noting

**Gesundheitsreport 2018.**  
Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten.  
Update: Rückenerkrankungen.

medhochzwei **DAK** Gesundheit

**Schon im ersten Gesundheitsreport der DAK, der über das Jahr 1998 berichtete, wurde festgestellt, dass Rückenschmerz mit 6,5 Prozent die wichtigste Einzeldiagnose am Krankenstand ist. Auch 20 Jahre später sind kaum weniger Fehltag aufgrund von Rückenschmerzen im Betrieb zu verzeichnen. Die Bedeutung von Rückenleiden für das Arbeitsfähigkeitsgeschehen geht zwar tendenziell leicht zurück. Der Rückgang ist jedoch so gering, dass im DAK-Gesundheitsreport**

**2018 die Frage stellt: Warum verursachen Rückenleiden trotz massiver Präventionsbemühungen und einer sich wandelnden Arbeitswelt noch immer so viele Fehltag?**

Storm, Andreas (Hrsg.): DAK-Gesundheitsreport 2018. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update: Rückenerkrankungen. 1. Auflage, 2018. XIII, 287 Seiten, Softcover. ISBN: 978-3-86216-444-8. Preis: 24,99 €;

Infos: <https://www.medhochzwei-verlag.de/shop/index.php/978-3-86216-444-8-dak-gesundheitsreport-2018.html>

Paracelsus:

## Nur noch zwei Bieter im Rennen

**D**er Verkauf des insolventen Paracelsus-Konzerns scheint kurz bevorzustehen. Laut Informationen des „Spiegel“ sollen dabei nur noch zwei Bieter im Rennen sein: der Asklepios-Konzern sowie die Beteiligungsgesellschaft Porterhouse Group AG des Investors Felix Happel. Die beiden Interessenten sollen demnach alle anderen Bieter ausgestochen haben. Eine Entscheidung wird in Kürze erwartet. Die Paracelsus-Belegschaft favorisiert laut „Spiegel“ einen Kauf durch Porterhouse – Vertreter des Investors seien durch die Häuser gegangen und hätten auch mit den Beschäftigten gesprochen, heiße es in einer Information des Gesamtbetriebsrats für die Mitarbeiter.

Die Gewerkschaft Verdi forderte, Ziel des Käufers dürfe nicht kurzfristige Profitmaximierung sein, sondern der nachhaltige Fortbestand des Konzerns. Dies scheint für die Gewerkschaft und die Paracelsus-Beschäftigten eher bei Porterhouse als bei Asklepios gegeben zu sein – befürchtet wird unter anderem, Asklepios könnte die Reha-Sparte von Paracelsus in die Konzerntochter Mediclin ausgliedern; das würde dem Ziel, das Unternehmen als Ganzes zu erhalten, entgegenlaufen. Porterhouse stellt sich selbst als langfristig interessierten Investor dar, der seine Beteiligungen weiterentwickeln will. Im Gesundheitsbereich ist das Investmentunternehmen bisher an der deutschen Soft- und Hardwarefirma Bewatec beteiligt.

(scp)

Ameos:

## Umsätze 2017 um vier Prozent gestiegen

**I**m 15. Geschäftsjahr der Krankenhausgruppe Ameos stiegen die Gesamterlöse gegenüber dem Vorjahreszeitraum um mehr als vier Prozent auf 825 Millionen Euro an. Darin enthalten ist der Erwerb zweier Einrichtungen in Ratzeburg und Brunnen. Das organische Wachstum betrug gut zwei Prozent.

Insgesamt wurden von den rund 13.000 Mitarbeitern über 450.000 Patienten in den somatischen und psychiatrischen Häusern der Ameos Gruppe behandelt. Aktuell betreibt das Unternehmen an 41 Standorten 77 Einrichtungen mit insgesamt etwa 9.000 Betten. Für das laufende Jahr rechnet Ameos mit der Fortsetzung der positiven Geschäftsentwicklung.

(scp)

Vivantes:

## Leichtes Plus 2017

**D**er Berliner Vivantes-Konzern hat bei einem Umsatz von 1,24 Milliarden Euro 2017 ein Jahresergebnis von 21,4 Millionen Euro (inkl. Einmaleffekten in Höhe von 6,2 Millionen Euro) erreicht (2016: 13,2 Millionen Euro). Die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist 2017 auf 16.136 angewachsen (2016: 15.467). 2017 wurden 245.618 Patientinnen und Patienten stationär behandelt (2016: 243.556), in 332.113 Fällen fand eine ambulante Versorgung statt (2016: 331.873). Entsprechend wurde Personal aufgebaut, der Aufwand für Personal lag bei

829 Millionen Euro, der für Material bei 250 Millionen Euro.

Vivantes hat seine Investitionen in 2017 mit 82 Millionen Euro (2016: 68 Millionen Euro) noch einmal deutlich aufgestockt und treibt mittlerweile an fast allen Standorten Bauprojekte voran. Etwa zwei Drittel der investierten Gelder (55 Millionen Euro) stammen dabei aus Eigenmitteln des Unternehmens. Größtes Einzelprojekt war zuletzt der über kreditfinanzierte Eigenmittel realisierte Ersatzneubau am Standort im Friedrichshain in Höhe von 105 Millionen Euro mit rund 400 Betten.

(scp)

MFA auf Intensiv:

## Unterstützung für die Pflege

**U**nsere Pflegekräfte sollen wieder den Beruf machen können, den sie gelernt haben und für den sie brennen“, sagte Kerstin Tanke, Pflegedirektorin der Schüchtermann-Klinik in Bad Rothenfelde (Niedersachsen). Deshalb werden dort angesichts des Fachkräftemangels Medizinische Fachangestellte (MFA) neben der Normalstation auch auf der herzchirurgischen Intensivstation eingesetzt. Sechs MFA sind inzwischen auf der Station beschäftigt, ein nach Angaben der Klinik bundesweit noch sehr neues Konzept. „Wir haben alle Berufsgruppen intensiv einbezogen, um die Aufgaben der MFA genau abzustecken und den neuen Mitarbeiterinnen den Start hier bei uns so einfach wie möglich zu machen“, betonte Carsten Varnhagen, Pflegereferent der Klinik. Insbesondere bei organisatorischen Tätigkeiten wie der Pa-

tientenaufnahme seien die MFA eine große Unterstützung für die Pflegekräfte, aber auch die Vorbereitung von Medikamenten, das eigenständige Durchführen von EKGs und Blutabnahmen sowie die Assistenz bei bestimmten Untersuchungsformen gehörten zu ihren Aufgaben. „Für diese Tätigkeiten werden MFA speziell ausgebildet“, erläuterte Varnhagen: „Pflegekräfte und Medizinische Fachangestellte ergänzen sich deshalb sehr gut.“

Die Grundpflege aber bleibe weiterhin ein wichtiger Bestandteil der examinieren Pflegekräfte, weil in dieser wertvollen Zeit die wichtige Krankenbeobachtung durch die Gesundheits- und Krankenpfleger stattfindet. „Hier hat die Pflegekraft die Möglichkeit, den Allgemeinzustand des Patienten zu beurteilen und gegebenenfalls die weitere Versorgung direkt anzupassen“, betonte der Pflegereferent. Deshalb sei eine gute Kommunikation zwischen den Berufsgruppen Pflege und MFA, aber auch dem ärztlichen Dienst und den Arztassistenten von großer Bedeutung.

Die Pflegekräfte erlebten den Einsatz der MFA auf ihren Stationen als sehr positiv, weil sie sich wieder mehr ihrer Arbeit am Patientenbett widmen können. Auch für die MFA ergäben sich zahlreiche positive Effekte, insbesondere durch das breitere Aufgabenspektrum und die neuen Herausforderungen, die sich im Klinikalltag ergäben.

„Der Schritt raus aus der Arztpraxis hinein ins Krankenhaus ist für die MFA oftmals sehr spannend. Sie werden mit vielfältigen neuen Aufgaben konfrontiert, aber profitieren auch von einer höheren Flexibilität, was zum Bei-

spiel die Schichtplanung oder Urlaubseinteilung betrifft“, fasste Kerstin Tanke die Beweggründe vieler MFA für den Wechsel ins Krankenhaus zusammen. Eine ausführliche Einarbeitung durch spezielle Mentoren sowie ein umfangreiches weiteres Qualifizierungsprogramm würden dafür sorgen, dass die neuen Herausforderungen gut bewältigt werden können. Nicht zuletzt werde der Einsatz der neuen Berufsgruppe auch wissenschaftlich begleitet, um die Integration der Medizinischen Fachangestellten bestmöglich gestalten zu können.

(scp)

Niels-Stensen-Kliniken:

## Psychosomatik wird eigenständige Klinik

Die Niels-Stensen-Kliniken Bramsche (Niedersachsen) haben jetzt eine eigenständige Klinik für Psychosomatik. Sie wird von dem bisherigen Oberarzt Marc Eilers, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Innere Medizin, nun chefarztlich geleitet.

Die Psychosomatik war bisher eine Abteilung der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. Mit der Verselbstständigung solle den gewachsenen Anforderungen an die Psychosomatische Medizin am Bramscher Krankenhaus und im Verbund der Niels-Stensen-Kliniken Rechnung getragen werden, so Geschäftsführer Werner Lullmann. Das anerkannte Leistungsangebot solle weiter ausgebaut und intensiviert werden. Die Klinik werde unter anderem mit der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

am St.-Vinzenz-Hospital Haselünne zusammenarbeiten, das seit Jahresbeginn zum Verbund der Niels-Stensen-Kliniken gehört.

Das chefarztliche Leitungsteam am Bramscher Krankenhaus besteht nun aus Dr. Yvonne Walonka (Psychiatrie und Psychotherapie) sowie Marc Eilers (Psychosomatik). Dr. Christian Algermissen wird sich auf die Leitung des Zentrums für seelische Gesundheit konzentrieren, das er ebenso wie die Magdalenen-Klinik Harderberg leitet.

Die neue Klinik für Psychosomatik hat 20 Betten, zwei Ärzte, drei Psychologen sowie viele Therapeuten. Ein Schwerpunkt liegt unter anderem auf der Behandlung des chronischen Schmerzsyndroms.

Die Kliniken für Psychosomatische Medizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie der Niels-Stensen-Kliniken Bramsche kooperieren eng mit der Klinik für Innere Medizin unter Leitung von Chefarzt Dr. Sebastian Ellis. Dazu gehört ein gemeinsames Angebot zur qualifizierten Entgiftung suchtkrankender Menschen.

(scp)

## Neue Bücher

Bernd Halbe/Rudolf Schmid

### Aufsichts- und Verwaltungsrat in Gesundheits- und Sozialunternehmen

Aufgaben • Herausforderungen • Handlungsempfehlungen



Gesundheitswesen in der Praxis

medhochzwei

Das im medhochzwei Verlag erschienene Buch „Aufsichts- und Verwaltungsrat in Gesundheits- und Sozialunternehmen“ liefert detaillierte Einblicke in die Arbeitsweise der Aufsichtsorgane. Darin werden die Aufgaben, Rechte, Pflichten und gesetzlichen Grundlagen der Gremien dargestellt. Weitere Schwerpunkte bilden eine Situationsanalyse sowie Vorschläge zu Zusammensetzung, Arbeitsweise, Qualifikation

und Aufgaben der Gremienmitglieder, die zur erfolgsorientierten Kooperation mit der Träger- und Managementebene beitragen sollen. In zehn ausführlichen Interviews zeigen Aufsichtsräte, Verwaltungsräte und Vorstände Handlungsfelder und Perspektiven für die Gremien auf – und die Experten sparen nicht mit Kritik.

Das Buch können Sie hier bestellen: <https://www.medhochzwei-verlag.de/shop/index.php/978-3-86216-369-4-aufsichts-und-verwaltungsrat-in-gesundheits-und-sozialunternehmen.html>

## Impressum

### Klinik Markt inside

**Herausgeber:** Dr. Uwe K. Preusker

**Herausgeberbeirat:** Dr. Daisy Hünefeld;  
Alexander Schmidtke; Prof. Dr. Christian  
Schmidt; Prof. Dr. Bernd Halbe

**V.i.S.d.P.:** Julia Rondot

**Chefredakteur:** René Adler

**stellv. Chefredakteur:** Sven C. Preusker

[kmi-redaktion@medhochzwei-verlag.de](mailto:kmi-redaktion@medhochzwei-verlag.de)

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

Tel. + 49 151 15 28 09 75

**Verlag:** medhochzwei Verlag GmbH, Alte

Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg

[www.medhochzwei-verlag.de](http://www.medhochzwei-verlag.de)

**Bezugsbedingungen:** Klinik Markt inside erscheint mit 24 Ausgaben pro Jahr, Abonnement jährlich 635,00 Euro inkl. Versandkosten. Auch als elektronische Ausgabe in der KMi-App erhältlich. Weitere Informationen unter [www.klinikmarktinside.de](http://www.klinikmarktinside.de). Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

**Vertrieb:** medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Straße 42/1, 69115 Heidelberg, Tel. + 49 6221 91 49 6-15, Fax + 49 6221 91 49 6-20, [sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de](mailto:sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de)  
Vervielfältigung nur nach Absprache mit dem Verlag.

## Termine

24.04.-25.04.2018; Berlin:

13. Kongress für Gesundheitsnetzwerker;

Infos: [www.gesundheitsnetzwerker.de](http://www.gesundheitsnetzwerker.de)

24.-25.04.2018; Stuttgart:

Corporate Health Convention;

Infos: [www.corporate-health-convention.de](http://www.corporate-health-convention.de)

25.04. 2018, 11:00 bis 17:00 Uhr,

Berlin: Frühjahrsforum der

Deutschen Hochschulmedizin;

Infos: [https://www.uniklinika.de/fileadmin/user\\_upload/Fruehjahrsforum\\_2018\\_Dt.\\_Hochschulmedizin\\_V11.pdf](https://www.uniklinika.de/fileadmin/user_upload/Fruehjahrsforum_2018_Dt._Hochschulmedizin_V11.pdf)

03.-04.05.2018; Hannover:

KlinikManagementPersonal

– Der Kongress für Personalge-

stalter;

Infos: [www.klinikmanagementpersonal.de](http://www.klinikmanagementpersonal.de)

04.05.2018; Berlin: WOKwissen-

Fachkonferenz Intensivstation;

Infos: [www.wokwissen.de/](http://www.wokwissen.de/)

[intensivstation-4-mai-2018/hintergrund.html](http://intensivstation-4-mai-2018/hintergrund.html)

17.-18.05.2018, Potsdam:

25. Deutscher-Krankenhaus-  
Controller-Tag;

Infos: <http://dvkc.de/index.php?id=181>

06.-08.06.2018; Berlin:

Hauptstadtkongress Medizin  
und Gesundheit;

Infos: [www.hauptstadtkongress.de](http://www.hauptstadtkongress.de)

13.06.2018; Berlin: Bundes-

kongress des BDPK;

Infos: [www.bdpk.de/veranstaltungen/bundeskongress-2018/bdpk-bundeskongress-am-13-juni-2017-in-berlin](http://www.bdpk.de/veranstaltungen/bundeskongress-2018/bdpk-bundeskongress-am-13-juni-2017-in-berlin)

13.06.2018; Berlin: WOKwissen-

Fachkonferenz Zentrale Notauf-

nahme ;

Infos: [www.wokwissen.de/zentrale-notaufnahme-13-juni-2018/hintergrund.html](http://www.wokwissen.de/zentrale-notaufnahme-13-juni-2018/hintergrund.html)

## Video-Tipp

### Videoschulung „Folgen der EU-Datenschutzgrundverordnung“



Im Mai 2018 tritt die EU-Datenschutz-Grundverordnung, die bereits 2016 erlassen wurde, in Kraft. Die Gesetzesänderungen, die im Zuge der EU-Verordnung v o r g e n o m m e n wurden, sind weitreichend. Von den Änderungen betroffen ist die ärztliche

Schweigepflicht, die ja sozusagen die berufsrechtliche/strafrechtliche „Ausformung“ des Datenschutzes im Verhältnis Arzt-Patient ist. Das Seminar legt den Schwerpunkt auf der Darstellung der Regelungen zur Schweigepflicht und insbesondere den Änderungen des § 203 StGB. Unter <https://www.medhochzwei-verlag.de/shop/index.php/folgen-der-eu-datenschutz-grundverordnung-was-muss-im-umgang-mit-patientendaten-beachtet-werden-videoschulung-on-demand.html> finden Sie weitere Informationen zur Schulung.

**Die nächste Ausgabe erscheint am 07.05.2018**