



BARMHERZIGE BRÜDER
Krankenhaus München

romans'

März 2021



EIN PIEKS HOFFNUNG

Gemeinschaftsprojekt Mitarbeiterimpfung

MAV-Wahl 2021

Extrem hoher
Zusammenhalt

Plötzlich COVID-19
Sozialdienst

Inhalt

- 2 Wir begrüßen
- 2 Impressum
- 3 Editorial
- 4 Jubilare
- 4 Wir verabschieden
- 4 Klinik im Dialog
- 5 Aufs Blatt gebracht
- 6 MAV-Wahl 2021
- 8 Extrem hoher Zusammenhalt
- 15 Gedenkgottesdienst
- 16 Ein Pieks Hoffnung
- 23 Plötzlich COVID-19: Sozialdienst
- 28 Terminkalender



„Zwar müssen alle unsere Hygienevorschriften, zumindest vorerst, bestehen bleiben, aber dennoch gibt uns allen der kleine Impf-Pieks in den Oberarm doch Hoffnung im Kampf gegen die Corona-Pandemie. Die Mutationen bleiben weiterhin ein Problem, doch können wir mit der Impfung unseres Personals doch ein Stück weit unsere Patienten schützen, und uns selber natürlich auch. Viele freiwillige Helfer opferten ihre Freizeit um bei der großen Impfkation an insgesamt drei Wochenenden behilflich zu sein. Wir hoffen, dass sehr bald möglichst viele Menschen in Deutschland die Möglichkeit erhalten, sich impfen zu lassen, damit wir irgendwann wieder zu unserer gewohnten Normalität zurückkehren können.“

cb

Grüß Gott unseren neuen Mitarbeiter*innen

*Herzlich
willkommen!*

im Januar 2021

Die Namen werden aus datenschutzrechtlichen Gründen in der Internetausgabe nicht veröffentlicht!

im Februar 2021

Die Namen werden aus datenschutzrechtlichen Gründen in der Internetausgabe nicht veröffentlicht!

Hinweis:

In unserer Hauszeitung werden auch persönliche Daten von Mitarbeitern veröffentlicht, zum Beispiel anlässlich von Dienstjubiläen sowie Ein- und Austritten. Wer eine solche Veröffentlichung nicht wünscht, sollte dies bitte rechtzeitig, das heißt in der Regel mindestens einen Monat vor dem jeweiligen Ereignis, der Redaktion (siehe Impressum) mitteilen. Wir machen an dieser Stelle explizit darauf aufmerksam, dass die Ausgaben der romans auch auf unserer Internetseite www.barmherzige-muenchen.de veröffentlicht werden. Bitte informieren Sie die Redaktion auch dahingehend, wenn Sie einer Namensveröffentlichung im Internet nicht zustimmen. Vielen Dank.

cb

Impressum

romans Nr. 03/2021
 Herausgeber: Krankenhaus Barmherzige Brüder,
 Romanstraße 93, 80639 München
 Verantwortlich: Dr. Nadine Schmid-Pogarell,
 Geschäftsführerin
 Redaktion: Christine Beenken,
 Telefon: 089 1797-1866,
christine.beenken@barmherzige-muenchen.de
 Fotos: Claudia Rehm: S. 3, 17 oben; pixabay:
 S. 4 rechts oben; Dr. Viktoria Bogner-Flatz,
 Foto privat S. 8; Dr. Dominik Hinzmann, Foto privat
 S. 8; Ilona Metzler: S. 15; Simon Katzer: S. 17
 unten; Dr. Nadine Schmid-Pogarell: S. 22 oben;
 Olta Elezi: S. 18 oben, 20, 21; Christine Beenken:
 S. 2, 13, 16, 18 unten, 19, 22 unten, 24, 26, 28.
 Titelbild: Christine Beenken
 Layout: Michael Harvolk, Druckerei Marquardt
 Druck: H. Marquardt, Regensburg
 Auflage: 700 Stück
 Redaktionsschluss Aprilausgabe 2021:
 20. März 2021
 KBBM im Internet: www.barmherzige-muenchen.de

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei den meisten Texten auf die ausführliche Schreibweise „-er und -innen“ verzichtet. Generell werden stattdessen die Begriffe stets in der kürzeren Schreibweise (z.B. Mitarbeiter) verwendet. Dies versteht sich als Synonym für alle männlichen und weiblichen Personen, die damit selbstverständlich gleichberechtigt angesprochen werden.



Liebe Mitarbeiterinnen,
Liebe Mitarbeiter,

auch heuer, so fürchte ich, wird die Pandemie unseren Alltag das ganze Jahr über beeinflussen, daran haben wir uns leider mehr oder weniger gewöhnen müssen. Besonders bedauerlich ist, dass es mit den Impfungen in Deutschland insgesamt nur sehr zögerlich vorangeht.

Völlig unverständlich ist mir in diesem Zusammenhang, weshalb niedergelassene Ärzt*innen sowie Apotheken nicht längst in die Impfstrategie aufgenommen wurden. Könnten die rund 6.000 Hausärzt*innen und Praktischen Ärzt*innen sowie die rund 3.100 Apotheken in Bayern ab sofort jeweils fünf Patient*innen pro Werktag impfen, wären das täglich etwa 45.500 Impfungen. Bis Ende Juli könnten in den Praxen und Apotheken somit immerhin fast ein Fünftel der über 15-Jährigen in Bayern vollständig geimpft werden – sofern denn auch genügend Impfstoff verfügbar wäre, aber daran fehlt es bisher ebenfalls. Wenn es in der bisherigen Geschwindigkeit weitergehen sollte, bräuchte man noch knapp 3 Jahre um die erwachsene Bevölkerung in Bayern vollständig geimpft zu haben, denn leider haben in Deutschland bis Anfang März lediglich 3% der Bevölkerung eine vollständige Impfung und insgesamt gut 5% die erste Impfdosis erhalten, viel zu wenig!

Einige Krankenhäuser, so auch wir, hatten dagegen das große Glück, durch entsprechende Lieferungen von Impfstoff aus dem Impfzentrum, aber auch durch beherrztes Vorgehen und kreative Umsetzung deutlich schneller voranzukommen.

Neben den Impfungen beschäftigen uns aktuell aber noch viele weitere Themen,

so wurde der Monatsplan zur 2. Rückkehr zum Normalbetrieb mit Corona durch das Direktorium freigegeben und wird nun laufend aktualisiert. Sie finden in dem dazugehörigen Dokument auch eine Übersicht der aktuellen Regelungen für externe Dritte wie Handwerker*innen, Ehrenamtliche und viele weitere Personen, die aktuelle Version ist immer im Dokumentenleitsystem hinterlegt.

Besonders intensiv arbeiten wir derzeit im Rahmen unserer Strategischen Partnerschaft mit dem Klinikum Dritter Orden (KIIO) an gemeinsamen Aktivitäten. Bei unseren Impfkationen haben wir uns von Anfang an sehr gut und erfolgreich ausgetauscht, hierzu finden Sie auch ein Interview ab Seite 16 in dieser Ausgabe. Im Zusammenhang mit den Digitalisierungsprojekten, die über einen Zeitraum von drei Jahren im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) allen Krankenhäusern enorme Kraftanstrengungen abverlangen, stehen wir ebenfalls von Anfang mit dem KIIO in engem Austausch. Die beiden Direktionen werden Mitte März eine erste gemeinsame Sitzung abhalten. Auch hier werden wir Sie natürlich auch weiterhin auf dem Laufenden halten.

Ich wünsche Ihnen und Ihren Familien von Herzen alles Gute

Ihre

Dr. Nadine Schmid-Pogarell
Geschäftsführerin

Herzlichen Glückwunsch

im März 2021

Die Namen werden aus datenschutzrechtlichen Gründen in der Internetausgabe nicht veröffentlicht!



Wir verabschieden

Die Namen werden aus datenschutzrechtlichen Gründen in der Internetausgabe nicht veröffentlicht!

Klinik im Dialog

Informationsveranstaltung der Klinikleitung
für Mitarbeitende des Krankenhauses
Barmherzige Brüder München
Montag, 22. März 2021
14:15 Uhr
Konferenzspange, Raum 1
Hierzu laden wir Sie sehr herzlich ein!

Wir werden Sie unter anderem zu folgenden Punkten informieren:

1. Wesentliche Personalveränderungen
2. Entwicklung Leistungsdaten
3. Stand aktuelle Projekte/ Bauabschnitt
4. Zertifizierungen
5. Termine
6. Ihre Fragen

Bitte hierbei unbedingt beachten:
Die Anzahl der Teilnehmenden muss bei großem Andrang ggf. begrenzt werden.
Auf die Einhaltung der geltenden Abstandsregelung ist zu achten.
Es gilt auch hier die Pflicht zum Tragen eines Mund-Nase-Schutzes.

Aufs Blatt gebracht

Ausgewählte Beiträge aus unseren Sozialen Medien im Überblick



#odervonherzen



Barmherzigebrueder_muenchen
Krankenhaus Barmherzige Brüder München



#OP #Fasching2021

Mundnaseschutz und Faschingskrapfen statt Pappnase.
Weiberfastnachtsgrüße aus dem OP-West. 😊

Mehr Online:



@KrankenhausBarmherzigeBrüderMünchen



@barmherzigebrueder_muenchen



@KrankenhausBarmherzigeBrüder

#odervonherzen ❤️



Barmherzigebrueder_muenchen
Krankenhaus Barmherzige Brüder München



#Winter #Schnee #Krankenhaus

Winterwonderland

Wir wünschen Euch allen ein schönes Wochenende! ❤️

Passt gut auf Euch auf und bleibt gesund!

Foto: @luigispurio

Mehr Online:



Barmherzigebrueder_muenchen
Krankenhaus Barmherzige Brüder München



#Stop_hieristdeinlieblingsjob #SAPV

Lerne München von einer anderen Seite kennen – mit uns!

Zur Unterstützung unseres SAPV-Teams suchen wir in Vollzeit bzw. Teilzeit unbefristet einen Gesundheits- und Krankenpfleger (m/w/d).
Link: <https://bit.ly/3kgEvK4>

Mit Hilfe der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) können schwerstkranke Menschen in ihrer vertrauten Umgebung bis zu ihrem Lebensende behandelt werden. Das SAPV-Team ist rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr zu erreichen, um die Patienten ganzheitlich und individuell zu versorgen und die Angehörigen zu begleiten.

Mehr Online:



Zusammengestellt von Olta Elezi

MAV-Wahl 2021

Zwischen 12. und 28. April 2021 findet die Wahl der neuen Mitarbeitervertretung (MAV) per Briefwahl statt.

Damit Kontakte im Rahmen der Corona-Pandemie vermieden werden, ordnet der Wahlausschuss nach § 11 Abs. 4a MAVO die Briefwahl an. Die Wahlberechtigten können damit ihr Wahlrecht statt im Wege der Urnenwahl nur durch Briefwahl ausüben. Die Briefwahlunterlagen werden ab 12. April 2021 über die Bereiche und Stationen durch Mitglieder des Wahlausschusses sowie der MAV ausgegeben. Auf Wunsch werden die Briefwahlunterlagen auch zugesandt. Wenden Sie sich diesbezüglich bitte an Patrizia Hundsdorfer (Tel.: -2201).

Ab 8. März 2021 wird die „**Liste der wahlberechtigten und wählbaren Personen**“ in den MAV-Schaukästen gegenüber den Aufzügen im Erdgeschoss ausgehängt.

Bis 26. März 2021 können Wahlvorschläge beim Wahlausschuss abgegeben werden.

Die Kandidatinnen und Kandidaten werden in der April-Ausgabe der „Romans“ bekannt gegeben. Die Stimmabgabe (Wahlurne an der Information) ist bis 28. April 2021 um 14:30 Uhr möglich.

Anschließend erfolgt die öffentliche Auszählung im Raum C GG 01 mit Bekanntgabe der neuen MAV-Mitglieder.

Die „Neue MAV“ wird sich in der Mai-Ausgabe der „Romans“ vorstellen.



Erläuterungen zum Wahlrecht: Aktives und passives Wahlrecht

Gemäß Mitarbeitervertretungsordnung (MAVO) vom 01.05.2018 für die Erzdiözese München und Freising:

§ 3 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Sinne dieser Ordnung sind alle Personen, die bei einem Dienstgeber

- (1) 1. aufgrund eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses,
2. als Ordensmitglied an einem Arbeitsplatz in einer Einrichtung der eigenen Gemeinschaft,
3. aufgrund eines Gestellungsvertrages oder
4. zu ihrer Ausbildung tätig sind.

Personen, die dem Dienstgeber zur Arbeitsleistung überlassen werden im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes, sind keine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Sinne dieser Ordnung.

- (2) Als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gelten nicht:
 1. die Mitglieder eines Organs, das zur gesetzlichen Vertretung berufen ist,
 2. Leiterinnen und Leiter von Einrichtungen im Sinne des § 1,
 3. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die zur selbstständigen Entscheidung über Einstellungen, Anstellungen oder Kündigungen befugt sind,
 4. sonstige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in leitender Stellung,
 5. Geistliche einschließlich Ordensgeistlichen im Bereich des § 1 Absatz 1 Nr. 2 und 3,
 6. Personen, deren Beschäftigung oder Ausbildung überwiegend ihrer Heilung, Wiedereingewöhnung, beruflichen und sozialen Rehabilitation oder Erziehung dient.

§ 7 Aktives Wahlrecht

- (1) Wahlberechtigt sind alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die am Wahltag das 18. Lebensjahr vollendet haben und seit mindestens sechs Monaten ohne Unterbrechung in einer Einrichtung desselben Dienstgebers tätig sind.
- (2) Wer zu einer Einrichtung abgeordnet ist, wird nach Ablauf von drei Monaten in ihr wahlberechtigt; zum gleichen Zeitpunkt erlischt das Wahlrecht bei der früheren Einrichtung. Satz 1 gilt nicht, wenn feststeht, dass die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter binnen weiterer sechs Monate in die frühere Einrichtung zurückkehren wird.
- (2a) Personen, die dem Dienstgeber zur Arbeitsleistung überlassen werden im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes, sind wahlberechtigt, wenn sie am Wahltag länger als sechs Monate in der Einrichtung eingesetzt worden sind. Mehrere Beschäftigungszeiten einer Leiharbeiterin oder eines Leiharbeitnehmers bei demselben Dienstgeber werden zusammengerechnet.
- (3) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einem Ausbildungsverhältnis sind nur bei der Einrichtung wahlberechtigt, von der sie eingestellt sind.
- (4) Nicht wahlberechtigt sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, für die zur Besorgung aller ihrer Angelegenheiten ein Betreuer nicht nur vorübergehend bestellt ist, die am Wahltag für mindestens noch sechs Monate unter Wegfall der Bezüge beurlaubt sind, die sich am Wahltag in der Freistellungsphase eines nach dem Blockmodell vereinbarten Altersteilzeitarbeitsverhältnisses befinden.

§ 8 Passives Wahlrecht

- (1) Wählbar sind die wahlberechtigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die am Wahltag seit mindestens einem Jahr ohne Unterbrechung im kirchlichen Dienst stehen, davon mindestens seit sechs Monaten in einer Einrichtung desselben Dienstgebers tätig sind.
- (2) Nicht wählbar sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die zur selbstständigen Entscheidung in anderen als den in § 3 Absatz 2 Nr. 3 genannten Personalangelegenheiten befugt sind.
- (3) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die zur Ausübung ihrer Tätigkeit von ihrem kirchlichen Dienstgeber an eine Einrichtung eines anderen kirchlichen Rechtsträgers abgeordnet, versetzt, zugewiesen oder gestellt sind, sind nicht wählbar zu der Mitarbeitervertretung der Einrichtung, zu der die Zuordnung erfolgt, soweit für sie eine Sondervertretung oder eine Vertretung nach § 23a gebildet ist.

Extrem hoher Zusammenhalt

Ärztliche Krisenmanager der Corona-Pandemie attestieren Münchner Krankenhäusern große Kooperation- und Hilfsbereitschaft

Noch immer herrscht in Bayern aufgrund der Corona-Pandemie der Katastrophenfall. Er wurde erstmalig in der Geschichte des Freistaates im März letzten Jahres landesweit ausgerufen. Nach einer Pause im Sommer gilt er seit Dezember 2020 erneut. Wenn ein Katastrophenfall ausgerufen wird, geht es darum, Kräfte zu bündeln und die Arbeit vieler Behörden und Hilfsorganisationen bestmöglich zu koordinieren. Die obere Führungsebene ist die Führungsgruppe Katastrophenschutz (FüGK). Das Gesundheitsministerium führte zusätzlich Ende letzten Jahres die *Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination* ein, die in allen 26 Rettungsleitstellen in Bayern zum Einsatz kommen. Sie sollen eine Überlastung der Krankenhäuser durch COVID-19-Erkrankte verhindern und die reguläre Versorgung aufrechterhalten. Die Ärztlichen Leiter sind ein Bindeglied zwischen den Krankenhäusern und Schnittstelle zwischen Rettungsdienst, Kliniken sowie Politik, haben weitreichende Entscheidungsbefugnisse und koordinieren die Verteilung der Patienten auf die Kliniken und Rehaeinrichtungen.

Da viele sich kein richtiges Bild über ihre Aufgaben machen können, interviewte ich Priv.-Doz. Dr. Viktoria Bogner-Flatz und Dr. Dominik Hinzmann, beide Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination für die Stadt München und den Landkreis. Dabei erläuterten sie für die romans ein wenig ihr umfangreiches Aufgabenfeld inklusive ihrer Befugnisse.



Priv.-Doz. Dr. Viktoria Bogner-Flatz, Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, Zusatzbezeichnung Notfallmedizin, ist Oberärztin der Klinik für Allgemeine, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Klinikum der LMU München. Dort ist sie Sektionsleiterin Notfallaufnahme/ Schockraum des Campus Innenstadt. Außerdem ist sie bestellte Ärztliche Leiterin Rettungsdienst der Landeshauptstadt München am Rettungszweckverband München.

Dr. Dominik Hinzmann, Facharzt für Anästhesiologie, Notfall- und Intensivmedizin, arbeitet als Bereichsleiter für Prä- und innerklinische Notfallversorgung an der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin des Klinikums Rechts der Isar der TU München und gleichzeitig als Ärztlicher Leiter Rettungsdienst der Landeshauptstadt München am Rettungszweckverband München.



Seit wann sind Sie beide Ärztliche Leiter der Krankenhauskoordination? Sind Sie dazu berufen worden und hatten Sie die Position durchgehend während der Corona-Pandemie?

Dr. Dominik Hinzmann (DH): Die Position *Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination* gibt es erst seit der zweiten Welle. Während der ersten Welle hieß es noch *Ärztliche Leiter Führungsgruppe Katastrophenschutz*, ist aber von der Tätigkeit her sehr ähnlich. In der ersten Phase waren die Aufgaben noch durch die Strukturen des Katastrophenschutzes geprägt, auch hinsichtlich Aufbauorganisation und Abwicklung, so dass man hier eine Nomenklatur gewählt hat, die der Führungsorganisation gängigen Begrifflichkeit folgte, damit jeder wusste, wie die Position hierarchisch einzuordnen war. Die Führungsgruppe Katastrophenschutz ist das höchste Gremium in einem Katastrophenfall, sie trifft sämtliche Entscheidungen, sowohl politisch als auch operativ. Während des kleinen Plateaus nach der ersten Welle gab es diese Funktion nicht, weil sie nicht mehr notwendig war. Mit den wieder ansteigenden Infektions- bzw. Patientenzahlen hat man sie quasi wieder ins Leben gerufen, dann aber unter der Bezeichnung *Ärztliche Leitung Krankenhauskoordination*. Der Katastrophenfall wurde bei der zweiten Welle wesentlich später ausgerufen und fand nun strukturell im Rahmen des Gesundheitsministeriums statt, weshalb man auch eine andere Nomenklatur wählte. Schlussendlich waren die Tätigkeiten jedoch sehr ähnlich, außer dass es nun eine andere Rechtsgrundlage gab.

Das heißt, auch die Funktion *Ärztliche Leiter Führungsgruppe Katastrophenschutz* ist neu?

DH: Stimmt, beide Funktionen gab es im Vorfeld überhaupt nicht, sie sind mit der Pandemiebewältigung aus dem Brunnen gesprungen. Die Führungsgruppe Katastrophenschutz (FüGK) selbst dagegen existiert schon viele Jahre. Sie ist die Verwaltungsführung einer Katastrophe und es gibt sie auf jeder Regierungsebene, auf der Stadt- und Landkreis- sowie der Regierungsebene, in unserem Fall Oberbayern. Und dann ist sie auch nochmal auf der Ebene der Ministerien angesiedelt, beim Staatsministerium des Inneren, welches im Rahmen einer Katastrophe die komplette Führung über alle anderen Ministerien übernimmt.

Was sind Ihre Aufgaben als *Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination*?

Priv.-Doz. Dr. Viktoria Bogner-Flatz (VB-F): Ernannt und bestellt wurden wir vom Rettungszweckverband der Stadt und des Landkreises München. Es ist gesetzlich genau festgelegt, wer in solchen Fällen wen ernennen darf. Zu unseren jetzigen Aufgaben gehört die Sicherstellung der Behandlungskapazität für Patienten, die Intensivbehandlung benötigen. Vom Prinzip her ist diese Kombination sehr sinnvoll, gleichzeitig Intensivbetten für alle COVID-Patienten verteilen zu müssen, aber

eben auch für Patienten, die aus anderen Gründen ein Intensivbett brauchen, macht die Aufgabe jedoch nicht einfacher.

Das heißt, Sie arbeiten mit allen 58 Krankenhäusern der Stadt München und dem Landkreis zusammen?

Beide: Ja, vollkommen richtig.

DH: Die Krankenhäuser müssen alle, das kennen Sie aus Ihrem Haus ja auch, einen Pandemiebeauftragten benennen. Diese Pandemiebeauftragten wiederum sind innerhalb der genannten Strukturen unsere Ansprechpartner, mit ihnen besprechen wir, wie wir gemeinsam vorgehen und wie die Patientenverteilung ausschaut, auch in der Extreme. Momentan bauen wir ja alle wieder etwas zurück, weswegen es gerade ein bisschen unruhig ist, weil natürlich anders geplant werden muss, wenn die Versorgung wieder verstärkt in den Bereich Non-COVID geht, wir parallel aber verpflichtet sind, genügend Kapazitäten für potentielle COVID-Patienten vorzuhalten. Gleichzeitig müssen wir auch den Patientengruppen gerecht werden, die jetzt vielleicht lange auf eine Behandlung warten mussten. Unter Umständen entwickeln wir ja mit dem Verschieben der elektiven Operationen weitere Notfälle, weil auch ein elektiver Patient zu einem kritischen Patienten werden kann, der dann entsprechend versorgt werden muss. Genau in dieser Grätsche bewegen wir uns.

Es waren aber nicht alle Münchner Kliniken an der Versorgung von COVID-Patienten beteiligt, weil nicht jede Klinik über eine Intensivstation verfügt?

DH: Genau. Also vom Prinzip her ist es so, jetzt gerade in der zweiten Welle, dass schwerpunktmäßig diejenigen Kliniken bei der Versorgung von COVID-Patienten gefragt sind, die sich auch sonst an der Notfallversorgung in München und Umgebung beteiligen. Das stellt natürlich eine gewisse Doppelbelastung für diese Kliniken dar, besonders für Kliniken wie Ihr Haus, die Spezialversorgung mit der ECMO-Therapie anbieten können. Diese Doppelbelastung ist in der zweiten Welle deutlich spürbar, weil man nicht mehr wie in der ersten Welle versucht hat, jedes Krankenhaus zu beauftragen COVID-Patienten zu versorgen. Zum Beispiel eine rein psychiatrische Klinik tut sich mit einem hochinternistischen Krankheitsbild wahnsinnig schwer und deshalb hat man in der zweiten Welle versucht, sich auf die Kliniken zu fokussieren, die mit diesem Krankheitsbild auch umgehen können. Der Nachteil ist jedoch, dass die Belastung der Krankenhäuser, die COVID und Nicht-COVID-Patienten zu versorgen haben, natürlich entsprechend höher ist.

Wie hat sich die Zusammenarbeit mit den Kliniken gestaltet?

VB-F: Ich muss sagen, dass alle Krankenhäuser wahnsinnig kooperativ waren und sind! Alle verstehen natürlich auch die

Die ÄLRD-Struktur laut Bayerischem Rettungsdienstgesetz (BayRDG)

Landesbeauftragter (Ärztlicher Landesbeauftragter Rettungsdienst, ÄLBRD) auf Landesebene

Bezirksbeauftragter (Ärztlicher Bezirksbeauftragter Rettungsdienst, ÄBRD) in jedem Rettungsdienstbezirk

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) in jedem Rettungsdienstbereich

Die ÄLRD haben die Aufgabe, im Zusammenwirken mit den innerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs im Rettungsdienst Mitwirkenden die

Qualität rettungsdienstlicher Leistungen zu sichern und zu verbessern. Der Bezirksbeauftragte stimmt innerhalb seines Zuständigkeitsbereichs alle übergreifenden Fragestellungen ab. Er koordiniert und beaufsichtigt die Tätigkeit der ÄLRD. Der Bezirksbeauftragte übernimmt die überregionale

Gremienarbeit und Steuerung des Qualitätsmanagements. Der Landesbeauftragte koordiniert und beaufsichtigt

die Arbeit der Bezirksbeauftragten und leitet das notfallmedizinische Qualitätsmanagement landesweit.

Quelle: www.aelrd-bayern.de



Notwendigkeiten dieser Maßnahmen, aber wir haben uns auch immer um einen Dialog bemüht, unabhängig davon, dass uns dieses Gesetz relativ viel, ich möchte es jetzt mal in Führungszeichen setzen, Durchgriff ermöglicht. Das macht aber keinen Sinn, weshalb wir immer versucht haben, intensiv mit den Häusern zu kommunizieren und im Dialog zu führen. Natürlich haben wir die internen Probleme, die alle hatten, gesehen. Wir verstehen das als Mitarbeitende von zwei großen Kliniken auch selber und konnten beobachten, zu was die Maßnahmen intern führten. Das ist eine ziemlich interessante Rolle, zum einen sehen wir, was die Corona-Pandemie-Notwendigkeit darstellt und zum anderen beobachten wir, wie unsere Maßnahmen eins zu eins umgesetzt werden, dann aber vielleicht auch in der eigenen Abteilung zu Problemen, Umstrukturierungen und ungemütlichem Arbeiten führen können.

Sie sind ja beide in Universitätskliniken Oberärzte, Sie Frau Dr. Bogner-Flatz im Klinikum der LMU und Sie Herr Dr. Hinzmann im rechts der Isar. Wie konnten Sie die Aufgaben als Oberärzte mit den Aufgaben als Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination vereinbaren bzw. verbinden? Wurden Sie freigestellt oder haben Sie beides gleichzeitig gemacht?

DH: Wir haben in der Tat immer versucht die Aufgaben parallel zu bewältigen, wobei man natürlich ganz klar sagen muss,

die Tätigkeiten sind sehr unterschiedlich. In unseren Kliniken musste der Betrieb trotz unserer beiden Dienste ja weiterlaufen und koordiniert werden, Viktoria in der Notaufnahme der LMU und ich in der Notfallversorgung des Rechts der Isar. Manchmal war es schwierig, weil es etwas viel war. Aber wenn es sein musste, konnte ich mich, und bei Dir Viktoria war das ja ähnlich, ohne Probleme auch mal einen Tag aus dem Klinikgeschehen rausnehmen, um mich dann fokussiert der Aufgabe der Krankenhauskoordination widmen zu können. Da waren und sind unsere Chefs sehr verständnisvoll.

Ist Ihre Tätigkeit als Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination ehrenamtlich? Oder bekommen Sie ein Gehalt von der Stadt München?

VB-F: Ja. Das ist keine zusätzlich bezahlte Aufgabe. Wir arbeiten beide im Prinzip Vollzeit, davon einen Teil als Ärztliche Leiter Rettungsdienst und den anderen Teil in der Klinik, das ergibt zusammen eine 100 Prozent-Stelle. Wir sind natürlich so freizustellen, dass wir beide Aufgaben bewerkstelligen können. Die Zeit, die wir nicht in der Klinik arbeiten können, bekommt unser Arbeitgeber quasi als Entschädigung finanziert. Also das ist kein zusätzliches Geld, sondern wir machen nur eine zweite Aufgabe fürs gleiche Gehalt sozusagen, verbunden mit ganz viel Zettelwirtschaft, was da alles so dazugehört.

Haben Sie beide die Position bekommen, weil Sie Ärztliche Leiter des Rettungsdienstes in Stadt und Landkreis München sind?

DH: Das würde ich so nicht sagen. Der Rettungszweckverband musste sich zweier Ärzte bedienen. Und ich denke, er hat sich natürlich zweier Ärzte bedient, mit denen er auch sonst im Alltag außerhalb einer Pandemie viel zu tun hat. Wir arbeiten einerseits in unserer Tätigkeit als Ärztliche Leiter Rettungsdienst sehr viel mit den Behörden zusammen. Und andererseits war ein ganz klares Potpourri gefordert, was die Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination mitbringen sollten: es musste eine aktive klinische Tätigkeit und Erfahrung im Bereich der Akut- und Intensivmedizin vorhanden sein. Das ist etwas, was wir beide mitbringen und deswegen die Voraussetzungen haben. Außerdem muss man das Katastrophenmanagement und die behördlichen Strukturen kennen. Daher gehe ich mal davon aus, dass man deswegen wohl auf uns zugekommen ist, zumal wir zwei bekannte Personen in dieser Szene sind.

Seit wann sind Sie beide Ärztliche Leiter des Rettungsdienstes?

VB-F: Ich bin das seit 1. Februar 2017, Du bist später dazugekommen.

DH: Ja, ich bin ich seit April 2018 dabei.

Ist es Zufall, dass Sie jeweils an einer der großen Universitätskliniken der Stadt München arbeiten und gleichzeitig Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination sind?

DH: Ja, das hat sich zufällig so ergeben. Aber ich genieße es total, dass wir beide unterschiedliche Fachrichtungen bespielen können, das ergibt einen unglaublichen Mehrwert, sowohl in der Alltagsarbeit als auch jetzt in der Pandemie, weil man auf alles mit zwei Brillen schaut. Das ist unglaublich wichtig und enorm wertvoll.

VB-F: Was ebenfalls wichtig ist, wir sind vorher primär als Ärztliche Leiter Rettungsdienst eingesetzt gewesen und das sind wir ja immer noch. Und eine Voraussetzung auch dafür ist, dass man klinisch tätig ist. Zumindest war dieser Wunsch bei der Ausschreibung niedergelegt sowie das Konstrukt, 50 Prozent klinische Tätigkeit und 50 Prozent Ärztlicher Leiter Rettungsdienst. Das erfüllen alle unsere Kolleg*innen in Bayern. Man möchte wohl in dieser Position jemanden haben, der die Praxis kennt. Insofern ist es kein Zufall, dass wir beide in Akuthäusern klinisch tätig sind. Dass wir beide von den zwei Münchner Unikliniken kommen, ist tatsächlich Zufall. Es ist nicht so, dass die Universitäten uns positioniert hätten, ganz im Gegenteil, wir mussten schon fragen, ob denn die Reduktion auf 50 Prozent in den Positionen, die wir haben, auch irgendwie möglich ist. Daher würde ich es mal andersherum aufzäumen.

Diese Reduktion kann wohl nur ein Klinikum leisten, das groß genug ist und über genügend ärztliches Personal verfügt?

DH: Das stimmt. Das merken wir natürlich auch und das spüren unsere Kolleg*innen.

Welche Herausforderungen hatten Sie sonst noch in der weiterhin andauernden Pandemie zu bewältigen?

DH: Na ja, was schon immer schwierig war, ist diese Grätsche zwischen den Wünschen, die vielleicht die politische Verwaltungsebene hat, und gleichzeitig den Bedürfnissen der Kliniken so gerecht zu werden, dass man beiden Bereichen entgegenkommt. Wir stehen quasi wie Dirigenten auf einer kleinen Mauer, die beiden Seiten das in die Hand gibt, damit jeder glücklich ist. Das Problem ist natürlich zu schauen, dass die Kliniken den Spagat zwischen Non-COVID- und COVID-Versorgung sowie dem Zurückschrauben des elektiven Programms hinbekommen, ohne dabei das Personal zu überfordern. Also was ich in der zweiten Welle massiv gemerkt habe, sind die Belastungen und Ausfälle beim Personal und auf der anderen Seite eine behördliche Struktur, die gern ein dickes Polster an Betten für die COVID-Versorgung hätte, für den Fall, dass die Corona-Patientenzahlen wieder steigen. In dieser Gratwanderung bewegen wir uns eigentlich jeden Tag.

Mehr Betten, das hat man ja schon in der ersten Welle bei uns gesehen, hat man sehr schnell geschaffen. Wir haben zum Beispiel den Aufwachraum geräumt und dort Betten zur Verfügung gestellt. Das größte Problem, wie Sie ja gerade auch gesagt haben, ist genügend Personal für die Versorgung und Pflege der Patienten zu haben. Sind Sie in die Lage gekommen, ich habe gelesen, dass das auch zu Ihren Aufgaben bzw. Befugnissen gehört, Personal von einer Klinik in die andere umzuschichten?

DH: Wir hatten das eigentlich geplant, aber das ist äußerst schwierig. Sie haben sicher auch in Ihrem eigenen Haus gesehen, wie schwer es ist, Personal, was auf Station X eingeteilt ist, jetzt auf Station Y einzusetzen, das kann zu ganz viel ungueter Stimmung führen und hat unter Umständen Krankheitsausfälle zur Folge. Wir haben deswegen von diesen Maßnahmen abgesehen, weil es schlussendlich nichts gebracht hätte und daher immer versucht, hier den kommunikativen Weg zu finden. Es hat gut funktioniert, dass man Personal nur innerhalb der Kliniken umshifft. Personal von einem Krankenhaus in das andere zu verpflanzen, ist einfach sehr schwierig, ich kann das total nachvollziehen, denn man fühlt sich in seinem Orbit deutlich sicherer und wohler. Wenn wir schon Personal als knappe Ressource haben, dann sollten wir zusehen, dass für das Personal das Bestmögliche rauskommt.

VB-F: Gerade Intensivfachkräfte, aber auch alle anderen natürlich, sind sehr darauf angewiesen im Team zu funktionieren,

Teamarbeit ist in der Patientenversorgung extrem wichtig! Und wenn man dann sagt, morgen arbeitest du auf einer anderen Intensivstation und kümmerst dich dort um Patienten, die schwerstkrank sind, dann bringt das nichts.

DH: Stimmt, das ist immer wieder Thema gewesen. Wir sind beide Vollblutkliniker, kennen die Strukturen und wissen um die Bedeutung eines Teams, also im Sinne ein Team wertzuschätzen. Und dann zu wissen, dass wir unter Umständen auf der anderen Seite an so wichtigen Gütern wie der Pflegeuntergrenze oder dem Versorgungsschlüssel für Intensivpatienten rütteln müssen, um mehr COVID-Patienten versorgen zu können, diese Grätsche ist schon etwas, das weh tut, das haben wir an uns selber immer wieder bemerkt. Dafür kämpfen zu müssen, dass Pflegeuntergrenzen ausgesetzt werden, das tut mir in der Seele weh, weil ich einfach weiß, was es für Intensivpflegende bedeutet, vielleicht drei anstatt zwei Patienten zu versorgen. Wer selber lange auf einer Intensivstation gearbeitet hat, weiß, was es bedeutet, sich um so schwer kranke Patienten zu kümmern. Bei COVID-Patienten ist es nochmal anders, wenn man nämlich zwei, drei Stunden im Vollschutz in der Box steht und einem der Schweiß unter der Kleidung einfach nur runterläuft. Das ist eine Situation, die wir durchaus kennen und daher kann man das nicht hoch genug anerkennen, was hier bei der Versorgung der Patienten geleistet wird! Uns war von Anfang an klar, dass wir versuchen, Kliniken, die Personalprobleme haben, zu unterstützen. Aber ebenso waren wir uns einig, dies, mit Hinblick auf das Personal, nicht durchdrücken zu wollen. Das wäre nicht mehr unsere Überzeugung gewesen.

VB-F: Wenn man Abläufe und Organisation in einem Haus oder auf einer Station nicht kennt, gleichzeitig jedoch mit einer hohen Infektionsgefahr konfrontiert ist - wir haben ja auch große Ausfälle ärztlicherseits und bei den Pflegenden gehabt, weil die sich selbst infiziert haben - dann ist es noch problematischer zu sagen, Du arbeitest ab heute in einem anderen Krankenhaus und fertig.

Während der ersten Welle gab es ja immer wieder Probleme mit genügend Schutzkleidung und -ausrüstung. Existieren diese Engpässe noch immer?

VB-F: Das war in der ersten Welle schon deutlich schwieriger. In der zweiten Welle haben wir das Problem mit der Schutzkleidung eigentlich nicht mehr, jedenfalls nicht mehr in der Form, dass es problematisch gewesen wäre.

Gibt es eigentlich einen Unterschied zwischen der ersten und zweiten Welle, den Sie beobachten konnten?

DH: Ja, den gibt es. Ich würde ihn mit einer gewissen Corona-Müdigkeit bezeichnen. In der ersten großen Welle hatten wir die Bilder von Frankreich, Spanien und Bergamo in Italien im Kopf und alle hatten Angst. Diese Angst hat die Leute

wahnsinnig motiviert zu sagen: wir schaffen das, wir agieren. Wir sind ja relativ gut durch die erste Welle gekommen und dann haben alle im Sommer, wo es insgesamt etwas besser aussah, geistig, ging mir ja selber auch so, bei sich überlegt, gibt es überhaupt eine zweite Welle? Und wenn es eine zweite Welle gibt, dann bekommen wir das schon irgendwie hin. Als die zweite Welle jedoch kam und die Infektionszahlen schnell anstiegen, sorgte das für Unruhe und man merkte, dass irgendwie so keiner wirklich mehr Lust hatte. Das fiel uns beim Personal, bei uns selber und allen Beteiligten auf. Ich muss aber sagen, dass wir trotzdem auch in der zweiten Welle gut agiert und zusammengearbeitet haben. Jedoch eine gewisse Müdigkeit, dieses „jetzt reicht dann langsam“ ist absolut zu bemerken.

Haben Sie Angst vor einer dritten Welle durch die vermehrt auftretenden Mutationen?

VB-F: Die zweite Welle hat letztlich schon zu einem Dauerlauf geführt. Wir spielen das jetzt ja schon seit einem Jahr durch. Wenn man etwas Unangenehmes bewältigen muss, dabei aber eine Perspektive hat, weil man zum Beispiel auf eine Prüfung lernt und weiß, am Tag X ist es vorbei, dann fällt es einem natürlich leichter. Als die zweite Welle kam, haben alle gemerkt, das war nicht so wie man zunächst dachte: Jetzt müssen wir diese Corona-Pandemie bewältigen, dann kommt der Sommer und alles ist vorbei. Aber zum Sommerende hatte man immer mehr das Gefühl, jetzt geht es gleich weiter und so war es ja auch. Das war ein wahnsinniger Motivationskiller. Obwohl das nicht der richtige Ausdruck ist, es würde ja bedeuten, die Leute seien nun nicht mehr so engagiert, das will ich damit überhaupt nicht sagen. Und eine dritte Welle wird wohl auch davon abhängen, wie schnell man eine Durchimpfung der Bevölkerung schafft und was das Virus sich so weiter einfallen lässt. Ich glaube, so richtig vorausschauend beurteilen kann das keiner.

Wie beurteilen Sie, welches Krankenhaus wann wie viele COVID-Patienten aufnehmen soll?

VB_F: Es gibt eine Allgemeinverfügung, die ziemlich genau vorschreibt, welche Kliniken vor allem im Fokus sein sollten. Aber mit „nur“ diesen Kliniken hätten wir das gar nicht geschafft. Deshalb haben wir beim Gesundheitsministerium sehr zügig beantragt, dass auch eine ganze Reihe anderer Kliniken sich weiter an der Versorgung der Corona-Patienten beteiligen darf und auch ausgleichszahlungsberechtigt ist. Unseren Anträgen wurde vollumfänglich entsprochen, sodass wir mit einem viel größeren Pool an Kliniken arbeiten können. Was die Verteilung angeht, halten wir uns natürlich an die Vorgabe, dass vor allem die Kliniken der Stufe 2 und 3, die auch sonst in der Notfallversorgung stark eingebunden sind, zunächst schwerpunktmäßig einbezogen werden, dazu jedoch auch Kliniken, die nicht unter diese Kriterien fallen und trotzdem über eine hervorragende Intensivmedizin verfügen. Im Rahmen



Rettungsdienst in Bayern

Die Landkreise und kreisfreien Gemeinden haben - organisiert in den Zweckverbänden für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung - die Aufgabe, Notfallrettung und Krankentransport im übertragenen Wirkungskreis flächendeckend sicherzustellen. Grundlage hierfür ist das Bayerische Rettungsdienstgesetz. Das Gebiet des Freistaats Bayern ist dazu in 26 Rettungsdienstbereiche eingeteilt. In jedem dieser Rettungsdienstbereiche werden die Einsätze im öffentlichen Rettungsdienst zentral von einer Integrierten Leitstelle / Rettungsleitstelle koordiniert. Die Rettungswachen, an denen die Rettungsdienstfahrzeuge stationiert sind, sind so verteilt, dass jeder an einer Straße liegende Einsatzort in der Regel innerhalb einer Fahrzeit von höchstens 12 Minuten bzw. in dünn besiedelten Gebieten mit schwachem Verkehr ausnahmsweise in bis zu 15 Minuten erreicht werden kann (Hilfsfrist).

In Bayern gibt es über 300 Rettungsdienststandorte. Der öffentliche Rettungsdienst hat bei der Notfallrettung schnell und reibungslos zu koordinieren:

- Notfallmeldung
- Notfallmedizinische und Rettungsdienstliche Versorgung des Notfallpatienten am Notfallort
- Transport des Notfallpatienten in eine zur Weiterbehandlung geeignete Einrichtung unter Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen.

Unter Notfallpatienten werden dabei sowohl Verletzte als auch Kranke verstanden, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhalten. Auf der Grundlage der Notfallmeldung entscheidet der verantwortliche Leitstellendisponent anhand eines Kriterienkatalogs (Notarztsindikationskatalog), ob zur Versorgung ein Notarzt erforderlich ist. Die Organisation beinhaltet die Notfallmedizinische und Rettungsdienstliche Versorgung des Notfallpatienten durch einen Notarzt und/oder Rettungsassistenten. Zum Rettungsdienst gehört daneben der Krankentransport. Gegenstand des Krankentransports ist es, Kranken, Verletzten oder Hilfsbedürftigen, die keine Notfallpatienten sind, sofern erforderlich Hilfe zu leisten und sie unter fachgerechter Betreuung zu befördern.

Das Rettungswesen ist nach dem Grundgesetz eine öffentliche Aufgabe der Länder und dient der lebensrettenden Gefahrenabwehr. Es umfasst die Notfallmeldung und Maßnahmen der Ersten Hilfe ebenso wie die Organisation und die Durchführung des Rettungsdienstes.

Quelle: www.zrf-bayern.de

unserer Möglichkeiten schauen wir jeden Tag, welche Klinik hat wie viele Patienten, wie könnte man umshiften und verlegen? Zusätzlich spielt München eine große Rolle als Versorger für ein großes Umfeld, so dass natürlich von anderen Landkreisen und teils auch überregional Zuverlegungen erfolgt sind. Wir planen also nicht nur für „unsere Bürger“, sondern müssen diese Zuverlegungen aus medizinischen Gründen auch immer mit im Kopf haben.

Lief die Koordination auch über IVENA?

DH: Genau.

VB-F: Ganz interessant ist, dass viele oft die subjektive Sicht hatten, an einem Tag viel mehr Corona-Patienten bekommen zu haben als andere. Aber es ist ja klar, dass man sich selber im Fokus sieht. Wenn man sich jedoch die Statistik ansieht, und das machen wir immer wieder, stellt man fest, dass dem nicht so ist. Natürlich kann es mal zu Ungleichgewichten kommen, aber wir versuchen immer, das irgendwie auszugleichen. Trotzdem: Die absolute Gerechtigkeit gibt es nicht, besonders weil als erstes der Patientenschutz im Vordergrund steht. Schließlich kann man Patienten nicht durch die ganze Stadt fahren, bloß damit am Abend die Zahl stimmt.

Rechnen Sie beide damit, dass die Pandemie noch länger andauert?

DH: Das ist die Frage, die wir uns immer wieder unter unterschiedlichen Aspekten stellen. Ich glaube nicht, dass unsere aktuelle Bestellung, die offiziell bis Ende des März läuft, dann formal beendet ist. Die Frage ist, wie sich alles weiterentwickelt? Sie haben nach den Mutationen gefragt. Wir wissen, dass die Mutationen schon hier angekommen sind, aber so wirklich greifen können wir es noch nicht. Was wir an validen Zahlen haben, ist nicht sehr aussagekräftig, sodass wir einfach abwarten müssen, was auf uns zukommt. Wenn man nach London schaut, wo es ja sehr viele COVID-Erkrankungen durch Mutationen gab, stimmt es ein bisschen positiv, da dort die Infektionszahlen wieder ordentlich nach unten gehen. Ich würde sagen, wir müssen hochmotiviert nach vorne schauen. Ich glaube aber auch, uns geht es so wie allen anderen, wir wären beide nicht böse, wenn wir uns mal wieder auf unsere Alltagsaufgaben fokussieren könnten. Aber die Mutationen sind ein schwieriges Thema. Ich bin weder Virologe noch Infektiologe, das ist nicht unser spezielles Fachgebiet, muss es auch nicht, dafür gibt es genügend Leute, die uns entsprechend informieren. Jedoch bin ich mir sicher, dass wir die Pandemie bewältigen, es wird funktionieren. Wir haben in München einen extrem hohen Zusammenhalt unter den Krankenhäusern, und wenn es mal irgendwo reibt, konnten wir das immer gut lösen, mit allen Kliniken. Es gab ebenfalls in der zweiten Welle immer mal wieder Häuser, auch große, die wir aufgrund von internen Corona-Ausbrüchen zeitweise vom Versorgungsnetz nehmen mussten, zwei, drei Tage oder auch mal

länger. Aber das haben die anderen Kliniken gut kompensiert, so dass sich die Krankenhäuser, die betroffen waren, wieder strukturieren, die Situation kontrollieren und dann erneut ans Netz gehen konnten. Dieser Zusammenhalt überwiegt schlussendlich die gewisse Müdigkeit, die sich ein wenig breit macht. Wir haben es in München bisher geschafft gemeinsam an einem Strang zu ziehen, mit allen Höhen und Tiefen, mit dem Wissen um die Belastung fürs Personal, die Belastungen für die Geschäftsführungen und natürlich in erster Linie für unsere Patienten. Es fällt uns nicht leicht zu sagen, wir können Sie jetzt nicht operieren und müssen das auf später verschieben. Aber wir arbeiten in München intensiv zusammen und das funktioniert hervorragend.

Sie setzten Ihre Hoffnung auf die zügige Durchimpfung der Bevölkerung. Sind Sie beide schon geimpft?

DH: Ja, ich bin geimpft. Und ja, ich hoffe natürlich darauf, dass die Impfungen jetzt zügig laufen und dass die politischen Bemühungen und Zusagen, die gemacht wurden, auch alle stimmen. Ich glaube, das ist der Dreh- und Angelpunkt mit Blick auf den Herbst. Je nachdem wie weit wir dann mit dem Impfen sind, wissen wir, ob wir im Herbst nochmal alle anpacken müssen oder eben nicht mehr. Wir werden COVID im Herbst haben, das ist glaube ich unbestritten, die Frage ist nur in welcher Auswirkung. Also mein Wunsch wäre, dass wir im Herbst mit COVID so umgehen können, wie wir es jedes Jahr mit den Influenzawellen oder sonstigen saisonbedingten Infektionen können.

Frau Dr. Bogner-Flatz, könnten Sie bitte das Schlusswort übernehmen?

VB-F: Gerne. Ich möchte an dieser Stelle mal Danke sagen, wir haben uns zwar schon am Ende der ersten Welle überschwänglich bedankt. Aber da haben wir nicht unbedingt damit gerechnet, dass wir noch mehr Danke sagen müssen, so wie jetzt am Ende oder beim Abklingen der zweiten Welle. Man muss schon betonen, alle haben sich nach Kräften bemüht, obwohl es während der zweiten Welle deutlich schmerzhafter war aus den schon genannten Gründen. Und deshalb möchten wir uns wirklich für die Zusammenarbeit bedanken und auch dafür, dass eigentlich jede Diskussion konstruktiv war und auch immer in einer patientenorientierten Lösung endete, ich glaube das ist ein Schlusswort, das nicht fehlen sollte.

Ich danke Ihnen Beiden für das Gespräch.

Das Interview führte Christine Beenken am 12. Februar 2021 via Videokonferenz.

GEDENKGOTTESDIENSTE 2021

Für Trauernde und Trostsuchende

Angebot für Trauernde und Trostsuchende

„Er heilt die zerbrochenen Herzen sind und verbindet ihre Schmerzen.“

Psalm 147,3

Liebe Angehörige,

jeder Mensch ist einmalig und unverwechselbar und hinterlässt eine Lücke, wenn er nicht mehr da ist. Aber auch jeder Mensch, den wir verloren haben, hinterlässt Spuren in unserem Leben. So mischen sich in der Trauer Dankbarkeit und Schmerz, Liebe und Verzweiflung. Dem wollen wir Raum geben und Gott dazu einladen. Er kann uns Mut und Hoffnung, Trost und Frieden schenken.

Gönnen Sie sich diese Zeit der Gemeinschaft mit anderen Betroffenen und mit uns. Wir freuen uns auf Sie.

Ihr Pastoralrat

Bitte beachten Sie immer die jeweils aktuellen Hygienevorschriften!

Gedenkgottesdienste in der Krankenhauskirche

TERMINE 2021

Donnerstag, 18. März 2021

Donnerstag, 22. Juli 2021

Donnerstag, 18. November 2021

Jeweils um 16:30 Uhr

Wir laden Sie herzlich ein zu unseren ökumenischen Gedenkgottesdiensten, die wir dreimal im Jahr begehen. Wir sind offen für alle und achten die Religion und Spiritualität unserer Mitmenschen. Achtsam und wertschätzend wollen wir der Verstorbenen im Krankenhaus Barmherzige Brüder gedenken. Uns nährt dabei die christliche Botschaft von der Liebe Gottes, die nie aufhört.

Veranstaltungsort

Krankenhauskirche

Krankenhaus Barmherzige Brüder
Romanstraße 93, 80639 München



BARMHERZIGE BRÜDER
Krankenhaus München



Mitarbeiterimpfungen

Ein Pieks Hoffnung

Im Krankenhaus Barmherzige Brüder München und im Klinikum Dritter Orden starteten fast zeitgleich im Januar 2021 die Impfungen gegen COVID-19. Dr. Harald Schrödel, Geschäftsführer des Klinikums Dritter Orden und Dr. Nadine Schmid-Pogarell, sein Pendant im Krankenhaus Barmherzige Brüder, schildern uns im Gespräch ihre Eindrücke und Erfahrungen während der Impfung.

Frau Dr. Schmid-Pogarell, Sie hatten am 28. Dezember 2020 erstmals Kontakt mit dem Impfzentrum. Worum ging es da?

Wir erhielten damals einen Anruf mit der Frage, ob wir kurzfristig mit den Impfungen unserer Mitarbeitenden beginnen könnten. Ich hatte Anfang Dezember mit unserem Ärztlichen Direktor, Professor Christian Rust, und unserer Betriebsärztin, Dr. Antje Blöching besprochen, dass wir vor Weihnachten und um den Jahreswechsel herum die Impfungen nicht würden beginnen können, weil wir uns nicht in der Lage sahen, die Logistik und die Abfrage der Impfwilligen so schnell durchführen zu können. Zudem war Anfang Dezember völlig unklar, wann überhaupt Impfstoff zur Verfügung stehen würde. Etwa am 21. Dezember wurde von kurzfristig verfügbarem Impfstoff gesprochen, aber konkrete Informationen erhielten wir nicht. Niemand konnte uns sagen, wann und wie viel Impfstoff an welche Krankenhäuser geliefert würde. Wir vereinbarten deshalb, eine erste Impfkation für den 7. und 8. Januar vorzubereiten. Am 28. Dezember war ich dann sehr überrascht, dass es so plötzlich losgehen könnte, war aber der Meinung, eine erste Impfrunde nicht ohne entsprechende Vorbereitung und auch nicht mit urlaubsbedingt deutlich reduzierter Mannschaft starten zu können. Insofern blieb ich an dem Montag noch bei der ursprünglich festgelegten Zeitschiene.

Am 30. Dezember erfuhren Sie Näheres zu den notwendigen technischen Vorbereitungen. Lief das alles problemlos?

Das war ein Telefonat der besonderen Art! Nachdem ich dem Impfzentrum mitgeteilt hatte, dass wir definitiv am 7. Januar mit den ersten Impfungen starten würden, wurde ich gefragt, ob wir denn die IT-Voraussetzungen für die Impfungen schon geschaffen hätten. Es hieß, wir müssten administrative Arbeitsplätze mit PCs und Druckern sowie weitere



*Dr. Nadine Schmid-Pogarell
Geschäftsführerin Krankenhaus
Barmherzige Brüder München*

Arbeitsplätze für Impfähzte mit Kameras ausstatten, da für die Dokumentation im Bayerischen Impfzentrum – dem BIZ – QR-Codes erzeugt würden, die ausgedruckt und anschließend von den Impfähzten wieder eingelesen werden sollten.

Das hat uns erst mal kalt erwischt, denn in keiner der Videokonferenzen zur Impfung von Mitarbeitenden in Krankenhäu-



*Dr. Harald Schrödel
Geschäftsführer Klinikum Dritter Orden*

sern, an denen ich zuvor teilgenommen hatte, war davon die Rede gewesen. Vielmehr wurde seitens der BKG, also der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, am 21. Dezember in einer Videokonferenz für Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhäuser auf den Abschluss eines Vertrages verwiesen, der Voraussetzung für die Dokumentation und Abrechnung der Impfkationen über ein entsprechendes Erfassungstool des BIK sei – das ist das Bayerische Institut für Krankenhausorganisation und –Betriebsführung. Diesen Vertrag schlossen wir natürlich umgehend ab. Michael Pflaum, unser Verwaltungsdirektor, und ich prüften dann am Nachmittag des 30. Dezember gemeinsam mit unserem IT-Leiter Thomas Singer und seiner Mitarbeiterin Renate Katte im Rahmen einer Ad-hoc-Begehung, wo wir diese Arbeitsplätze, die natürlich auch erst entsprechend ausgestattet werden mussten, einrichten könnten. Wir wollten unter Berücksichtigung der aktuellen Hygienevorgaben vermeiden, dass es irgendwo zu Warteschlangen kommt und entschieden uns für sechs dezentrale Impfstationen. Außerdem rief ich sofort Herrn Dr. Schrödel an und gab ihm die neuen Informationen sowie die Kontaktdaten meines Ansprechpartners beim Impfzentrum durch, da ich wusste, dass das Klinikum Dritter Orden bisher noch keinen Impfstoff angeboten bekommen hatte. Das war für mich eine wunderbare Gelegenheit, unsere strategische Partnerschaft mit noch mehr Leben zu füllen.

Herr Dr. Schrödel, am 30. Dezember erfuhren Sie von Frau Dr. Schmid-Pogarell, welche technischen Voraussetzungen notwendig waren. Wie war Ihr Stand zu diesem Zeitpunkt?

Wir sind eigentlich davon ausgegangen, dass die Dokumentation der Impfungen sehr einfach mittels einer Excel-Datei erfolgen kann, welche täglich an ein Online-Portal zu übermitteln ist. Hierzu wurde ja extra der oben angesprochene Rahmenvertrag zwischen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft und



Erst musste man sich registrieren...

dem Bayerischen Gesundheitsministerium abgeschlossen. Ich habe erst von Frau Dr. Schmid-Pogarell erfahren, dass wir die gesamte Dokumentation jeder einzelnen Impfung separat in das Bayerische Impfportal eingeben müssen. Wir waren gezwungen, die hierfür benötigte IT-Infrastruktur mit insgesamt neun Arbeitsplätzen innerhalb kürzester Zeit bereitzustellen. Unsere IT-Abteilung hat das beeindruckend gemeistert. Möglich war uns dies auch deshalb, weil mich Frau Dr. Schmid-Pogarell sofort angerufen hat und uns auf die bestehenden

Anforderungen vorbereitet hatte. Das war ein entscheidender Wissensvorsprung, dafür bin ich ihr sehr dankbar.

Herr Dr. Schrödel, am 31. Dezember hat das Klinikum Dritter Orden erstmalig den BioNTech-Impfstoff erhalten. Wo waren Sie am Silvestertag, als Sie diese Nachricht erreichte?

Ich wollte eine kleine Bergtour machen und war gerade knapp unterhalb eines Berggipfels, als das Telefon klingelte.



Dann gab es den Pieks

In anderen Krankenhäusern wartete man längere Zeit auf den „erlösenden“ Anruf – was war Ihr erster Gedanke, als Sie erfahren haben, dass in zweieinhalb Stunden der Impfstoff eintrifft?

Ich hätte niemals damit gerechnet, dass wir ad hoc eine größere Menge an Impfdosen geliefert bekommen würden. Im ersten Moment war ich sehr erfreut und erleichtert; ich wusste gleichzeitig, dass viel Arbeit vor uns lag, die es gemeinsam zu meistern galt.

Am 31. Dezember wurden bereits die ersten Mitarbeiter*innen nachmittags im Ambulanten Operations-Zentrum geimpft. Zum damaligen Zeitpunkt musste die gesamte Dokumentation noch über die Software des Bayerischen Impfzentrums laufen. Warum dieser ganze Aufwand?

Es gab da wohl ein Missverständnis zwischen Bayerischem Gesundheitsministerium und Impfzentrum, welches nicht darüber informiert worden war, dass die Krankenhäuser ihre Impfungen auf eine andere Weise dokumentieren sollen. Zwischen den Feiertagen ließ sich dieses leider zunächst nicht aufklären.

Frau Dr. Schmid-Pogarell, im Krankenhaus Barmherzige Brüder wurde zum 4. Januar 2021 mit der Impfung begonnen. In welcher Situation haben Sie erfahren, dass das Krankenhaus Barmherzige Brüder Impfdosen erhält und wie war Ihre Reaktion?

Silvester war ja ein Donnerstag und wie immer hatten wir um 9 Uhr eine der beiden wöchentlichen Videokonferenzen der Münchner Kliniken mit dem Gesundheitsreferat. Dort berichtete Dr. Dominik Hinzmann, einer der beiden Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination der Stadt München, er habe am Abend vorher erfahren, dass in der kommenden Woche kein Impfstoff an die Krankenhäuser geliefert würde. Ich fiel aus allen Wolken, denn am Tag zuvor war mir ja vom Impfzentrum die Liefe-

zung für den 7. Januar bestätigt worden. Auf meine Nachfrage in die Runde der Videokonferenz hieß es zunächst, die bereits zugesagten Impfdosen würden in der ersten Januarwoche trotzdem ausgeliefert.

Mir war das dann zu unsicher und ich rief vorsichtshalber im Impfzentrum an. Prompt erhielt ich die Nachricht, dass wegen des Feiertags - Heilig-Drei-König - wirklich keine Lieferung möglich sei, dass ich wohl aber sofort welchen haben könnte. Das musste ich leider ablehnen, da es am Nachmittag des 31. Dezember nicht möglich gewesen wäre, aus dem Stand mehrere Impfteams und Impfwillige zu organisieren. Damals ahnte ich noch nicht, was wir dann alles doch in extrem kurzer Zeit schaffen würden.

Ich telefonierte an Silvester tagsüber mehrfach mit Herrn Dr. Schrödel, der mich zum Stand im Klinikum Dritter Orden auf dem Laufenden hielt. Er hatte den verfügbaren Impfstoff spontan angenommen und wollte sofort starten. Ich dachte mir daher irgendwann: wenn jetzt wirklich Impfstoff kurzfristig verfügbar ist, muss ich ihn nehmen, sonst würde ich es mir nie verzeihen, eine solche Gelegenheit zum frühen Impfstart unserer Mitarbeitenden nicht genutzt zu haben. Allerdings hatte ich zu diesem Zeitpunkt nicht einmal ansatzweise eine Idee, wie wir das technisch und organisatorisch alles so schnell hinkriegen sollten. Mir wurden dann die ersten Impfdosen für Montag, den 4. Januar zugesagt. Sie mussten zeitnah verimpft werden, da sie am gleichen Tag, also an Silvester, vormittags aufgetaut worden waren. Zwischen dem Beginn des Auftauens und der Verimpfung hat man 120 Stunden Zeit, das wäre bis zum Vormittag des 5. Januar gewesen.

Mit Herrn Dr. Schrödel standen Sie die ganze Zeit in einem regen Austausch, was die Organisation der Impfung betraf. Welche Konsequenzen haben Sie aus den Erfahrungen bei uns im Klinikum Dritter Orden gezogen?

Am Samstag, den 2. Januar erkundigte ich mich bei Herrn Dr. Schrödel, wie



Diverse Fragebögen mussten vor der Registrierung auch noch ausgefüllt werden

denn die ersten Impfungen gelaufen seien. Er schilderte begeistert, wie es gemeinsam in so kurzer Zeit gelungen war, die Impfungen durchzuführen, das war richtig ansteckend. Und er bot mir spontan an, am Sonntag vorbeizukommen und mir den ganzen Ablauf anzusehen. Das Angebot nahmen wir natürlich sehr gerne an.

Dieser Besuch war extrem hilfreich, er war die Bestätigung dafür, die Impfungen in unserer Patientenaufnahme durchzuführen. Dort können wir nur am Spätnachmittag/Abend oder am Wochenende impfen, weil die Räume ja tagsüber intensiv genutzt werden. Aber die Räume sind perfekt dafür geeignet, es gibt dort vier Aufnahmeplätze, zehn Untersuchungs- und Behandlungsräume sowie zwei weitere nutzbare Räume, in denen gescannt werden kann. Und in der Eingangshalle richteten wir einen provisorischen Tresen für die ankommenden Impfwilligen ein sowie zwei Ruheräume gegenüber der Patientenaufnahme.

Am Montagvormittag, nach unserem Besuch im Klinikum Dritter Orden, trafen wir uns in kleiner Runde und setzten für den Nachmittag die gesamte technische Ausstattung und Organisation auf: Installation der Kameras, Ergänzung

der noch fehlenden Anmeldungen der administrativen Helfer und der Impfpärzte über das BIZ, Klärung der Verfügbarkeit von PCs, Druckern und eines Scanners, um alle Dokumente der Geimpften einzuscannen. Das war der helle Wahnsinn, aber es ist dank kreativer Lösungen und der tollen Mitarbeit der beteiligten Mitarbeiter*innen hervorragend gelungen, darauf bin ich echt stolz.

Unsere beiden Krankenhäuser nahmen die weiteren Impfungen ohne die Software des Bayerischen Impfzentrums vor. Wie kam es dazu? Müssen sich die Mitarbeitenden nun sorgen, dass ihre Impfung „offiziell“ gar nicht zählt?

Dr. Nadine Schmid-Pogarell: Im Klinikum Dritter Orden wurde ja kurzfristig entschieden, die Dokumentation von BIZ auf BIK umzustellen. Und auch dafür sage ich ganz herzlich DANKE! Herr Dr. Schrödel kam am Freitagnachmittag, das war der 29. Januar, zu uns und hat uns die Access-Datenbank erläutert, die im Klinikum Dritter Orden von zwei versierten ITlern programmiert worden war. Wir haben anschließend noch bis in den Abend hinein daran gearbeitet, die Datenbank mit all denjenigen zu befüllen, die von uns am nächsten und



Zum Schluss mussten alle Unterlagen noch eingescannt werden.

übernächsten Tag ihre zweite Impfdosis erhalten sollten. Das war eine spannende Herausforderung, die wir aber gemeinsam gut gelöst haben und ich war richtig happy, als ich am Samstagabend die ersten Impfwilligen der zweiten Impfkation – und am Sonntagabend dann die restlichen – im BIK-Portal erfolgreich und vor allem fehlerfrei hochgeladen hatte.

Dr. Harald Schrödel: Die Dokumentation über das Bayerische Impfportal oder über das Online-Portal für Krankenhäuser ist Bestandteil der gesetzlich vorgeschriebenen Impfdokumentation für das Robert-Koch-Institut, aber keine Voraussetzung für die Gültigkeit eines Impfdokumentes. Die von uns ausgegebene Impfbescheinigung ist daher ein ausreichender Impfnachweis.

Frau Dr. Schmid-Pogarell, am 4. Januar wurden im Klinikum Dritter Orden einige Mitarbeiter*innen der Intensivstation Ihres Hauses geimpft. Wie erleben Sie die Impfbereitschaft bei Ihnen im Haus?

Das war ein ganz spontanes Angebot während unseres Besuchs am 3. Januar, weil Herr Dr. Schrödel für den Montag noch Impfstoff verfügbar hatte. Wir

konnten deshalb nicht nur die ersten Impfungen bei uns durchführen, sondern auch diese Mitarbeiter*innen der Intensivstation direkt nach dem Frühdienst zur Impfung ins Klinikum Dritter Orden schicken. Das war einfach nur großartig und ich bin dafür sehr dankbar.

Ich startete gleichzeitig die Abfrage für das Wochenende 9./10. Januar, denn inzwischen war mir klar: sobald Impfstoff angeboten wird, muss ich schnell sein! Und so war es dann auch: Wir bekamen für das folgende Wochenende nochmals Impfdosen zugesagt und konnten die nächste Runde der Erstimpfungen organisieren. Natürlich haben wir die Impftermine nach den geltenden Vorgaben organisiert. Da wir in den letzten 12 Monaten auf vielen Stationen COVID-19-erkrankte Patient*innen versorgt hatten, gab und gibt es bei uns sehr viele Mitarbeitende, die einen Anspruch auf eine Schutzimpfung mit höchster Priorität haben. Die Strategie des Impfzentrums lautete: Es sollen zuerst die Mitarbeitenden der Bereiche, die den höchsten Anteil an COVID-Patienten hatten, das Impfangebot erhalten. Danach haben wir uns gerichtet, im Übrigen nicht nur wir, sondern etliche weitere Kliniken in München.

Im Klinikum Dritter Orden konnten sich die Mitarbeitenden seit Anfang Dezember über das Intranet für eine freiwillige Impfung anmelden. Als dann die Impfdosen zur Verfügung standen, haben sich jeden Tag noch einmal über 100 Personen nachgemeldet. Herr Dr. Schrödel, worauf führen Sie diese hohe Nachfrage zurück?

Zu Beginn der Impfkationen war noch eine relativ hohe Impf-Skepsis zu spüren. Ich bin davon überzeugt, dass die äußerst geringe Anzahl von Impfnebenwirkungen und die Organisation der Impfungen sehr vertrauensbildend waren. Aus meiner Sicht hat beides eine Art Gruppendynamik in Gang gesetzt.

Frau Dr. Schmid-Pogarell, durch das Staatsministerium wurde Mitte Januar der Impfstoff Moderna als zweiter mRNA-Impfstoff zugeteilt. Was glauben Sie, sind wichtige Informationen, die Mitarbeitende benötigen, um sich für eine Impfung zu entscheiden?

Wir haben bisher ausschließlich BioNTech-Impfstoff erhalten, ebenfalls einen mRNA-Impfstoff, der als erster zugelassen wurde. Die Vorbehalte einiger Mitarbeiter*innen waren durchaus groß, vor allem in der Pflege. Es ist leider abenteuerlich, was alles im Internet an Falschinformationen kursiert und oft geht gerade der größte Blödsinn viral und verbreitet sich selbst bei Personen, die im Krankenhaus arbeiten und eigentlich genügend Ansprechpartner hätten, um sich zu informieren. Trotzdem bleibe ich natürlich dabei: es gibt keine Impfpflicht! Aber alle im Krankenhaus Tätigen sollten sich ihrer besonderen Verantwortung bewusst sein. Man lässt sich ja nicht nur zum eigenen Schutz impfen, sondern schützt damit auch die Patient*innen und die eigenen Angehörigen.

In beiden Krankenhäusern konnte die Impfkation nur durchgeführt werden, weil sich viele Freiwillige bereitklärt haben, dieses wichtige Projekt zu unterstützen. Mitarbeiter, die den

Impfstoff aufgezogen haben, Ärzte, die das Personal aufgeklärt und geimpft haben und alle anderen, ohne deren Hilfe die gesamte administrative Organisation und Logistik niemals umzusetzen gewesen wäre. Wie erlebten Sie die Stimmung vor Ort?

Dr. Nadine Schmid-Pogarell: Die Bereitschaft zu helfen war überwältigend. An unseren bisherigen Impftagen war es gar kein Problem, die verschiedenen Plätze zu besetzen. Wir hatten mehr freiwillige Helfer*innen, als wir benötigten.

Unser erster Impf-Samstag war etwas chaotisch, die Schlange der Impfwilligen reichte durch die gesamte Eingangshalle bis in die Stationen. Aber die Stimmung war unglaublich, alle waren einfach nur froh, dass sie so früh geimpft werden konnten und wirklich nicht ein Einziger hat sich über die Wartezeit beschwert. Das war eine echte Aufbruchsstimmung, endlich Licht am Ende des Tunnels! Da wir genügend Hilfsangebote aus den Reihen der Mitarbeitenden hatten, konnten wir an dem folgenden Sonntag sogar noch einmal personell aufstocken. Bei diesem Termin lief es daher schon deutlich runder und es gab nur geringe Wartezeiten.

Trotzdem blieb es herausfordernd, an einem einzigen Wochenende alle Zweitimpfungen zu organisieren. Aber nach den ersten Erfahrungen hatten wir schnell gelernt, wie viele Plätze wir besetzen müssen, um Wartezeiten von maximal ein paar Minuten zu haben. Mir riefen am letzten Impf-Wochenende im Januar einige Impfwillige im Vorbeilaufen scherzhaft zu: „Das ist ja richtig stressig geworden!“, wir scheuchen sie nämlich durchaus von einer Station zur nächsten, damit niemand unnötig warten muss. Das klappt inzwischen wie am Schnürchen.

Dr. Harald Schrödel: Die Stimmung war unbeschreiblich und ich bin von der Bereitschaft der Mitarbeiter*innen, die Impfkationen zu unterstützen, überwältigt. Einige haben sogar ihre Ehepartner zur Unterstützung mitgebracht. Die Mitarbeiter vor Ort waren teilweise ganz



Und auch für das Aufziehen des Impfstoffes auf Spritzen waren viele freiwillige Helfer zur Stelle.

euphorisch und haben sich gefreut, dass sie mithelfen konnten. Vielen Dank für dieses tolle Engagement, insbesondere auch an die Organisationsentwicklung. Dadurch ist uns eine großartige Gemeinschaftsleistung gelungen.

Mittlerweile haben in beiden Krankenhäusern viele Personen die Zweitimpfung erhalten. An Sie beide die Frage - hat sich seitdem die Stimmung bei den Mitarbeiter*innen verändert?

Dr. Nadine Schmid-Pogarell: Die Stimmung an den Impftagen selbst ist wirklich toll gewesen. So viel gelacht wurde in den Gängen unserer Patientenaufnahme sicher noch nie. Alle freuen sich einfach nur und ich habe – auch persönlich – sehr, sehr viel positive Rückmeldungen erhalten. Vielen Mitarbeitenden ist durchaus bewusst, dass es keine Selbstverständlichkeit ist, so früh geimpft zu werden und der ganze Aufwand hat sich mehr als gelohnt. Besonders freut es mich, dass inzwischen auch viele Pflegekräfte von der Impfung überzeugt sind. Deren Zurückhaltung war anfangs zum Teil groß. Wir haben dann spontan Impfsprechstunden angeboten, die sehr gut angenommen wurden. Da waren einige Chefärzte, Sektionsleiter*innen und Oberärzt*innen aktiv dabei. Damit ist es gelungen, viele offene Fragen zu klären und Befürchtungen zu reduzieren. Gerade diejenigen, die zuvor wenig informiert

waren oder ihre Informationen aus zweiter und dritter Hand erhielten – leider zum Teil auch aus mehr als fragwürdigen Quellen – von der Sinnhaftigkeit der Impfung zu überzeugen, war wichtig.

Zum Jahresende wurden in München noch täglich hohe Infektionszahlen gemeldet. Am 31. Dezember lag die 7-Tage-Inzidenz in der Landeshauptstadt laut RKI bei 173. Beide Krankenhäuser haben die Impfdosen also nicht nur in einer saisonal dunklen Jahreszeit erhalten, sondern mit dem Silvesterabend/Neujahrstag auch noch zu einem symbolträchtigen Datum. Welche Hoffnungen verknüpfen Sie mit der Impfung?

Dr. Nadine Schmid-Pogarell: Wir konnten mit unseren bisherigen Impfkationen einen überwiegenden Anteil der Mitarbeiter*innen mit höchster Priorität erst- und zweitimpfen. Das ist ein sehr großer Erfolg! Davon hätte ich am 30. Dezember noch nicht einmal zu träumen gewagt. Insofern bin ich froh und dankbar, dass das alles trotz der kurzen Vorbereitungszeit so gut geklappt hat, dass so viele Freiwillige geholfen haben und vor allem, dass die Impfbereitschaft dank Aufklärung und Impfsprechstunden nochmals so stark gestiegen ist. Allen, die mitgeholfen haben, sage ich von Herzen „Danke!“. Meine Assistentin, Marlies Wolf, Renate Katte von der IT und unser Ärztlicher Direktor Professor Christian Rust waren nicht die einzigen,



*Auch die Kolleg*innen der IT legten viele extra Stunden ein um die ganze IT-Logistik für die Impfkation rechtzeitig einzurichten, deren reibungslose Funktion während der Impftage zu überwachen und schnell zu reagieren, wenn es irgendwo mal hakte.*

aber meine größten Stützen. Die drei Genannten waren an jedem der Impftermine vor Ort und haben das phantastisch organisiert. Insgesamt war es eine tolle Gemeinschaftsleistung! Jetzt hoffe ich, dass wir uns die gute Laune noch länger bewahren können. Am wichtigsten bleibt aber, dass die Zahlen weiter sinken, der Impfstoff auch gegen die Mutationen wirksam bleibt und sich im Frühling, spätestens bis zum Sommer, die gesamte Bevölkerung impfen lassen kann. Der wirksamste Schutz ist und bleibt die Impfung!

Dr. Harald Schrödel: Zuallererst hoffe ich, dass die Mitarbeiter*innen durch die Impfung tatsächlich besser geschützt sind, nicht bzw. höchstens leicht an COVID-19 erkranken und im besten Fall das Virus auch nicht weitertragen können. Damit gelingt es uns hoffentlich, wieder etwas Normalität im Arbeits- und Privatleben zu erlangen. Es gibt schließlich auch jenseits der Pandemie genug Themen und Herausforderungen, mit denen wir uns beschäftigen müssen. Die gelungenen Impfungen waren ein schönes Beispiel dafür, wie vertrauens-

voll und gut unsere partnerschaftliche Zusammenarbeit schon funktioniert.

*Das Interview führte Johannes Benner
Leiter Organisationsentwicklung
-Qualitätsmanagement und Unternehmungskommunikation-
Klinikum Dritter Orden*

Alle Fotos der Impfungen sind im Krankenhaus Barmherzige Brüder entstanden.



Am ersten Impfsamstag mussten viele lange anstehen, aber immer schön mit Abstand. Die Mitarbeitenden ließen sich aber dadurch nicht die Freude über die Impfung und die gute Laune verderben.

Plötzlich COVID-19

Noch immer erleben die verschiedenen Abteilungen in unserem Krankenhaus die Corona-Pandemie auf sehr unterschiedliche Art und Weise, die Situation hat viele Neuerungen gebracht und Arbeitsprozesse erzeugt, die man vorher nicht kannte. Auch für die Kolleg*innen des Sozialdienstes hat sich einiges geändert, einerseits durch die Pandemie, andererseits auch durch die Umstrukturierung der Abteilung. Anfang des Jahres wurden Sozialdienst und Casemanagement unter dem einen Begriff Sozialdienst zusammengelegt. Die Umstellung hat einiges an Unruhe ergeben, vieles musste neu gelernt werden. Da half es ausnahmsweise, dass aufgrund der Corona-Pandemie weniger Patienten im Haus waren, weil auch in der zweiten Welle alle elektiven Operationen abgesagt und verschoben werden mussten. Ich habe mich mit Karin Ruscheinski unterhalten, ehemals im Bereich Case Management tätig, nun Mitarbeiterin des Sozialdienstes und dort zuständig für die Station 2-3 (Geriatric) sowie die Intensivstation. Sie berichtet uns stellvertretend für Ihre Kolleg*innen, wie das Sozialdienstteam bisher die Corona-Pandemie mit all ihren Herausforderungen bewältigt hat.

Frau Ruscheinski, wie haben Sie die Umstrukturierung der Abteilung erlebt?

Karin Ruscheinski (KR): Mir hat es gefallen, vieles neu zu lernen. Ich musste mich anders strukturieren, komme mit der Situation aber sehr gut zurecht. Und es war jetzt schon gut, dass wir in der Corona-Zeit niedrigere Fallzahlen hatten, das hat einiges erleichtert.

Ist die Umstrukturierung beim Team gut angekommen?

KR: Manche hatten ein wenig Angst vor der Umstellung, weil es teilweise gänzlich fremdes Terrain ist. Die Kolleg*innen, die vorher nur im Case Management tätig waren, sind jetzt in der Situation, dass sie auch die Anschlussheilbehandlungs-Maßnahmen (AHB) lernen mussten, dazu gehört auch jede Krankenkasse mit ihren bestimmten Eigenheiten kennen zu lernen oder welche Maßnahme über die Rentenversicherung läuft und was wiederum über die Krankenkasse. Aber das ist ein Gebiet, finde ich, das zu lernen ist. Und umgekehrt sind für die

Kolleg*innen, die sich bisher ausschließlich um AHB und Reha gekümmert haben, die Aufgaben des Case Managements Neuland.

Für den Laien: Was ist Case Management genau?

KR: Case Management bedeutet die Versorgung des Patienten für die nachstationäre Zeit. Das heißt, dass wir uns um alle Belange kümmern, die eine sichere Entlassung erfordert. Dazu gehört, wenn beispielsweise ein Patient, der vorher in der völligen Selbständigkeit lebte, dann aber durch einen Notfall, wie einem Oberschenkelhalsbruch oder einer akuten Herzerkrankung, zu uns ins Krankenhaus zur Behandlung kommt und es dann ersichtlich wird, nach seiner Entlassung wird er seine bisherige Lebensweise nicht mehr vollständig aufnehmen können, dass wir ihm dann die notwendigen Hilfen anbieten und organisieren. Das geht von Beantragen eines Pflegegrades, über die Organisation eines Pflegedienstes, bis zu ersatzweise Verordnung von häuslicher Krankenpflege, wenn der Zeitrahmen der Versorgung voraussichtlich eine be-

grenzte Zeit, etwa drei bis vier Wochen, beträgt. Wir organisieren Hilfsmittel. Wenn Familie greifbar ist, versuchen wir immer diese miteinzubinden. Wir knüpfen Kontakt zum Sozialbürgerhaus, wenn der Patient darüber pflegeversichert ist, oder er hat ein sehr niedriges Einkommen beziehungsweise eine niedrige Rente, damit eine Überprüfung zur Gewährung einer Grundsicherung stattfinden kann. Wir beantragen eine gesetzliche Betreuung, wenn der Patient verwirrt ist, selber für sich nicht sorgen kann und kein Vorsorgebevollmächtigter zur Verfügung steht.

Beantragen Sie die Betreuung auch unter Umständen selber oder regen Sie sie an?

KR: Wir regen die gesetzliche Betreuung an. Das bedeutet, wir benötigen vorher von einem Psychiater ein Konsil, das besagt, dass der Patient nachgewiesen nicht in der Lage ist, selber für sich Entscheidungen zu treffen. Gibt es Familienmitglieder, für die einfach versäumt wurde, eine Vorsorgevollmacht zu erstellen, schlagen wir diese vor, im anderen Fall wird ein gesetzlicher Betreuer



Karin Ruscheinski an ihrem Arbeitsplatz

vom Gericht bestellt. Ein großer Fokus ist bei uns, Patienten auf die Bedeutung einer Vorsorgevollmacht hinzuweisen. Viele haben zwar Angst, dass sie dann nicht mehr selbst entscheiden dürfen und dass sie dann quasi in den Händen des Vorsorgebevollmächtigten sind, wenn sie so eine Vollmacht ausfüllen. Diese Ängste auszuräumen gehört dann auch zu unseren Aufgaben. Manchmal gibt es auch ein paar Kröten zu schlucken, wenn beispielsweise ein Patient in desolaten Wohnverhältnissen lebt, er das Ordnungsprinzip ein bisschen anderes sieht als andere, wenn er Schwierigkeiten hat, sich von Dingen zu trennen und sich bei ihm alles sammelt, dass wir dann trotzdem nicht das Recht haben, ihm das alles zu nehmen, sondern, wenn es so ist, und er das durchaus noch selbst entscheiden kann, dass man ihn da auch wieder in seine Wohnverhältnisse zurückgehen lässt. In solchen Fällen müssen wir dann manchmal unsere Vorstellung von einer nachstationären Versorgung korrigieren.

Dann war es vorher so, dass Case Management und Sozialdienst, als es noch getrennt war, in bestimmten Fällen zusammengearbeitet haben? Zum Beispiel, ein Patient soll in eine Reha, es ist aber noch kein Platz frei, daher muss er erst nach Hause, kann sich jedoch dort nicht alleine versorgen.

KR: Es hat immer Berührungen gegeben, natürlich, genau solche Situationen. Dann waren wir vom Case Management diejenigen, die die Zwischenversorgung organisierten. In solchen Fällen haben wir zum Beispiel einen Kurzzeitpflegeplatz gesucht, den entsprechenden Antrag gestellt und so für ihn gesorgt. Oder, wenn jemand aus der Familie greifbar war oder der Patient das selber machen konnte, haben wir uns die Anträge faxen lassen und diese dann zusammen mit dem Patienten beziehungsweise seinen Angehörigen ausgefüllt. Kurz: wir organisierten, dass der Patient zwischen Krankenhausaufenthalt und AHB, um die sich die Kolleg*innen vom Sozialdienst

gekümmert haben, versorgt war, oder, wenn der Patient nach Hause gegangen ist, dass entsprechend Hilfsmittel organisiert wurden, damit er zuhause, vielleicht zusammen mit einem helfenden Ehepartner, mit Hilfsmitteln die Zeit überbrücken konnte.

Jetzt haben wir ein Jahr Corona-Pandemie. Wie haben Sie im Sozialdienst bzw. Case Management die Zeit erlebt?

KR: Spannend, weil sich Situationen entwickelt haben, die man vorher einfach noch nie hatte. Das ging damit los, dass Heime schlichtweg dichtmachten und sagten, das könnten sie jetzt nicht leisten, da sie einfach die Plätze für eine Quarantäne nicht schaffen konnten. Man konnte Patienten plötzlich nicht mehr entspannt entlassen. Obwohl, es gab ja dann eine Zeitlang das System der Abstromkliniken. Ein Patient, der von der Therapie her im Krankenhaus fertig behandelt war, aber Corona hatte, und einfach nur noch warten musste, bis die Krankheit überstanden war, konnte dann

in eine der sogenannten Abstromkliniken verlegt werden. Das waren Kliniken, die ihren Regelbetrieb nicht aufrechterhalten konnten, weil ihre Operationen in Coronazeiten schlichtweg nicht durchführbar waren. Diese haben sich dann bereit erklärt, solche Patienten aufzunehmen, damit wir quasi auch weiter unseren Aufgaben nachkommen konnten, wie Unfallopfer versorgen, akute COVID-Patienten aufnehmen, eben Patienten, die wirklich massiver Behandlung bedurften. Die Abstromkliniken gab es nicht übermäßig lange, das hat sich dann wieder auf andere Art und Weise korrigiert.

Diese Abstromkliniken gab es also nur in den allerersten Monaten der Pandemie?

KR: Das war in den ersten Monaten, genau. Die ganzen Pflegeheime waren zum Beispiel hygienetechnisch noch nicht auf das Pandemie-System eingerichtet, ebenso wenig die Reha-Einrichtungen, keiner wusste ja zunächst, wie mit COVID umzugehen ist, wie die Patienten sicher zu versorgen sind, wie sie sicher aufgenommen werden können, ohne dass man das Risiko eingeht, den Rest der Patienten zu gefährden. Das war eine spannende Zeit, muss man wirklich sagen.

Wir mussten im letzten Jahr sehr schnell alle planbaren Operationen und Behandlungen absagen, da meint man, dass Sie im Case Management und Sozialdienst weniger zu tun hatten, aber das stimmt nicht, oder?

KR: Es war anders. Also von den Fallzahlen war es schon weniger, gerade die ganzen geplanten OPs, die ja sonst mit Reha, Hilfsmitteln und Nachversorgungsorganisation einhergingen, die sind weggebrochen. Aber dafür haben wir für die einzelnen Patienten, die dann weiter zu versorgen waren, wesentlich mehr Zeit aufwenden müssen, weil man nicht davon ausgehen konnte, dass die erste Adresse die wir kontaktierten, gleich diejenige war, die sagte, ja, ok, wir nehmen den Patienten.

Ich habe aus der Intensiv- bzw. COVID-Station mitbekommen, dass Corona-Patienten oft durch ihre Erkrankung extrem geschwächt und teilweise sehr mit Nachfolgeerkrankungen belastet waren und sind, besonders wenn sie lange beatmet werden mussten oder gar an der ECMO waren. Diese Patienten brauchen ja unter Umständen lang andauernde Reha. In diesen Fällen die entsprechenden Plätze zu suchen und dafür die Übernahme durch die Kassen oder Rentenversicherung zu bewirken, war doch bestimmt nicht einfach?

KR: Ja, das war nicht einfach, weil wir natürlich nicht das einzige Krankenhaus waren, das solche Plätze angefragt hat. Das ergab dann schon oft einen immensen Organisations- und Anfrageaufwand, bis man fündig wurde! Die Reha-Kliniken haben ja meist auch Spezialisierungen, auf neurologische Situationen oder pulmologische. Da musste man dann anfragen, wer kann schnellstmöglich aufnehmen, damit wir den Platz wieder für Akutfälle frei bekommen. Wir hatten ja Auflagen im Rahmen der Pandemie zu erfüllen und genügend Betten für COVID-Patienten freizuhalten.

Eben, es handelt sich ja um ganz unterschiedliche, teils neue Nachfolgeerkrankungen. Wenn man eine Hüftendoprothese bekommt, ist es klar, da gibt es bestimmte Rehakliniken, die darauf spezialisiert sind. Aber wenn jemand zusätzlich eine Lungenerkrankung hat, ist das schwierig, oder?

KR: Genau, richtig. Dann muss man einfach schauen, ist Sauerstoff vorrätig oder muss Sauerstoff mitgebracht werden, kann die nachfolgende Einrichtung dies in dem Umfang leisten, ist der Patient selbständig oder nicht, ist eine geriatrische Form angezeigt?

Also nicht nur für Ärzte eine völlig neue Krankheit, sondern auch für die nachversorgenden Bereiche?

KR: Ja, wobei sich die Einrichtungen verändert haben, und ebenso das Prozedere, ansonsten ist es für den Sozialdienst eigentlich dahingehend gleichgeblieben, dass wir immer die Defizite erkennen und versorgen müssen, wie immer die geartet sind, die können auf allen Ebenen sein.

Ihre Arbeit lebt doch auch davon, dass Sie direkten Kontakt mit den Patienten haben? Normalerweise besuchen Sie sie im Patientenzimmer, das ist doch sicherlich jetzt ebenfalls anders, oder?

KR: Wenn es sich vermeiden ließ, dann haben wir die an COVID erkrankten Patienten nicht aufgesucht und den Kontakt über die Familie gesucht. Wenn ein Patient in der Lage war, dass man ihn wenigstens telefonisch kontaktieren konnte, war das auch schon gut. Aber dreimal war ich bei COVID-Patienten in Vollvermummung, weil ich einfach keine andere Möglichkeit hatte, sie zu kontaktieren.

Hatten Sie selber manchmal Angst, sich mit COVID zu infizieren?

KR: Nö! Die habe ich weder bei Grippe noch bei sonstigen Infektionskrankheiten. Ich sage immer, wenn ich mich angemessen verhalte und schütze, dann kann mir nichts passieren. Ich fühle mich hier im Krankenhaus geschützt, habe aber auch draußen keine Angst vor Infektion, man muss einfach selbst sinnvoll handeln. Und ein bisschen Vertrauen in mich selber habe ich auch.

Haben Sie eigentlich in Ihrem privaten Umfeld Ausgrenzung erlebt? Oder dass Menschen zu Ihnen auf Abstand gegangen sind, weil Sie in einem Krankenhaus arbeiten?

KR: Ja, Freunde von uns. Nicht Ausgrenzung, aber wir sind dem Problem einfach ausgewichen, in dem wir uns virtuell über Skype treffen, jedes Wochenende, Sonntagabend 18:00 Uhr ist Skypekreis mit Freunden. Dafür haben wir eine Videokonferenz aufgebaut. Ich



Karin Ruscheinski an ihrem zweiten Arbeitsplatz, der Station 2-3 Geriatrie zusammen mit Dr. Sabine Rupp.

kann den Wunsch auf Abstand unserer Freunde nachvollziehen. Die eine ist Lehrerin, ihr Ehemann hatte einen Herzinfarkt, der andere Freund hat einen hohen Blutdruck und die Freundin hat einfach Angst, das nehme ich nicht persönlich. Ich kann das akzeptieren, weil ich mir sage, Angst ist so etwas nicht Greifbares, manchmal nachvollziehbar, manchmal nicht, aber ich habe überhaupt nicht das Recht, über jemanden zu urteilen, der Ängste hat vor etwas, vor dem ich keine Angst habe. Aber ich freue mich auf den Moment, wenn wir uns mal wieder alle gemeinsam treffen können. Es kocht immer einer von uns, die Treffen gehen immer mit einem guten Essen einher, da freue ich mich richtig drauf. Mittlerweile vermisse ich das jetzt schon. Und ich vermisse den unbefangenen Kontakt, einfach zu beschließen, ich fahre jetzt mal zu meiner Schwester oder so. Aber es geht halt nicht. Mein Schwager ist Hochrisikopatient, das sind dann Dinge, die lässt man halt.

Und hofft, dass es bald vorbei ist und möglichst viele Menschen geimpft sind.

KR: Mal schauen, was mit den Mutanten passiert, aber ganz ehrlich, man kann die Situation nicht ändern und es wird immer solche Situationen geben in der Menschheit. Soll ich hadern damit? Das nützt ja auch nichts.

Sie sind wahrscheinlich schon geimpft, nehme ich an, denn Sie haben ja direkten Patientenkontakt?

KR: Ja bin ich. Für mich selber, das mag jetzt vielleicht vermessen klingen, hätte ich es vielleicht nicht gemacht, aber ich finde, dass ich eine Verantwortung anderen gegenüber habe. Und das ist der Grund gewesen, warum ich gesagt habe, okay, ich lasse mich impfen.

Wie war eigentlich jetzt zu Pandemiezeiten die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern? Mussten Sie sehr um Rehas für Patienten kämpfen, weil

das ja nun neue Krankheitsbilder waren?

KR: Bei manchen ja. Es kam schon öfter vor, dass die Ärzte Widersprüche verfassen mussten, wenn zum Beispiel eine Anschlussbehandlung abgelehnt wurde. Dann wurde von uns einfach eine weitere Begründung nachgeschickt, warum die AHB doch wichtig ist. Ich denke, da muss man einfach fair sein, da sitzt eben kein medizinisches Personal an diesen Stellen, die haben ja oft überhaupt keine Vorstellung von der jeweiligen Erkrankung. Wenn ich dann erkläre, schauen Sie, diese oder jene Diagnose in Kombination ist schon die Aussage dafür, dass der Patient nicht auf eine normale AHB gehen kann, akzeptieren sie es meist. Wenn man das weiß, kann man damit umgehen und handelt entsprechend. Mehr Probleme habe ich da eher mit dem Pflegegrad, weniger mit den Rehas, auch nicht mit den geriatrischen Rehas. Da gab es Situationen, wo ich gesagt habe, so etwas darf einfach nicht

vorkommen. Ich war dann so frei und habe bei der Servicezentrale Bayern angerufen. Das ist eine übergeordnete Stelle des MDK, bei der man Pflegegutachten in Frage stellen oder hinterfragen kann. Ich habe zum Beispiel mal einen Pflegegrad-Antrag für einen Patienten gestellt, der zum Sterben nach Hause wollte. Zum Sterben! Kompletttüchtig, wirklich, der konnte gar nichts mehr selber machen. Und dann bekommt seine Tochter einen Brief, mit dem stand sie bei mir im Büro und hat furchtbar geweint, in dem stand tatsächlich: aufgrund der hohen Selbständigkeit und Mobilität des Patienten, sehe man nicht, warum dieser Patient einen Pflegegrad zuerkannt bekommen sollte. Da habe ich dann angerufen und gefragt, ob sie Einsicht in dieses Gutachten und den Antrag hätten, und mir erklären könnten, wie so etwas passieren könne. Drei Tage später ist der MDK dann zur Begutachtung zum Patienten gekommen, davor haben sie die Entscheidung ja nur per Aktenlage getroffen, aber auch das war im Antrag realistisch dargestellt! Drei Tage nach meinem Anruf sind sie dann wirklich vor Ort gewesen! Auf dem Antrag stand ganz groß drauf: Höchstprioritäre Versorgung!
Oder, wäre meine Schwester nicht dabei gewesen, als meine Mutter für den Pflegegrad begutachtet wurde, wäre das auch anders ausgefallen. Denn es ist ja so, die stellen ihre Fragen, aber überprüfen sie nicht. Die Gutachterin fragte meine Mutter, ob sie sich die Fußnägel selber schneide? Was meine Mutter bejahte. Meine Schwester forderte meine Mutter dann auf, der Dame zu zeigen, wie sie das mache. Und meine Mutter konnte nicht mal über die Kniescheiben hinunterreichen. Aber die Gutachterin hätte es so belassen und meine Mutter den ihr zustehenden Pflegegrad wahrscheinlich nicht bekommen. So passiert das denke ich oft, sie bekommen nur Pflegegrad 1, der ihnen in ihrem Alltag überhaupt nichts bringt, und kurz drauf sind sie wieder bei uns, weil sie gestürzt sind oder ihre Medikamente nicht richtig genommen haben. Und dann fangen wir halt wieder von vorne an.

Sie beantragen den Pflegegrad?

Also wenn jemand zum Beispiel Pflegegrad 2 hat und eine Höherstufung benötigt, dann lassen wir ihnen einen Höherstufungsantrag nach Hause schicken, da das einfach für die Entlassung aus unserem Krankenhaus nicht dringend erforderlich ist, ein Pflegedienst auf dieser Basis jederzeit eingebunden werden kann. Wenn Angehörige greifbar sind, erklären wir ihnen, wie das funktioniert. Wenn jemand ganz alleine ist, dann lassen wir zumindest den Antrag hierherkommen, meistens haben die aber einen Pflegedienst, der das sowieso schon in die Wege geleitet hat. Ab Pflegegrad 2 machen wir eigentlich selten was, da, wie gesagt, unser Hauptaugenmerk auf der Sicherstellung der Entlassung liegt, also der nachstationären Versorgung. Manche Angehörige rufen uns an und sagen, Sie, meiner Mama gefällt es gar nicht mehr im Pflegeheim, da müssen Sie etwas Anderes suchen. Das müssen wir natürlich nicht! Besonders nicht, wenn es sich gar nicht um unseren Patienten handelt, alles aber schon vorgekommen. Uns ist auch schon oft aufgefallen, dass Sozialdienste in unterschiedlichen Häusern ganz anders arbeiten.

Hat das auch etwas mit dem christlichen Gedanken zu tun, der bei uns herrscht?

KR: Ich würde sagen, das ist der menschliche Gedanke, der durchaus auch christlich ist, aber: wenn ich einfach ein Menschenfreund bin, dann versuche ich denen zu helfen, die Hilfe brauchen. Egal, wie die Hilfe aussieht, wenn es mir möglich ist, dann versuche ich es halt.

Aber die COVID-Zeit war jetzt keine, sagen wir mal, schwerere Zeit für Sie und das ganze Team im Sozialdienst?

KR: Es hat im Team sicher jeder unterschiedlich empfunden. Ein Team ist ja nie eine homogene Masse, ein Team besteht immer aus einzelnen Mitgliedern. Und die einen haben es als Heraus-

forderung empfunden, die anderen als Belastung.

Gab es Kolleg*innen, die weniger zu tun hatten?

KR: Nein.

Durch die Umstellung hat sich ja sicherlich auch einiges ausgeglichen?

KR: Das hat sich jetzt anders ausgeglichen, ich denke, es ist entspannter, weil jeder seine bestimmten Stationen hat, die er oder sie betreut. Dadurch sind wir direkte und bekannte Ansprechpartner, jeder weiß, wen er ansprechen kann. Daher ist es nun, ja, befriedigenderes Arbeiten, weil die Zuständigkeiten geklärt sind. Vorher, wenn ein Arzt zum Beispiel durch den halben Sozialdienst durchtelefonieren musste, bis er seinen zuständigen Ansprechpartner hatte, hat das bestimmt auch keinen Spaß gemacht.

Die Umstellung beziehungsweise Zusammenführung von Case Management und Sozialdienst existiert ja erst seit Beginn dieses Jahres. Es sind coronabedingt teilweise Stationen geschlossen gewesen. Hatten dann die Mitarbeitenden, die für diese Stationen zuständig waren, weniger zu tun?

KR: Wir haben in der Zeit jetzt schon Überstunden abbauen können und das war in Ordnung so.

Also haben Sie bisher die Corona-Pandemie gut verbracht?

KR: Ja, ich bin da eher Pragmatikerin und sage, es ist wie es ist.

Ich danke Ihnen für das Gespräch.

Das Interview führte Christine Beenken



Wie Cerberus den Eingang zur Unterwelt, schien dieser Hund, der gegenüber unseres Krankenhauses auf einem Garagendach Ausschau hielt, unser Krankenhaus zu bewachen. Sehr stolz und von meinen Rufen völlig unbeeindruckt schaute er die Romanstraße auf und ab, als wolle er Unbefugte davon abhalten, unsere Klinik zu betreten. Ich musste herzlich lachen, aber ein sicheres Gefühl hatte ich auch. Gut so einen freundlichen Hüter in der Nachbarschaft zu wissen 😊.

cb

Terminkalender

ALLGEMEINES UND FREIZEITANGEBOT FÜR ALLE BERUFSGRUPPEN

Derzeit findet Corona-bedingt kein Mitarbeitersport statt.

PFLEGEDIENST

11. März 2021 09:00 – 15:00	Stations- und Funktionsleiterbesprechung Ort: Konferenzraum KR 1. Siglinde Haunfelder, Pflegedirektorin. <i>Teilnehmer*innen bekannt.</i>
15. März 2021 14:15 – 15:00	Schulung Expertenstandard Demenz Ort: Konferenzraum KR 1, Referentin: Simone Schrovenwever, Referentin Pflegedirektion. <i>Für Pflegedienst. Anmeldung über Clinic Planner</i>
25. März 2021 14:15 – 15:00	Quartals-Einführungstag für neue Mitarbeiter*innen Ort: Krankenhauskirche, Referent*in: Personalabteilung, <i>Für alle neuen Mitarbeitenden. Anmeldung über Clinic Planner</i>
31. März 2021 14:15 – 15:15	Praxisanleitertreffen Ort: Konferenzraum KR 1. Referenten: Tina Genahl, Stefan Kullmann. <i>Teilnehmer *innen bekannt</i>

Externe Fortbildungen: siehe Schaukasten im 2. OG – neben der Pflegedirektion. Information in der Pflegedirektion.

ÄRZTLICHES (ZUR INTERDISZIPLINÄREN UND INTERPROFESSIONELLEN TEILNAHME)

03., 10., 17., 24., 31. März 2021 16:00	Tumorkonferenz des Darmkrebszentrums. Ort: Röntgen-Demo-Raum Gartengeschoss. <i>Für Ärzt*innen.</i>
---	---

Veranstaltungen und Kochkurse im ZEP

Im ZEP finden im März 2021 Corona-bedingt keine Präsenz-Veranstaltungen, Kochkurse oder Workshops statt.

Es gibt als Pilotprojekt Online Kochkurse via ZOOM, für die Sie sich über das Sekretariat unter -2029 anmelden müssen.

Fünf Tage vor dem Kochkurs schicken wir Ihnen eine Einkaufsliste mit Rezepten und den Zoomlink per Mail zu. Zum Online-Kochkurs wählen Sie sich in unsere interaktive Zoom-Konferenz ein. Wir kochen alle gemeinsam!

Wir streamen LIVE aus dem ZEP-Esszimmer. Es werden alle Schritte genau erklärt und Sie können jederzeit Fragen stellen.

Ein Ticket (Zoomlink) gilt für einen Haushalt, Sie können alleine oder mit Freunden und Familie kochen. Ein Ticket für einen Kurs kostet 25,- EUR.

12. März 2021 17:00 – 18:00	Online Kochkurs Bowls (Schüsselgerichte) Bowls werden in einer Art Baukastensystem zusammengestellt. Sie sind ausgewogen, farbenfroh, nahrhaft und sättigend. Lassen Sie sich überraschen!
16. März 2021 11:00 – 12:00	