



**Betreff:** öffentlich  
**Abschlussbericht der unabhängigen Expertenkommission zum SARS-CoV-2-Ausbruch am  
Klinikum Ernst von Bergmann**

**bezüglich  
DS Nr.:**

Erstellungsdatum 19.01.2021

Eingang 502:

Einreicher: Büro des Oberbürgermeisters

Beratungsfolge:

Datum der Sitzung	Gremium
-------------------	---------

20.01.2021	Hauptausschuss
------------	----------------

**Inhalt der Mitteilung:** Der Hauptausschuss nimmt zur Kenntnis:

### I. Einleitung

Vor dem Hintergrund des SARS-CoV-2-Ausbruchs am Klinikum Ernst von Bergmann im Frühjahr 2020 wurde nach Vorschlag durch den Oberbürgermeister als Vertreter der Gesellschafterin, der Landeshauptstadt Potsdam (LHP), durch den Aufsichtsrat am 29.04.2020 eine unabhängige Expertenkommission zur Prüfung und Empfehlung organisatorischer und hygienischer Maßnahmen und Abläufe im Klinikum beauftragt. Vorangestellt sei daher, dass parallel zu den Aufarbeitungen der Expertenkommission Veränderungsprozesse hinsichtlich Führungs-, Organisationskultur und Hygiene eingeleitet wurden, die in der folgenden Mitteilungsvorlage teilweise eingeflossen sind.

Des Weiteren wurde durch den Oberbürgermeister als Vertreter der Gesellschafterin mit der Beurlaubung der bestehenden Geschäftsführung am 25.04.2020 eine Interimsgeschäftsführung bestellt, die die stufenweise Wiederinbetriebnahme des Klinikums, unter der Etablierung eines interdisziplinär erarbeiteten, weitreichenden Schutz-, Hygiene- und Sicherheitskonzeptes in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt, eingeleitet und umgesetzt hat. Unter anderem unter Zuhilfenahme von externem Sachverstand (RKI, Kienbaum, Prof. Zastrow) wurde das Krankenhaus organisatorisch in drei Bereiche (Covid, Non-Covid und Normalversorgung) geteilt, die Wegeführung unter hygienischen Gesichtspunkten optimiert und ein umfangreiches, systematisches Testregime für Patienten und Mitarbeiter unter Zuhilfenahme ausschließlich eigens aufgebauter hauseigener Labordiagnostik etabliert. Die Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen zeigt sich insbesondere in der aktuellen zweiten Infektionswelle, in der das Klinikum Ernst von Bergmann seinem Versorgungsauftrag als Schwerpunktversorger der Region umfassend nachkommt.

Fortsetzung der Mitteilung auf Seite 3



Die unabhängige Expertenkommission erhielt konkret den Auftrag:

- aufzuklären, worauf die im Bericht des RKI vom 03.04.2020 benannten Mängel zurückzuführen sind,
- zu prüfen, ob die Mängel auf grundlegenden organisatorischen und hygienischen Defiziten im Klinikum Ernst von Bergmann beruhen und
- ob es deshalb zu vermeintlichen Fehleinschätzungen und Handlungen beim Ausbruchsgeschehen des Coronavirus im Klinikum Ernst von Bergmann gekommen ist,
- interne Abläufe und Verantwortlichkeiten nach den geltenden Standards aufzuarbeiten,
- Empfehlungen für die Optimierung der Unternehmenskultur und des Betriebsklimas in der Klinikgruppe Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH und
- zur Verbesserung des Zusammenwirkens sämtlicher Organe sowohl der Gesellschaft als auch des Gesellschafters und der Gremien der Stadtverordnetenversammlung (SVV) zu geben,
- einen Bericht vorzulegen.

Aufgrund der am 15.06.2020 aufgenommenen staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen erfolgte am 27.07.2020 eine Spezifizierung des Auftrags. Zur klaren Abgrenzung zur Ermittlungstätigkeit der Staatsanwaltschaft soll sich die Kommission:

- mit der Aufklärung organisatorischer und hygienischer Defizite und Mängel sowie Fehleinschätzungen und Handlungen beim Ausbruchsgeschehen in der Organisation des Klinikums Ernst von Bergmann befassen und diese aufzeigen.
- Die Klärung von Schuldfragen und Verantwortlichkeiten einzelner handelnder Personen sowie daraus resultierende rechtliche Maßnahmen obliegt nicht der Kommission, sondern bleibt der Staatsanwaltschaft und den zuständigen Organen vorbehalten.
- Elementarer Bestandteil der Arbeit der Kommission sind die aus den Untersuchungen folgenden Ableitungen sowie das Fassen von Empfehlungen für die zukünftige Arbeit des Klinikums.

Am 21.12.2020 legte die Expertenkommission den Bericht mit den Untersuchungsergebnissen vor. Die Erkenntnisse zu den Untersuchungsclustern teilen sich in die folgenden Bereiche auf:

- Die Organisation betreffenden Bedingungen und Unternehmenskultur,
- Vorbereitung auf die SARS-CoV-2-Pandemie und Bewältigungsstrategien,
- Zusammenarbeit mit externen Akteuren.

## II. Ergebnis der Expertenkommission

Insgesamt gelangt die Expertenkommission zu dem Ergebnis, dass seit dem 2005 in der SVV der Landeshauptstadt Potsdam beschlossenen und vollzogenen Transformationsprozess des Klinikums von allen Beteiligten eine zu starke Konzentration auf ökonomische Belange erfolgt sei. Kritisch wird gesehen, dass konkrete Umsatzrenditen eingefordert wurden und die Landeshauptstadt Potsdam Gewinnabführungen für soziale und gesundheitliche Aufgaben der Landeshauptstadt Potsdam erwartet. So sei die Geschäftsführung von der Gesellschafterin, der Landeshauptstadt Potsdam, und dem Aufsichtsrat primär am wirtschaftlichen Erfolg gemessen worden, nicht an der Versorgungsqualität und Patientensicherheit. Das Ergebnis sei „... dass Wirtschaftlichkeit bei allen Entscheidungen im Vordergrund stand, während Fragen der Sicherheit, Hygiene und Qualität im blinden Fleck“ lagen.

Die Anforderungen für Sicherheit, Hygiene und Qualität wurden zwar formell auf dem Papier befriedigt, jedoch nicht proaktiv als zentraler Wert in der Unternehmensführung verankert.“ Die primär ökonomische Ausrichtung des Klinikums sei verbunden gewesen mit einer eher geringeren Offenheit, sich mit externen Impulsen zu beschäftigen, den Austausch mit Externen zu suchen und Empfehlungen auch umzusetzen. Auch habe es wenige Bemühungen und Mechanismen gegeben, sich mit internen Impulsen zu beschäftigen. Die Expertenkommission äußert diesbezüglich die Vermutung, dass einige der im Bericht benannten Missstände und Empfehlungen, zwar bereits unternehmensintern angesprochen, aber weder von der Unternehmensführung noch von den externen Kontrollgremien aufgegriffen wurden.

In der Gesamtschau des Berichts wird deutlich, dass aus Sicht der Expertenkommission die benannte Grundproblematik der Ökonomisierung des Gesundheitswesens und der damit verbundene Fokus auf diesen Punkt am Klinikum Ernst von Bergmann dem SARS-CoV-2-Ausbruch mit seinen tragischen Folgen erheblichen Vorschub geleistet hat und dringend einer Lösung bedarf.

Dabei darf allerdings nicht übersehen werden, dass der 2005 begonnene Transformationsprozess in erster Linie Wirtschaftlichkeitsziele verfolgte, um das defizitäre Krankenhaus dauerhaft finanziell zu stabilisieren und eine Privatisierung zu verhindern. Damit ist man dem damaligen und heute immer noch vorherrschenden Zeitgeist der Ökonomisierung der Daseinsvorsorge gefolgt, der sich insbesondere durch eine starke Kommerzialisierung im Gesundheitswesen auszeichnet. Im Bereich der Krankenhausfinanzierung wird dies beispielsweise am einzelfallbasierten Vergütungssystem, dem DRG-System, besonders deutlich. Auch wenn die benannte Kritik nachvollziehbar und in Teilen berechtigt sein mag, darf nicht übersehen werden, dass die wesentlichen Rahmenbedingungen für den Betrieb eines Krankenhauses und der Versorgung der Bevölkerung auf Bundes- und Landesebene erfolgt. Neben der Krankenhausfinanzierung, die eben keine Vorhaltestrukturen vorsieht, ist insbesondere die notwendige und bisher unzureichende Ausstattung mit Investitionsmitteln durch die Länder zu nennen. Darüber hinaus zeigt sich in der zweiten Welle der Pandemie, dass auch andere Krankenhäuser in Brandenburg und der Bundesrepublik Deutschland mit ähnlich gelagerten Ausbrüchen zu kämpfen haben und das, obwohl es die Erfahrungen der ersten Welle gibt, persönliche Schutzausrüstung in ausreichendem Maß vorhanden ist und auch Testkapazitäten etabliert wurden.

Erst in den letzten Jahren gewinnt das Thema der Versorgungsqualität in der Gesundheitspolitik an Bedeutung, so z.B. durch Vorgaben von Mindestmengen für eine bestimmte Behandlungsmethode. Trotzdem zwingen die aktuellen Rahmenbedingungen jeden Krankenhausbetreiber primär zu einem der Wirtschaftlichkeit verpflichtetem Handeln. Neben der Vergütungssystematik trägt hierzu auch die unzureichende Investitionskostenfinanzierung durch das Land bei.

### III. Empfehlungen der Expertenkommission

Die Expertenkommission kommt aufgrund ihrer Feststellungen zu verschiedenen Empfehlung, die an die

- Geschäftsführung,
- die Gesellschafterin und den Aufsichtsrat,
- die Landeshauptstadt Potsdam
- und das Land Brandenburg

gerichtet sind. Die Verfasser machen dabei aber deutlich, dass es unrealistisch sei, allen Empfehlungen sofort zu folgen. Vielmehr bedarf es eines langfristig angelegten und durchdachten Veränderungsprozesses, der sich auch zunächst auf einige ausgewählte Maßnahmen konzentrieren sollte.

#### 1. Empfehlung an die Geschäftsführung

Das Expertengutachten beleuchtet insbesondere die organisationsbezogenen Bedingungen und die bisherige Unternehmenskultur im Klinikum. Hierzu werden verschiedene Empfehlungen ausgesprochen, die auf einen langfristigen Veränderungsprozess mit weniger Fokus auf der Ökonomie und stärkerem Fokus auf der Patientensicherheit und einer Lern- und Veränderungsbereitschaft des Unternehmens insgesamt liegen. Erste Schritte wurden bereits von der Interimsgeschäftsführung initiiert. So wurde ein erster Strategieworkshop mit dem Aufsichtsrat durch pflegerische Zentrumsleitungen sowie Chefärzte mit vorbereitet und durchgeführt.



Weitere Workshops, mit dem Ziel der Aufwertung der Pflege unter Einbindung aller Hierarchieebenen und der Mitarbeitervertretung, sind in Vorbereitung.

Der von der Gesellschafterin bestellten Interimsgeschäftsführung ist dabei wichtig, interdisziplinär und hierarchieübergreifend zu denken und zu handeln. Damit wurde bereits ein – wie im Bericht geforderter Veränderungsprozess hinsichtlich Führungs- und Organisationskultur eingeleitet. Wo früher Entscheidungen intransparent durch einen bzw. wenige getroffen wurden, werden Entscheidungen heute offen kommuniziert, was insbesondere durch eine verstärkte interne Kommunikation gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum Ausdruck kommt. Fehlerkultur, Aufbau von Risikomanagement, offene Kommunikation haben ein deutlich stärkeres Gewicht bekommen. Auf der fachlichen Ebene wurde die Hygiene durch die Einbindung von Prof. Dr. Zastrow deutlich gestärkt.

Die Kommunikationskultur hat sich durch Transparenz und den Einsatz intensiver interner unterschiedlicher Informationsinstrumente verändert.

Aus Sicht der Verwaltung sollte die Geschäftsführung beauftragt werden, einen Vorschlag zu erarbeiten, der zu einer nachhaltigen weiteren Veränderung in der Unternehmenskultur führt. Dabei sind die Empfehlungen des Expertengutachtens, aber auch die bestehenden Rahmenbedingungen für den Betrieb des Krankenhauses zu berücksichtigen. Allen Beteiligten sollte dabei klar sein, dass die Finanzierung der Krankenhausleistungen als einzelfallbasiertes Vergütungssystem dazu führen wird, dass es Stützungsmaßnahmen des Eigentümers geben werden muss, um die steigenden Aufwendungen dauerhaft zu refinanzieren.

## 2. Empfehlung für den Gesellschafter und den Aufsichtsrat

Grundsätzlich erkennt die Expertenkommission an, dass das Klinikum Ernst von Bergmann in der Rechtsform der gemeinnützigen GmbH über viele Jahre wirtschaftlich erfolgreich agiert hat und nach Überwindung einer höchst defizitären Lage über mehrere Jahre Überschüsse erwirtschaftet hat, die in das Klinikum investiert wurden und auf verschiedene Weise der LHP zugutegekommen sind. Da man aber gleichzeitig die Gefahr eines Steuerungsverlustes erkennt, empfiehlt man zwar an der Rechtsform der gemeinnützigen GmbH festzuhalten, aber die Aufsichtsräte zu stärken, die Geschäftsführung neu zu strukturieren und zu erweitern sowie die Organisationsstrukturen des Klinikums strategisch weiterzuentwickeln.

### 2.1. Vorschläge Transparenzkommission zur Information des Aufsichtsrats

Die Expertenkommission regt mit Verweis auf die Ergebnisse der Transparenzkommission an, die Informationsrechte des Aufsichtsrats zu stärken. Diese hatte empfohlen, eine Pflicht zur Berichterstattung in mindestens vierteljährlichem Abstand in einem standardisierten, aussagekräftigen Format zu definieren. Dies hat die Landeshauptstadt Potsdam auch mit ihrem Mustergesellschaftsvertrag und des Gesellschaftsvertrags der Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH (§ 11 Abs. 8 GV) bereits seit langem umgesetzt.

### 2.2. Stärkung des Aufsichtsrats durch mehr Fachexpertise in seiner Funktionswahrnehmung

Der Aufsichtsrat der Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH besteht entsprechend der gesellschaftsrechtlichen Vorgaben zurzeit aus zwölf Mitgliedern. Den Vorsitz führt – entsprechend den Vorschlägen der Transparenzkommission – die Beigeordnete, sechs Mitglieder sind gemäß § 97 Abs.4 BbgKVerf von der SVV entsandt worden. Des Weiteren sind vier Mitglieder im Rahmen der freiwilligen Mitbestimmung aus der Mitte der Beschäftigten und ein Mitglied aus Potsdam-Mittelmark als Experte auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung bestellt.

Aus Sicht der Expertenkommission bedarf der Aufsichtsrat hinsichtlich seiner Fachexpertise einer Stärkung. Daher wird empfohlen, für die aus der SVV entsandten Mitglieder die gem. § 97 Abs.4 BbgKVerf gebotene Eignungsprüfung durch die Fraktion bereits im Verfahren, das zum Wahlvorschlag führt, verantwortungsvoll vorzunehmen. Bei der Bestellung soll künftig unbefangen geprüft werden, ob die vorgeschlagenen Mitglieder die für das Amt erforderlichen Kenntnisse und Erfahrung sowie Eignung gem. § 97 Abs.4 Kommunalverfassung verfügen. Des Weiteren sollen die Verfahrensregeln überprüft und angepasst werden.

Von Seiten der Kommission wird diese Empfehlung insbesondere mit einem fehlenden ausgeprägten Interesse für Defizite und Schwachstellen im Klinikum hinsichtlich Patientensicherheit, Qualität der Versorgung oder risikorelevanter Prozesse begründet, was aus Sicht der Kommission dazu führt, dass der Aufsichtsrat die Möglichkeiten, die ihm geboten sind, nicht vollumfänglich ausschöpft. Es seien auch keine Strategieklausuren durchgeführt worden.

Aus Sicht der Verwaltung kann diese Auffassung nicht vollumfänglich geteilt werden. So gab es in den vergangenen Jahren Strategieklausuren. Es fanden in der Vergangenheit auch regelmäßig Schulungen der Aufsichtsratsmitglieder durch das Klinikum statt, um insbesondere krankenhausspezifisches Wissen zu vermitteln. Gegebenenfalls könnte überprüft werden, ob hier noch Verbesserungspotential besteht. Aus den Ausführungen ist auch nicht ersichtlich, inwieweit eine mangelnde fachliche Expertise für das von der Expertenkommission ausgemachte Verhalten des Aufsichtsrats ursächlich sein soll. Vielmehr scheint die Empfehlung einer kritischen Reflexion der bestehenden Verfahrensregeln geeignet, die ausgemachten Schwachstellen zu beheben. Die Empfehlung hinsichtlich der Auswahl von Mitgliedern für den Aufsichtsrat aus der SVV betrifft die Belange der entsendenden Fraktionen, die somit aufgefordert sind, eine entsprechende Reflexion der Verfahren durchzuführen. Allerdings ist hierbei auch zu berücksichtigen, dass es einen Einschätzungsspielraum gibt, welche konkreten Qualifikationsmaßstäbe, insbesondere mit Blick auf die rechtlichen, betriebswirtschaftlichen und branchenspezifischen Anforderungen zugrunde gelegt werden.

### 2.3. Geschäftsführung sollte auf drei Funktionen gemäß Krankenhausentwicklungsgesetz erweitert werden

Die Expertenkommission empfiehlt dem Gesellschafter, der Landeshauptstadt Potsdam, die Geschäftsführung „auf drei Personen, die den vom Krankenhausentwicklungsgesetz des Landes genannten Bereichen Ärztlicher Dienst, Pflegedienst und Wirtschafts- und Versorgungsdienst angehören.“ Die Kommission bezieht sich bei dieser Empfehlung auf § 23 „Leitung und medizinische Organisation“ im Gesetz zur Entwicklung der Krankenhäuser im Land Brandenburg. Hier heißt es „in jedem Krankenhaus wird eine kollegiale Betriebsleitung gebildet. An der Betriebsleitung sind eine leitende Ärztin oder ein leitender Arzt, die Leitung des Pflegedienstes und die Leitung des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes gleichberechtigt zu beteiligen. Der Krankenhausträger regelt die Aufgaben der Betriebsleitung und die Zuständigkeit ihrer Mitglieder.“ Um dieser sinnvollen Aufgabenteilung Rechnung zu tragen, wurde im Klinikum die sogenannte Klinikumsleitung etabliert, die sich aus den beiden Geschäftsführern sowie einem Ärztlichen Direktor als auch einer Pflegedirektorin zusammensetzt. Dies entspricht auch dem üblichen Vorgehen aller Krankenhäuser im Land Brandenburg. Mit der Aufgabenverteilung innerhalb der Klinikumsleitung, die über einen entsprechenden Geschäftsverteilungsplan verfügt, kann eine fundierte Meinungsbildung berufsgruppenübergreifend zur Entscheidungsfindung erfolgen und das Klinikum so zukunftssicher gesteuert werden.

### 2.4. Organisationsstrukturen sollen im Klinikum strategisch weiterentwickelt bzw. restrukturiert werden

Krankenhäuser sind komplexe Organisationsgebilde. Im Falle der Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH handelt es sich gar um eine Klinikgruppe mit mehreren Kliniken sowie ambulanten und Dienstleistungs-Tochtergesellschaften. Vor diesem Hintergrund wurden seitens der Expertenkommission mehrere Empfehlungen für die strategische Neugestaltung der Führungs- und Verantwortungsstrukturen bzw. Klinikbereiche gegeben.

Die Geschäftsführung hat bereits, um die Komplexität der Organisation des Klinikums zu reduzieren, das bisher gültige Organigramm überarbeitet. So wurden drei Organigramme erstellt, die jeweils einen anderen Fokus haben:

Ein Organigramm stellt die medizinische Organisation mit der Klinikumsleitung und den an sie angebotenen medizinischen Zentren und Kliniken dar. Das zweite Organigramm zielt auf die unterstützenden administrativen Bereiche des Krankenhauses ab und verdeutlicht die Anbindung, welcher Bereich welchem der beiden Geschäftsführer organisatorisch zugeordnet ist. Das dritte Organigramm zeigt die organschaftliche Organisationsstruktur, also welche Gesellschaften zum Klinikum gehören, wer diese in der Geschäftsführung vertritt und welcher Geschäftsführer des Klinikums die Rolle des Gesellschaftervertreters wahrnimmt. Somit ist eine erste Weiterentwicklung bzw. Restrukturierung erfolgt, an der weitergearbeitet wird.

## 2.5. Paritätische Mitbestimmung Aufsichtsrat

Zur Erweiterung der fachlichen Kompetenz schlägt die Expertenkommission des Weiteren eine paritätische Besetzung des Aufsichtsrats vor, sodass sich die Zahl von Arbeitnehmerinnen-/Arbeitnehmervertreter\*innen um zwei erhöhen würde. Dies würde zwangsläufig zur Verringerung der aus der SVV entsandten Mitglieder führen.

Des Weiteren stellt sich die Frage, ob hierbei noch von einem angemessenen Einfluss des kommunalen Trägers im Sinne des § 96 Abs.1 Nr.2 BbgKVerfG gesprochen werden kann. Gegebenenfalls sollte hierzu die Auffassung der Kommunalaufsicht eingeholt werden. Gemäß Gesellschaftsvertrag der Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH ist diese ein Tendenzbetrieb.

## 2.6. Fokus auf Qualität und Patientensicherheit stärken

Die neue Geschäftsführung hat sich zum Ziel gesetzt, hohe Qualität und maximale Patientensicherheit wirtschaftlich tragfähig zu gestalten. Dieses Ziel ist unter den geltenden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und hier besonders dem einzelfallbasierten Vergütungssystem eine besondere Herausforderung.

Die Geschäftsbereichsleitung Qualitätsmanagement wurde mit dem stellv. Ärztlichen Direktor besetzt, mit dem Ziel, das Thema Qualitätsmanagement qualifiziert und sichtbar in der ärztlichen Direktion anzuordnen, damit institutionalisiert einen hohen (klinischen) Stellenwert zu geben und somit eine höhere Durchdringung zu erreichen. Darüber hinaus sollen insbesondere die Kliniken des Hauses mit in die operative Umsetzung und Verantwortung des Qualitätsmanagements genommen werden. Die Krankenhaushygiene wird zum 01.04.2021 mit einer eigenen chefarztlichen Besetzung und die Betriebsmedizin ebenfalls mit einem eigenen ärztlichen Leiter zum 01.04.2021 gestärkt. Das bestehende Risikomanagementsystem wird systematisch um einen klinischen Teil erweitert und somit als strategisches Führungsinstrument eingesetzt. Patientensicherheit wird dadurch als strategisches Führungsziel regelhaft verankert.

Gesundheitspolitisch müssen Vorhaltestrukturen auch als Vorhaltung vergütet werden, um die notwendigen Präventionsmaßnahmen im Sinne des klinischen Risikomanagements und der damit verbundenen Patientensicherheit adäquat abzusichern. Dies bedeutet eine Abkehr vom reinen DRG-System. Die Pandemie hat allerdings verdeutlicht, dass das unbedingt erforderlich ist.

## 2.7. Aufwertung Fachinstitute

Die Einschätzung, das Klinikum würde seinen „Instituten für Radiologie, Strahlentherapie, Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Pathologie“ keine ausreichende Bedeutung zukommen lassen, kann die Verwaltung nicht vollumfänglich teilen. Gerade die letztgenannten Bereiche erhalten als eigenständige Gesellschaft eine besondere Aufmerksamkeit. Die Diagnostik Ernst von Bergmann GmbH macht klinische „Sekundärprozesse“ wie Labormedizin und Pathologie zu eigenen Primärprozessen. Dies ist eine Aufwertung der Leistungen und stellt sie gleichzeitig in einen besonderen Fokus.

Im Rahmen der Pandemie wurden die Laborkapazitäten insbesondere für die Covid-19-PCR-Diagnostik aufgebaut, die wesentliche Grundlage eines umfassenden Schutz-, Hygiene- und Sicherheitskonzeptes sind.

## 3. Empfehlung für die Landeshauptstadt Potsdam

### 3.1. Überprüfung der Strategie: Regionale Kooperationen und Krankenhausverbände

Vor dem Hintergrund der Kritik, dass die bisherige strategische Zielsetzung eher am ökonomisch getriebenen Wachstum und weniger dem Gedanken einer Kooperation mit dem Ziel einer arbeitsteilig agierenden Versorgungslandschaft ausgerichtet ist, wird empfohlen, die Ausrichtung des Verbundes kritisch zu hinterfragen.

Diesen Prozess hat die LHP bereits gemeinsam mit der Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH angestoßen. Unabhängig vom Ergebnis der Expertenkommission ist anzuerkennen, dass Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft neben einer Verbesserung der Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung auf Bundes- und Landesebene eine Stärkung ihrer Stellung durch regionale Krankenhausverbände erfahren können.

Sie bieten neben wirtschaftlichen Vorteilen auch die Chance, die medizinische Versorgungsqualität zu verbessern, in dem es in den jeweiligen Häusern Spezialisierungen auf bestimmte Behandlungsbereiche gibt. Um hierbei die medizinische Versorgung in ländlichen, strukturschwachen Regionen zu gewährleisten, müssen aber immer der Erhalt der Notfallversorgung vor Ort und die verstärkte Nutzung von medizinischen Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft eine Rolle spielen. Die Strukturen sollten sich noch stärker am Ansatz der sektorübergreifenden Versorgung orientieren.

Ein gutes Beispiel für kommunale Verbundarbeit zeigt sich gerade in der aktuellen Pandemie. Im Rahmen des Versorgungsclusters Corona West wurde eine umfassende Kooperation von Kliniken aus Brandenburg an der Havel, Potsdam, Potsdam-Mittelmark, Teltow-Fläming und dem Havelland im Frühjahr 2020 unter Federführung des Städtischen Klinikums Brandenburg, geschaffen. Mit dieser Kooperation wird ein Versorgungsgebiet von über 800.000 Einwohnern abgedeckt und eine optimale medizinische Versorgung aller Patienten unter Berücksichtigung der vorhandenen Gesamtressourcen während der Pandemie gewährleistet. In der zweiten Pandemiewelle hat das Klinikum Ernst von Bergmann die Leitung und Koordination übernommen, das System strukturell weiterentwickelt und professionalisiert. In regelmäßigen Videoschaltkonferenzen wird die Arbeit durch die Kooperationspartner evaluiert und begleitet.

Die Kritik der Expertenkommission an der strategischen Ausrichtung und Steuerung machen des Weiteren deutlich, dass es hier einer Weiterentwicklung der Beteiligungssteuerung bedarf. Vor dem Hintergrund, dass es in der Vergangenheit auch immer wieder in anderen kommunalen Unternehmen (z.B. im Stadtwerkeverbund) zu Steuerungsdefiziten kam, werden die Ergebnisse des Expertengutachtens zum Anlass genommen, insbesondere den Ausbau der Beteiligungssteuerung durch eine bessere technische Ausstattung, z.B. durch Einführung einer Beteiligungssoftware und zusätzliches Personal, intensiv voranzutreiben. Bzgl. der Krankenhausversorgung wird auch im zuständigen Geschäftsbereich 3 ab 2022 eine entsprechende Stelle geschaffen.

### 3.2. Stärkung der Aufsicht durch das Gesundheitsamt

Den kommunalen Gesundheitsämtern kommt im Rahmen der Daseinsvorsorge bei der Sicherstellung einer adäquaten und qualitativ angemessenen medizinischen Versorgung der Bevölkerung eine tragende Rolle zu. Gerade die aktuelle Pandemie hat diese Gewichtigkeit insbesondere bezüglich der Gewährleistung des Infektionsschutzes und adäquater hygienischer Bedingungen unwiederbringlich verdeutlicht. Durch die gemeinnützige, ordnungsrechtliche Funktion der Gesundheitsämter sind sie eine notwendige Instanz des allgemeinen Gesundheitsschutzes.

Um dieser tragenden Rolle gerecht werden zu können, spricht sich die Expertenkommission dafür aus, die Aufsichtsfunktion des Gesundheitsamtes gegenüber der ambulanten und stationären Versorgung deutlich zu stärken. Nur dann kann es dem Gesundheitsamt gelingen, dem Klinikum in der Aufsicht auf Augenhöhe zu begegnen. Es wird aber klar, dass eine solche Stärkung nur dann nachhaltig erfolgen kann, wenn der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) auch dauerhaft mit den notwendigen Ressourcen ausgestattet wird. Neben einer adäquaten Bundes- und Landesfinanzierung der Krankenhäuser muss auch dem ÖGD in den kommenden Jahren eine entsprechende finanzielle Stärkung widerfahren, um seine öffentliche Funktion gerade auch unter den gestiegenen Anforderungen wahrnehmen zu können. Instrumente wie der 10-Punkte-Plan des Bundes zur Stärkung des ÖGD sind dazu erste entscheidende Schritte.

Die deutlich werdenden steigenden Anforderungen an den ÖGD hat die Landeshauptstadt Potsdam bereits im Jahr 2016 dazu bewogen, die personellen und infrastrukturellen Ressourcen des Gesundheitsamtes aufzustocken. Im Rahmen des „Masterplans Gesundheitsamt“ der damals neu amtierenden Amtsleitung wurden die pflichtigen Aufgaben einer strukturellen Neuordnung unterzogen, ein Umstrukturierungsprozess angestoßen und seitdem stetig umgesetzt. Neben einem steten Personalaufwuchs von anfangs 45 auf 70 Mitarbeitende bis Anfang 2020 wurde auch die Infrastruktur den Anforderungen angepasst. Durch einen Umzug des Gesundheitsamtes in geeignete Räumlichkeiten auf dem Campus des Klinikums in den Jahren 2017/2018 wurde dieser Prozess stetig vorangetrieben. Mit dem schlagartigen und exponentiellen Aufwuchs der Anforderungen an das Gesundheitsamt mit dem Aufkommen der Covid-19-Pandemie Anfang 2020, wurde dem Gesundheitsamt von Beginn an stetig benötigtes Personal, intern wie extern, zugesteuert, Strukturen zur zügigen Einarbeitung etabliert sowie die technische und infrastrukturelle Ausstattung im Eiltempo den aktuellen Bedingungen angepasst.

Die so geschaffenen Strukturen lassen sich auch nach Abflachen der Pandemie adäquat fortführen und haben schon heute zu einer weiteren deutlichen Stärkung des Gesundheitsamtes geführt. Durch die Einstellung weiteren Fachpersonals wurde auch die fachärztliche und gesundheitswissenschaftliche Expertise personell ausgebaut. Die dauerhafte Etablierung dieser Struktur wurde schließlich zu Beginn des Jahres 2021 mit der Neugründung des Fachbereiches „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ erfolgreich zum vorläufigen Abschluss gebracht und damit dem Gesundheitsamt die notwendige Aufwertung im Rahmen der gesundheitlichen Daseinsvorsorge und im Gesamtkontext der Aufgabenerledigung der Landeshauptstadt Potsdam zu teil werden lassen.

In den kommenden Jahren wird eine notwendig gewordene, neue strategische Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgung in der Landeshauptstadt Potsdam sowie der Region auch die Aufgaben des ÖGD weiter reformieren und diesem dabei auf Grund der fachlichen Expertise eine wichtige Funktion zukommen lassen. Die in der Pandemie gewonnenen Erfahrungen und die Empfehlungen der Expertenkommission werden hierzu ausgewertet, evaluiert und notwendige Konsequenzen entsprechend fachlich und organisatorisch umgesetzt. Ein besonderes Augenmerk wird in Zukunft auch auf die stationäre, teilstationäre sowie ambulante Pflege gelegt.

### 3.3. Besetzung des Vorsitzes des Aufsichtsrats durch die zuständige Beigeordnete kritisch prüfen

Die Besetzung des Aufsichtsratsvorsitzes mit der fachlichen zuständigen Beigeordneten entspricht den Vorschlägen der Transparenzkommission. Mit ihrer Kritik an diesem Vorgehen widerspricht die Expertenkommission aus Sicht der Verwaltung ihrer eigenen Empfehlung der Stärkung der fachlichen Expertise des Aufsichtsrats und der Empfehlung der Transparenzkommission. Der angedeutete Rollenkonflikt der Beigeordneten zwischen Dienstvorgesetzter der Amtsärztin auf der einen und Aufsichtsratsvorsitzender auf der anderen Seite stellt mangels Weisungsrechts der Beigeordneten gegenüber fachlich-medizinischen Entscheidungen der kraft Amtes weisungsunabhängig agierenden Amtsärztin keinen tatsächlichen Konflikt dar. Aus Sicht der Verwaltung stellt die derzeitige Lösung die bestmögliche Auflösung der verschiedenen Konflikte dar.

### 4. Empfehlung langfristige bauliche Entwicklung

Die Expertenkommission macht deutlich, dass die bisherige, über Jahrzehnte, teilweise gar Jahrhunderte gewachsene Baustruktur des Klinikums erheblich zum Ausbruchsgeschehen beigetragen hat. Sie spricht die klare Empfehlung für einen Neubau in verschiedenen denkbaren Szenarien aus. Eine Festlegung zu einem Szenario (Neubau an neuem Standort vs. Neubau am bestehenden Standort im laufenden Betrieb) wird nicht getroffen. Allerdings empfiehlt die Expertenkommission die Einbindung erfahrener externer Experten in den Entscheidungsprozess. Zwingende Berücksichtigung soll die Klärung der medizinischen Schwerpunkte aller Kooperationspartner des Klinikums dabei finden. Der Gesellschafter, der Aufsichtsrat und die Geschäftsführung haben dieses Problem bereits im vergangenen Jahr erkannt und erste Überlegungen dazu angestellt. Allen Beteiligten ist klar: Ein Neubau ist unerlässlich.

### 5. Empfehlung für Land Brandenburg

Die Empfehlung der Expertenkommission in Richtung des Landes Brandenburg wird der Oberbürgermeister dem Land schriftlich zur Kenntnis geben. Insbesondere die Empfehlung zur Krankenhausfinanzierung sind aus Sicht der Verwaltung unterstützenswert, um auch künftig Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft zu erhalten.

### 6. zukünftige Begleitung des nötigen Transformationsprozesses

Auch aus der Erfahrung des Umgangs mit dem Bericht der Beratungsgesellschaft McKinsey zum Klinikum Ernst von Bergmann aus dem Jahr 2005, dessen Umsetzung zwar durch die Stadtverordnetenversammlung beschossen wurde, aber in den Jahren keiner regelmäßigen Überprüfung und Anpassung an sich ändernde Rahmenbedingungen durch die Stadtverordnetenversammlung unterzogen wurde, schlägt der Oberbürgermeister vor, den jetzt anstehenden Transformationsprozess in ein dauerhaftes Projekt zu überführen.

Dazu wird der Oberbürgermeister im vierten Quartal 2021 dem Hauptausschuss den konkreten Auftrag und die Zusammensetzung der Projektgruppe vorlegen und dabei auf die seit 2 Jahren etablierte Projekt- und Berichtsform zurückgreifen, wie sie auch bei den strategischen Projekten „Kramnitz“ und Verwaltungscampus Anwendung finden. Dies stellt sicher, dass der Hauptausschuss in vergleichbarer Form über strategische Projekte informiert wird.

## **Anlage 1**

Kopie Abschlussbericht der Expertenkommission

# Abschlussbericht

zum SARS-CoV-2-Ausbruch am Klinikum Ernst-von-Bergmann im Frühjahr 2020

vorgelegt von der unabhängigen Expertenkommission  
für das Ernst von Bergmann Klinikum gGmbH

Potsdam, 21. Dezember 2020

## Inhalt

Abkürzungsverzeichnis.....	4
1 Einleitung.....	5
1.1. Darstellung des Ausbruchsgeschehens .....	5
1.2. Auftrag der Expertenkommission.....	5
1.3. Mitglieder und Arbeitsweise der Expertenkommission .....	6
1.3.1 Arbeitsbedingungen und Zusammenarbeit der Kommission mit der LHP und dem AR des KEvB.....	10
2 Das Klinikum Ernst von Bergmann und seine Herausforderungen.....	13
2.1. Kurz-Charakterisierung des Klinikums Ernst von Bergmann .....	13
3 Erkenntnisse zu den Untersuchungsklustern.....	17
3.1. Organisationale Bedingungen und Unternehmenskultur .....	17
3.1.1 Effekte der strategischen Ausrichtung (wirtschaftliche Sanierung und Expansionskurs)..	17
3.1.2 Besonderheiten der Führungsstrukturen .....	20
3.1.3 Rolle und organisationale Einbindung der Pflege (inkl. Servicepersonal) .....	25
3.1.4 Stellenwert und strukturelle Ausstattung der Krankenhaushygiene.....	29
3.1.5 Stellenwert und gelebte Praxis des Arbeits- und Gesundheitsschutzes.....	32
3.1.6 Risiko- und Qualitätsmanagement und Sicherheitskultur (Lernen aus Vorfällen) .....	34
3.1.7 Bauliche Bedingungen und der Einfluss auf den COVID-19-Ausbruch .....	39
3.2. Vorbereitung auf die SARS-CoV-2-Pandemie und Bewältigungsstrategien.....	43
3.2.1 Generelle Vorbereitung auf Ausbrüche, Pandemien und Krisen: Pandemieplanung und Meldepraxis .....	43
3.2.2 Erste Vorbereitungen auf eine mögliche COVID 19-Pandemie ab Januar 2020.....	47
3.2.3 Bewältigungsstrategien für die sich abzeichnenden SARS-CoV-2 Pandemie.....	49
3.2.4 Diagnostische Kapazitäten und Zusammenarbeit mit dem Labor.....	51
3.2.5 Exkurs: Stellungnahme zum RKI-Bericht vom 08.04.2020.....	53
3.3. Zusammenarbeit mit externen Akteuren .....	54
4 Übergreifende Schlussfolgerungen und Empfehlungen .....	58
4.1. Empfehlungen an die Geschäftsführung des KEvB zur Umsetzung .....	58
4.2. Empfehlungen für den Gesellschafter und den Aufsichtsrat.....	59
4.3. Empfehlungen für die Landeshauptstadt Potsdam .....	65
4.4. Empfehlungen zur langfristigen baulichen Entwicklung .....	68
4.5. Empfehlungen für das Land Brandenburg.....	70
5 Danksagung und Schlusswort.....	73



6	Anhang.....	75
6.1.	Übersichten zu den durchgeführten Gesprächen der Kommission.....	75
6.2.	Rechtliche Stellungnahme zum Untersuchungsauftrag der Expertenkommission im Hinblick auf die Staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen.....	79
6.3.	Rechtliche Stellungnahme zur Zusammenarbeit mit dem Aufsichtsrat .....	87
6.4.	Anhänge zur baulichen Analyse.....	96
6.4.1	Lageplan mit Gebäudebezeichnung .....	96
6.4.2	Auszug aus der DIN 13080.....	98
6.4.3	Lageplan mit Baufelddarstellungen .....	101
6.5.	Auszüge aus dem Gesellschaftsvertrag .....	103
6.5.1	Aufgaben der Gesellschafterversammlung .....	103
6.5.2	Aufgaben des Aufsichtsrates .....	104
6.6.	Ausführungen zur Aufsichtspflicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes .....	106
6.7.	Erläuterungen zur Problematik der Pflegeplanung im Rahmen der vorhandenen Softwarearchitektur und der damit einhergehenden Entkopplung von Theorie und Praxis ....	107
6.8.	Bericht von Prof. Zastrow zur Krankenhaushygiene .....	110
6.9.	Stellungnahme der Kommission zum Bericht von Prof. Zastrow.....	114

## Abkürzungsverzeichnis

APS	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
AR	Aufsichtsrat
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetzes
ASA	Arbeitssicherheitsausschuss
B.A.	Brandabschnittsgrößen
CIRS	Critical Incident Reporting System
EvB	Ernst von Bergmann
ePA-AC	Standardisierte Datenerfassungs- und Planungstool im KIS
F.W.L.	Fluchtweglängen
GA	Gesundheitsamt
GBA	Gemeinsamer Bundes Ausschuss (höchstes Gremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen)
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
ITS	Intensivstation
KAEP	Krankenhausalarm- und Einsatzplan
KEvB	Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH
Kienbaum	Kienbaum Consultants International GmbH
KIS	Krankenhausinformationssystem
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
LAVG	Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit
LEP	Leistungserfassungsprotokoll
LHP	Landeshauptstadt Potsdam
McKinsey	McKinsey & Company, Inc.
MdK	Medizinischen Dienst der Krankenversicherung
M&M-Konferenzen	Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen
MSGIV	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg
MASGF	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg
PSA	Persönliche Schutzausrüstung
RKI	Robert-Koch-Institut
SVV	Stadtverordnetenversammlung
P-D-C-A	Plan-Do-Check-Act Zyklus
PSI	Patientensicherheitsindikatoren
QM	Qualitätsmanagement
VRE	Vancomycin resistente Enterokokken
ZNA	Zentrale Notaufnahme

# 1 Einleitung

Entsprechend dem ihr erteilten Auftrag legt die unabhängige Expertenkommission des Klinikums Ernst von Bergmann gGmbH ihren Bericht vor.

## 1.1. Darstellung des Ausbruchsgeschehens

Im Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH (KEvB) wurde am 08.03.2020 bei einem Patienten erstmalig eine Infektion mit SARS-CoV-2 festgestellt. In dem Folgezeitraum bis Anfang April 2020 kam es zu einer Häufung von SARS-CoV-2-Infektionen und zu einem nosokomialen Ausbruchsgeschehen am Klinikum, bei dem nach Bericht des Robert-Koch-Instituts (RKI) vom 03.04.2020 bei insgesamt 59 Mitarbeitenden und 99 Patient\*innen SARS-CoV-2-Infektionen nachgewiesen ist (Stand 02.04.20, 18 Uhr). 45 Patient\*innen zumeist hohen Alters und mit schweren Krankheitsverläufen sind in diesem Zeitraum an oder mit einer COVID-19-Erkrankung nach Bericht der KEvB-Geschäftsführung vom 20.05.20 verstorben.

## 1.2. Auftrag der Expertenkommission

Am 29.04.2020 hat der Aufsichtsrat (AR) des KEvB in einer außerordentlichen Sitzung beschlossen, eine unabhängige Expertenkommission zur Prüfung und Empfehlung organisatorischer und hygienischer Maßnahmen und Abläufe im Klinikum einzusetzen.

### *Auftrag der Expertenkommission vom 29.04.2020*

Die Kommission erhielt den Auftrag,

- aufzuklären, worauf die im Bericht des RKI vom 03.04.2020 benannten Mängel zurückzuführen sind,
- zu prüfen, ob die Mängel auf grundlegenden organisatorischen und hygienischen Defiziten im Klinikum Ernst von Bergmann beruhen und
- ob es deshalb zu vermeintlichen Fehleinschätzungen und Handlungen beim Ausbruchsgeschehen des Coronavirus im KEvB gekommen ist,
- interne Abläufe und Verantwortlichkeiten nach den geltenden Standards aufzuarbeiten,
- Empfehlungen für die Optimierung der Unternehmenskultur und des Betriebsklimas in der Klinikgruppe EvB und
- zur Verbesserung des Zusammenwirkens sämtlicher Organe sowohl der Gesellschaft als auch des Gesellschafters und der Gremien der Stadtverordnetenversammlung (SVV) zu geben,
- einen Bericht vorzulegen.

Parallel zum erteilten Auftrag hat der AR der Expertenkommission einen Katalog mit 44 Fragen übergeben zu den Themen „Vorbereitung auf Pandemien und konkret auf Covid 19“, „Genereller Umgang mit Covid 19“, „Ausbruchsgeschehen Covid 19 und Umgang mit dem Ausbruchsgeschehen“, „Unternehmenskultur / Mitarbeiterzufriedenheit“, „Schlussfolgerungen / Empfehlungen für die künftige Aufstellung“, aber auch Fragen zur Beurlaubung des Geschäftsführers, zur Mitgliedschaft im Kommunalen Arbeitgeberverband und zu Rücklagenbildung der KEvB gGmbH. Die Kommission hat diese ergänzenden Fragen thematisch gewichtet und beschlossen, zur Vermeidung von Redundanzen in Ihrem Bericht nicht im Einzelnen auf jede Frage einzugehen, sondern die hinterfragten Themen im jeweiligen Sachzusammenhang zu behandeln. Einzelne Fragen hätte der AR selbst klären können, was aber nicht zuletzt wegen der erst im Oktober 2019 erfolgten neuen personellen Zusammensetzung des Aufsichtsgremiums bislang nicht erfolgt ist.



Wegen der Einzelheiten des Auftrages wird auf den AR-Beschluss verwiesen (Beschlussvorlage Nr. AR 08/20/3.A-ARS vom 29.04.2020).

#### *Spezifizierung des Auftrags am 27.07.2020*

Nach Bekanntgabe der Staatsanwaltschaft Potsdam am 15.06.2020, Ermittlungen gegen einzelne Beschäftigte der KEvB gGmbH aufzunehmen, hat sich der AR in seiner Sitzung am 27.07.2020 mit einer möglichen Kollision staatsanwaltschaftlicher Ermittlungsverfahren mit der Arbeit der Expertenkommission befasst und den Auftrag der Kommission klarstellend konkretisiert:

In klarer Abgrenzung zur Ermittlungstätigkeit der Staatsanwaltschaft soll sich die Kommission mit der

- Aufklärung organisatorischer und hygienischer Defizite und Mängel sowie Fehleinschätzungen und Handlungen beim Ausbruchsgeschehen in der Organisation KEvB befassen und diese aufzeigen.
- Die Klärung von Schuldfragen und Verantwortlichkeiten einzelner handelnder Personen sowie daraus resultierende rechtliche Maßnahmen obliegt nicht der Kommission, sondern bleibt der Staatsanwaltschaft und den zuständigen Organen vorbehalten.
- Elementarer Bestandteil der Arbeit der Kommission sind die aus den Untersuchungen folgenden Ableitungen sowie das Fassen von Empfehlungen für die zukünftige Arbeit des Klinikums.

Wegen der Einzelheiten der klarstellenden Konkretisierung des Auftrages wird auf den AR-Beschluss verwiesen (Beschlussvorlage Nr. AR 30/20/02 vom 27.07.2020).

### 1.3. Mitglieder und Arbeitsweise der Expertenkommission

Die ehrenamtlich arbeitende Expertenkommission wurde im Auftrag des Gesellschafters von Frau Anita Tack, Ministerin a.D. interdisziplinär zusammengestellt, so dass alle relevanten Perspektiven für Bearbeitung des Auftrags der Kommission vertreten sind.

#### *Mitglieder und Rollen*

Die kollegiale Leitung der unabhängigen Expertenkommission wurde Frau Anita Tack, Ministerin a.D., Potsdam und Herrn Univ.-Prof. Dr. med. habil. Frank T. Hufert, Medizinische Hochschule Brandenburg Institut für Mikrobiologie und Virologie, Senftenberg übertragen. Der Kommission gehören folgende weiteren Mitglieder an:

- Herr Thomas Barta, Ministerialdirigent a.D., Potsdam
- Herr Prof. Dr. Thomas Boggatz, Fachgebiet Pflegewissenschaft BTU Cottbus Senftenberg
- Frau Dr. Annette Gebauer, Organisationsberaterin, Geschäftsführerin ICL GmbH, Berlin
- Frau Dr. h.c. Heidrun Grünwald, ehem. Geschäftsführerin Carl-Thiem-Klinikum Cottbus, Bad Saarow
- Frau PD Dr. Sonja Hansen, Oberärztin am Institut für Hygiene und Umweltmedizin- Charité - Universitätsmedizin Berlin
- Frau Dr. Ruth Hecker, Vorsitzende Aktionsbündnis Patientensicherheit, Berlin
- Frau Meike Jäger, Landesfachbereichsleiterin Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen, ver.di Landesbezirk Berlin-Brandenburg, Berlin
- Herr Prof. Dr. Wolfgang Kuhla, Rechtsanwalt, Berlin
- Herr Dipl. Ing. Peter Maron, Architekt, Berlin
- Herr Phillipp Stevens, Facharzt für Arbeitsmedizin/Reisemedizin, Leiter Berliner

### Arbeitsweise der Kommission

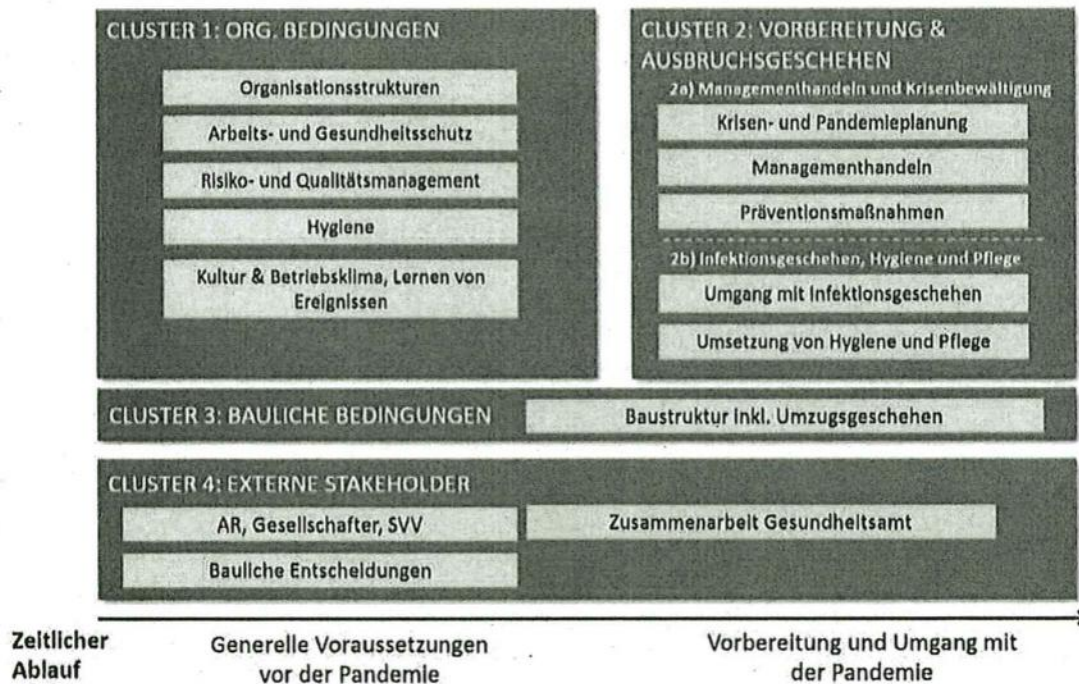
In Ihrer konstituierenden Sitzung am 14.05.2020 hat sich die Kommission eine Geschäftsordnung gegeben.

Im Anschluss fanden insgesamt zehn weitere Kommissionssitzungen statt, die von der Geschäftsstelle dokumentiert wurden: 28.05.2020, 10.06.2020, 24.06.20, 29.07.2020, 26.08.2020, 23. und 24.09.2020 (als zweitägige Klausursitzung), 28.10.2020, 25.11.2010, 16.12.2020 und 19.12.2020 (die letzten vier als Videokonferenz). Die inhaltliche Arbeit erfolgte vorrangig in thematischen, wechselnden Arbeitsgruppen, deren Ergebnisse in regelmäßigen Sitzungen zusammengetragen wurden.

### Untersuchungscluster und Leitfragen

Die Expertenkommission hat zur Strukturierung ihrer Untersuchung einzelne „Untersuchungscluster“ gebildet und sich in ihrem Vorgehen an jeweils zugehörigen Leitfragen orientiert.

Abbildung 1 Übersicht Untersuchungscluster



1. Cluster „Organisationale Bedingungen“  
Was ist charakteristisch für Organisation des KEvB (Strukturen, Prozesse, Führung) in Bezug auf Behandlungsqualität und Patientensicherheit? Welche Auswirkungen hat dies auf das Ausbruchsgeschehen genommen?
2. Cluster „Vorbereitung und Ausbruchsgeschehen“  
Wie haben sich die Beteiligten im KEvB auf unerwartete Ereignisse im Allgemeinen und insbesondere Anfang 2020 auf die COVID-19-Pandemie vorbereitet? Und was wurde getan, um das Ausbruchsgeschehen zu bewältigen?



### 3. Cluster „Bauliche Voraussetzungen“

Welchen Einfluss hatte die bauliche Situation auf das Ausbruchsgeschehen und wie ist sie im Vorfeld entstanden?

### 4. Cluster „Externe Stakeholder“

Wie haben sich die „Organe“ der Gesellschaft (Geschäftsführung, AR, Gesellschafter, SVV) sowie das Gesundheitsamt (GA) der Landeshauptstadt Potsdam (LHP) vor und während des Ausbruchs zusammengearbeitet und ihre Verantwortung wahrgenommen?

## *Methode und Grundhaltung bei der Untersuchung*

Gleich zu Beginn der gemeinsamen Arbeit führte die Expertenkommission eine intensive Diskussion über das methodische Vorgehen und die Suchrichtung bei der Ereignisanalyse. Angelehnt an das methodische Vorgehen im „London Protokoll“ einigten sich die Mitglieder auf folgende Grundausrichtung:

- Es geht nicht primär um die Suche nach schuldigen Personen oder Bereichen.
- Der Fokus der Analyse liegt auf einem breiteren Verständnis der Gesamtzusammenhänge: Welche Rahmenbedingungen haben das Ausbruchsgeschehen direkt oder indirekt begünstigt?
- Kritisches Verhalten und Regelabweichungen von Einzelpersonen sollen zunächst im Kontext betrachtet werden, um sie besser zu verstehen: Warum erschien ein bestimmtes Verhalten für den/die Beteiligten sinnvoll?

Als Arbeitshilfe wurde zunächst eine Rekonstruktion der Ereignisse erstellt und davon ausgehend die Untersuchungsfragen und -cluster gebildet. Darüber hinaus wurde festgehalten, zu welchem Zeitpunkt welches Wissen und welche Informationen verfügbar waren (z. B. Vorgaben des RKI).

Die Analyse von kritischen Ereignissen steht immer vor dem Problem, dass die Komplexität der konkreten Situation nicht mehr vollständig abbildbar ist. Im Nachhinein weiß man einerseits mehr (z. B., dass eine Entscheidung Probleme verursacht hat), aber gleichzeitig auch weniger (z. B. über die Mehrdeutigkeit oder Noch-Nicht-Wissen in der konkreten Situation). Zum Ausgleich dieser Schieflage ist es ratsam, die Beteiligten in den Analyseprozess eng mit einzubinden und ihre Erfahrungen und Sichtweise auszuwerten. Dies war hier ob der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen nur bedingt möglich, so dass die Perspektiven der Geschäftsführung, der medizinischen Direktion sowie der Hygieneärztin nicht aufgeklärt werden konnten<sup>1</sup>.

## *Verwendete Daten in der Untersuchung*

Für die Arbeit der Kommission wurde seitens der LHP und dem KEvB eine den Compliance-Vorgaben entsprechende, sichere Cloud-Lösung zur Verfügung gestellt, über die der Kommission angefragte Dokumente von der LHP und dem KEvB zur Verfügung gestellt wurden. Sie diente zudem dem internen Informationsaustausch innerhalb der Kommission.

Grundlage der Arbeit in der Expertenkommission waren folgende Daten:

- **Dokumente (Protokolle, Arbeitsanweisungen, Gutachten, Pläne...)**  
Im Zuge der Arbeitsphase wurden der Expertenkommission seitens des KEvB insgesamt mehr als 1.900 Dokumente und seitens der LHP mehr als 600 Dokumente zur Verfügung gestellt.
- **Drei qualitative Gesprächsserien**  
Darüber hinaus hat die Expertenkommission parallel in drei unterschiedlichen Serien Gespräche mit Beteiligten geführt:

<sup>1</sup> Auch war die Prämisse der Geschäftsführung, dass die Gespräche mit Mitarbeitenden im Klinikum auf freiwilliger Basis erfolgen (zu den unterschiedlichen Gesprächsserien siehe nächsten Abschnitt). So standen ebenfalls die Hygienefachkräfte nicht für Gespräche mit der Kommission zur Verfügung.



1. Interne Gesprächsserie mit Beschäftigten: Ziel der hierarchie- und fachübergreifenden Einzelgespräche war es, Erkenntnisse zur Unternehmenskultur zu gewinnen sowie Erfahrungen zum Ausbruchsgeschehen aufzunehmen. Insgesamt haben sich 26 Mitarbeitende unterschiedlicher Hierarchie- und Fachbereiche angemeldet. Die Teilnahme erfolgte freiwillig, eigeninitiativ und auf Wunsch anonym oder unter Teilnahme des Betriebsrats.
  2. Fachgespräche mit internen Funktionsträgern: Auf Basis der Erkenntnisse der Dokumentenanalyse wurden Fachgespräche mit internen Funktionsträgern im KEvB geführt. Die Übersicht der durchgeführten Fachgespräche befindet sich im Anhang 6.1.
  3. Gespräche mit externen Stakeholdern: Schließlich wurden Gespräche mit Personen geführt, die direkte externe Kontroll- und Steuerungsfunktionen innehaben bzw. weiteren externen Interessensgruppenangehören. Die Übersicht der durchgeführten Gespräche mit externen Stakeholdern befindet sich im Anhang 6.1.
- **Gäste in den Sitzungen der Kommission**  
In den Sitzungen der Kommission waren regelmäßig Gäste eingeladen, so hat z.B. die (Interlms-)Geschäftsführung der Expertenkommission wiederholt zur aktuellen Situation im Klinikum und den eingeleiteten und geplanten Maßnahmen und Veränderungen berichtet. Zudem war die Vorsitzende des ARs zu jeder Sitzung eingeladen. Die Übersicht der Gäste in den Kommissionssitzungen befindet sich Anhang 6.1.

*Grobe Rekonstruktion der wichtigsten Ereignisse entlang der Zeitschiene als Grundlage und zur Orientierung.*

Grundlage der gemeinsamen Arbeit war eine erste Rekonstruktion der Ereignisse, die aus den zur Verfügung gestellten Unterlagen erarbeitet wurde. Die Chronologie diente zur Orientierung in der gemeinsamen Arbeit und soll auch hier zur Orientierung kurz skizziert werden:

- Am 8.3.2020 wurde bei einem Patienten des KEvB eine SARS-CoV-2-Infektion festgestellt.
- Zur Vorbereitung auf die Versorgung von COVID-19-Patient\*innen hat das KEvB am 13.3.2020 einen Krisenstab eingerichtet, der wochentags zweimal und am Wochenende einmal täglich tagte.
- Bis zum 26.03.2020 wurden nicht-intensivpflichtige COVID-19-Patient\*innen im Hauptgebäude auf der infektiologischen Station versorgt. Intensivpflichtige Patient\*innen wurden auf der internistisch geführten Intensivstation (ITS) in einem separierten Bereich versorgt.
- Seit dem 27.3.2020 wurden COVID-19-Patient\*innen vorübergehend in weiteren Bereichen des Hauptgebäudes untergebracht.
- Am Abend des 27.3.2020 trafen im KEvB Laborbefunde ein, die für eine größere Anzahl von Patient\*innen und Mitarbeiter\*innen, die als Kontaktpersonen getestet worden waren, einen positiven Nachweis für SARS-CoV-2 zeigten. Besonders betroffen waren Patient\*innen der beiden geriatrischen Stationen. Weitere betroffene Bereiche waren u.a. die Urologie, Nephrologie und Allgemeinchirurgie.
- Hierauf wurden alle noch in anderen Bereichen liegenden COVID-19-Patient\*innen in einem dafür vorbereiteten Bereich des Klinikums kohortiert, der 110 Betten umfasst. Die intensivpflichtigen COVID-19-Patient\*innen wurden ebenfalls in einem dafür vorgesehenen neu geschaffenen Bereich kohortiert.
- Am 28.03.2020 wurde entschieden, dass alle Patient\*innen sowie das Personal von vorher definierten Risikostationen am Hauptstandort auf SARS-COV-2 getestet werden sollen. Testungen wurden an 4-5 Labore weitergeleitet, geplant war eine hausinterne Testungskapazität für ca. 450 Testungen/Tag aufzubauen.



- Am 29.03.2020 wurde das GA der LHP über das Auftreten von SARS-CoV-2-Infektionen am KEvB informiert.
- Am 31.03.2020 bat der Oberbürgermeister der LHP das RKI um Unterstützung zur Abklärung und Bewertung zur Häufung von COVID-19-Fällen im KEvB. Am selben Tag wurde ein entsprechendes Amtshilfeersuchen seitens des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz (MSGIV) zur Unterstützung des GA an das RKI gerichtet. Zu diesem Zeitpunkt waren mehr als 50 Patient\*innen SARS-CoV-2 positiv. Bei über 30 Mitarbeitenden verlief ein Test positiv.
- Am 01.04.2020 wurde durch das GA ein Aufnahme- und Verlegungsstopp ausgesprochen und das Klinikum von der Leitstelle abgemeldet. Hiervon ausgenommen waren Patient\*innen in akut lebensbedrohlichen Situationen und Patient\*innen, die sich zur Geburt vorstellen.
- Am 02.04.2020, 18 Uhr war bereits bei insgesamt 59 Mitarbeiter\*innen und 99 Patient\*innen SARS-CoV-2 nachgewiesen. Hiervon waren 8 Patient\*innen bereits entlassen (davon 1 Kind), 9 verstorben und 3 verlegt. Zum Zeitpunkt des nosokomialen Geschehens befanden sich somit noch 79 Patient\*innen mit COVID-19 in stationärer Behandlung, davon 13 auf der ITS von denen wiederum 9 beatmungspflichtig waren. Insgesamt befanden sich im am Hauptstandort noch ca. 400 Patient\*innen. Die Erwachsenenpsychiatrie befindet sich in einem Nebenstandort mit ca. 80 stationären Patienten\*innen.
- Die Versorgung der Patient\*innen wurde in drei Bereiche (COVID-19 bestätigt, COVID-19-Verdacht, COVID-19 negativ) auf ITS und Normalstation eingeteilt. In der Zentralen Notaufnahme (ZNA) wurde ein System zur Unterscheidung von Patient\*innen mit hohem und niedrigem Risiko für eine SARS-CoV-2-Infektion aufgebaut.
- Am 11.04.2020 führte das von der LHP beauftragte Unternehmen Kienbaum Consultants International GmbH (Kienbaum) eine erste Begehung des KEvB durch. Kienbaum war beauftragt, das Klinikum bei der Umsetzung von Empfehlungen des RKI zu begleiten, beim Management der Eindämmung des COVID-Ausbruchs zu unterstützen und im Rahmen des Krisenmanagements zu beraten. Nach dem Bericht von Kienbaum zeigten sich deutlich Mängel in den Versorgungsbereichen wie auch an der Abstrichstelle. Wegen der Einzelheiten wird auf den Bericht des RKI vom 08.04.2020 und auf den Bericht von Kienbaum vom 18.04.2020 verwiesen.

Auszug aus der Mängelliste des Kienbaum-Berichts:

- Die im Eingangsbereich lokalisierte Teststelle führte dazu, dass sich Wege zu anderen Patient\*innen kreuzten, was aufgrund bekannter Super-Spreading-Events des SARS-CoV-2 die Infektionsgefahr deutlich erhöhte.
- Schutzhandschuhe wurden zwischen den Abstrichen bei verschiedenen Patient\*innen nicht gewechselt.
- Auch räumliche und bauliche Defizite bestehen. So verfügt die ITS (LL1) nicht über die baulichen Voraussetzungen für eine ITS oder Isolierstation.
- Es bestand ein gravierender Mangel an Persönlicher Schutzausrüstung (PSA)
- Es bestand stets das Risiko der Patientenvermischung von infizierten und nicht-infizierten Patient\*innen.

### 1.3.1 Arbeitsbedingungen und Zusammenarbeit der Kommission mit der LHP und dem AR des KEvB

Zur organisatorischen und bürotechnischen Unterstützung hat die LHP in Zuständigkeit der Beigeordneten des Geschäftsbereichs 3 (Ordnung, Sicherheit, Soziales und Gesundheit) der Expertenkommission eine Geschäftsstelle im Haus 2 auf dem Verwaltungscampus ab dem 02.06.2020 eingerichtet. Herrn Fabian Brückner wurde die Leitung der Geschäftsstelle übertragen.



Zeitweise wurden ab dem 08.07.2020 bis zu zwei Mitarbeitende für die Arbeit in der Geschäftsstelle entsendet. Seit dem 02.11.2020 steht der Geschäftsstelle in Absprache mit der LHP nur noch eine Mitarbeiterin (Teilzeit 75%) zur Verfügung.

Die Expertenkommission dankt den Mitarbeitenden für ihre zuverlässige und engagierte Arbeit in der Geschäftsstelle.

Für das Klinikum und den AR war die Arbeit mit einer Expertenkommission Neuland und einige Herausforderungen daher im Vorfeld nicht antizipiert. Die Arbeit der Expertenkommission wurde durch einige Bedingungen erschwert, die teilweise zu Arbeitsverzögerungen, Mehraufwänden und auch Verunsicherungen bei den ehrenamtlich Tätigen geführt hat:

#### *Organisatorische Verzögerungen*

Zum einen erfolgte die Beschaffung von geeigneten Mitarbeitenden für die Geschäftsstelle zunächst schleppend. So konnten erst ab dem 16.06.2020 ein erster Mitarbeiter für die Geschäftsstelle (Vollzeit) bereitgestellt werden und eine weitere Mitarbeiterin (Teilzeit 50 %) ab 08.07.2020. Der erste Mitarbeiter schied nach intensiver Einarbeitung ab dem 16.07.2020 krankheitsbedingt wieder aus. Ein Ersatz wurde erst ab dem 28.07.2020 zur Verfügung gestellt (Mitarbeiterin in Teilzeit 75%). Dies erschwerte die kontinuierliche Arbeit der Geschäftsstelle.

Auf Grund von langwierigen Abstimmungsprozessen zwischen der LHP und dem KEvB konnte der Kommission erst Anfang Juli 2020 eine Compliance-konforme Cloud-Lösung für den gesicherten Datenaustausch zur Verfügung gestellt werden. Demzufolge konnten auch erst zeitverzögert die angeforderten Unterlagen aus der LHP und aus dem KEvB für die Kommissionsarbeit nutzbar gemacht werden.

Die IT- Ausstattung der Geschäftsstelle war für die Arbeit der Kommission nicht optimal. Es konnten z. B. keine Videokonferenzen mit der zur Verfügung gestellten durchgeführt werden, was aber angesichts der zahlreich zu führenden Gesprächen sehr hilfreich gewesen wäre.

#### *Unklarheiten im Auftrag*

Eine weitere Unklarheit und damit verbundene Unsicherheit für die Arbeit der Kommission entstand, als der AR die Absicht erwog, nach Aufnahme von staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen am 15.06.2020 den Untersuchungsauftrag der Expertenkommission zu verändern.

Eine rechtliche Stellungnahme vom 24.06.2020, die im Auftrag des KEvB durch den strafrechtlichen Berater der Geschäftsleitung erstellt und der Kommission in der Cloud zugänglich gemacht wurde, schürte zudem rechtliche Zweifel an der Legitimität des Untersuchungsauftrags und führte zur Frage, ob der Untersuchungsauftrag der Expertenkommission im Hinblick auf staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen neu zu fassen und teilweise einzuschränken sei. Die genannte Stellungnahme regte an, die Arbeit der Kommission sollte „auf die in die Zukunft gerichteten Aufgaben beschränkt“ werden, insbesondere die Optimierung „Interner Abläufe und Strukturen“ sowie weitere Maßnahmen, welche die „Zukunftsfähigkeit des Klinikums“ sicherstellen.

Ein der Kommission übermittelter Entwurf des geänderten Auftrags durch die AR-Vorsitzende am 01.07.2020 und ein Schreiben der AR-Vorsitzenden an die Mitglieder des Hauptausschusses der SVV vom 03.07.2020 führten verstärkend dazu, dass die Kommission für einen Zeitraum von nahezu sechs Wochen keine gesicherte Grundlage für ihre Arbeit hatte. Unklar war vor allem, ob sich die Untersuchung noch mit dem Ausbruchsgeschehen beschäftigen sollte oder sich nur „noch auf die Untersuchung der organisatorischen Rahmenbedingungen und die daraus folgende Ableitung für die zukünftige Arbeit des Klinikums konzentriert“, wie es im Schreiben der AR-Vorsitzenden an den Hauptausschuss vom 03.07.20 hieß.

Diese Unklarheiten wurden erst nach mehreren Gesprächen mit der AR-Vorsitzenden, einer durch die



Kommission veranlassten rechtlichen Stellungnahme vom 20.07.20 (siehe Anlage 5.2) und schließlich mit der Beschlussfassung des AR (Beschlusses AR 08/20/3.A-ARS) am 27.7.2020 gegenüber der Expertenkommission aufgehoben.

*Mangelnde Bereitschaft des AR, Unterlagen zur Verfügung zu stellen*

Erschwerend kam hinzu, dass der AR als Auftraggeber für die Expertenkommission bis September nicht bereit war, angeforderte Unterlagen der Kommission zur Verfügung zu stellen. Zudem vertraten AR-Mitglieder die Auffassung, dass sie an Gesprächen mit der Kommission aus Rechtsgründen gehindert seien.

Das führte zwischenzeitlich zur Demotivation von Mitgliedern der Expertenkommission, die Zweifel an der Ernsthaftigkeit des Auftrags hegten. Erst nach Vorlage einer juristischen Stellungnahme der Expertenkommission vom 10.09.20 (siehe Anlage 5.3) und Gesprächen der Kommissionsleitung mit dem Gesellschafter und der AR-Vorsitzenden konnte zur Kommissionsklausur am 23./24.09.2020 über die Sichtung und Freigabe von Unterlagen durch den AR berichtet werden. In Folge standen dann auch einzelne AR-Mitglieder der Kommission für Gespräche zur Verfügung.

Ausgehend von den beschriebenen Erfahrungen aus der Zusammenarbeit mit dem AR des KEvB wuchs in der Expertenkommission die Erkenntnis, dass die Auftragserteilung durch den AR zu der Frage führte, ob der Untersuchungsauftrag in seiner inhaltlichen Breite vollständig von der gesellschaftsrechtlichen Kompetenz des AR gedeckt war. Diese Zweifel wären bei einer Auftragserteilung vom Gesellschafter und einer inhaltlichen Anbindung an das Beteiligungsmanagement der LHP nicht entstanden. Der Oberbürgermeister der LHP hat allerdings in Gesprächen mit der Kommission wiederholt betont, er habe als Gesellschaftervertreter großes Interesse daran, dass der Untersuchungsauftrag in seiner inhaltlichen Breite erfüllt wird. Die Kommission hat sich daher als legitimiert angesehen, den Auftrag im Interesse des KEvB und der LHP uneingeschränkt zu erfüllen.

Die Expertenkommission und ihre Leitung waren stets darum bemüht, ein vertrauensvolles Arbeitsklima zur Erfüllung des vom KEvB-AR übertragenen Auftrages herzustellen. Offensichtlich konnte das gegenüber dem AR erst im Zusammenhang mit den geführten Einzelgesprächen erreicht werden.

Die Zusammenarbeit mit dem Oberbürgermeister und Gesellschafter des KEvB, der Beigeordneten der LHP und KEvB AR-Vorsitzenden, dem Vorsitzenden der Stadtverordnetenversammlung Potsdam, dem GA Potsdam und der Geschäftsführung des KEvB war zuverlässig und vertrauensvoll.

## 2 Das Klinikum Ernst von Bergmann und seine Herausforderungen

### 2.1. Kurz-Charakterisierung des Klinikums Ernst von Bergmann

Das KEvB ist ein Krankenhaus der sog. Schwerpunktversorgung und ist als solches seit 1991 in den Krankenhausplan des Landes Brandenburg aufgenommen.

Der folgende Abriss des Auftrags und Leistungsspektrums des Klinikums dient einer besseren Kontextualisierung der Untersuchung. Es sei angemerkt, dass die hier skizzierten Eckpunkte der unternehmenseigenen Außendarstellung entnommen sind. In der Untersuchung ist aufgefallen, dass die vorliegende Charakterisierung des Klinikums nicht in allen Punkten mit den zur Verfügung gestellten Unterlagen deckt (z. B. Anzahl der Institute etc.).

#### *Versorgungsauftrag*

Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes geht das Recht und die Pflicht einher, Patient\*innen nicht nur aus dem Einzugsbereich der LHP stationär und teilstationär aufzunehmen und zu versorgen, sondern aus dem „Versorgungsgebiet 3 Havelland-Fläming“, das sich über die Landkreise Potsdam Mittelmark, Havelland und Teltow-Fläming erstreckt.

Das KEvB verfügt über ein breites Spektrum medizinischer Disziplinen. Der krankenhauplanerische Versorgungsauftrag wird vom KEvB durch Bildung von 8 Zentren, 25 Kliniken und 7 Departments organisatorisch und strukturell umgesetzt (siehe ausführlich dazu die Webseite des KEvB).

Der derzeit noch aktuelle Krankenhausplan des Landes Brandenburg (Fortschreibung des Dritten Krankenhausplanes des Landes Brandenburg vom 18. Juni 2013 (ABl./13, [Nr. 34], S.2111), geändert durch Beschluss der Landesregierung vom 16. Februar 2016 (ABl./16, [Nr. 7], S.183) legt für das KEvB unter Berücksichtigung der Versorgungsangebote von Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung sowie von Fachkliniken in diesem Einzugsbereich eine Gesamtbettenzahl von 1.052, sowie 81 tagesklinische Plätze fest. Aufgestellt waren im Jahresdurchschnitt 2019 am Standort Potsdam 1.126 Betten, im Gesamtkonzern 1.450 Betten; überdies wurden insgesamt 137 teilstationäre Plätze vorgehalten.

#### *Stationäre und ambulante Versorgung*

Neben dem stationären Versorgungsauftrag nimmt das KEvB in erheblichem Umfang an der ambulanten Versorgung teil. Im KEvB werden pro Jahr ca. 41.000 Fälle stationär, 3.300 Fälle teilstationär und über 83.000 Fälle ambulant behandelt. Mit annähernd 2.000 Geburten pro Jahr verfügt das KEvB über die größte Geburtsklinik im Land Brandenburg. In der Notaufnahme werden jährlich ca. 39.000 Fälle versorgt. Damit ist das Klinikum für die gesundheitliche Versorgung nicht nur in der LHP, sondern im Land Brandenburg unverzichtbar.

#### *Kennzahlen und Mitarbeitende*

Das Klinikum erwirtschaftet einen Umsatz von ca. 319 Mio. Euro pro Jahr. Die investiven Fördermittel des Landes belaufen sich auf ca. 6,55 Mio. Euro pro Jahr (Stand 2019), ein Betrag, der allerdings nicht ausreicht, den vom Klinikum ermittelten Investitionsbedarf für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern, für Sanierungsmaßnahmen und für Um- und Erweiterungsbaumaßnahmen zu decken.

Die Klinikgruppe EvB beschäftigt ca. 3.500 Mitarbeitende und beteiligt sich als Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité an der Aus- und Weiterbildung des medizinischen Nachwuchses. 400 Schülerinnen und Schüler werden an der Gesundheitsakademie Potsdam gGmbH, an der die Klinikum



Ernst von Bergmann gGmbH 28% der Gesellschaftsanteile hält, ausgebildet.

#### *Beteiligungsstruktur*

Das KEvB in Potsdam ist Teil der Klinikgruppe Ernst von Bergmann (EvB), der neben dem Krankenhaus in der Landeshauptstadt zahlreiche stationäre und sonstige Einrichtungen als Tochtergesellschaften der Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH angehören. Das Labor Potsdam ist über die 100%ige Klinikum EvB gGmbH-Tochtergesellschaft Diagnostik Ernst von Bergmann GmbH ebenfalls Teil der Klinikgruppe. Auch in der ambulanten Versorgung unterhält die Klinikgruppe EvB zahlreiche Einrichtungen (für einen Überblick über die Beteiligungsstruktur siehe [www.klinikumevb.de](http://www.klinikumevb.de)).

#### *Gesellschaftsstruktur*

Organe der KEvB gGmbH sind die Gesellschafterversammlung, der AR und die Geschäftsführung (§ 5 des Gesellschaftsvertrages der KEvB gGmbH).

#### *Die Gesellschafterversammlung*

Alleiniger Gesellschafter der KEvB gGmbH ist die LHP. Nach § 6 Abs. 4 wird sie in der Gesellschafterversammlung durch den\*die Oberbürgermeister\*in vertreten. Der Gesellschaftsvertrag legt die Aufgaben der Gesellschafterversammlung fest (siehe dazu Anlage 6.5.1)

#### *Der Aufsichtsrat*

Der AR besteht nach § 8 des Gesellschaftsvertrages aus zwölf Mitgliedern. Ihm gehören an:

- a. der/die Oberbürgermeister/in der Landeshauptstadt Potsdam bzw. ein von ihm/ihr betraute/r Beschäftigte/r der Landeshauptstadt Potsdam als Vorsitzender / Vorsitzende des AR,
- b. sechs Aufsichtsratsmitglieder, die von der Stadtverordnetenversammlung der Landeshauptstadt Potsdam entsprechend den kommunalrechtlichen Regelungen entsandt werden,
- c. ein weiteres Aufsichtsratsmitglied, das auf Vorschlag des Landkreises Potsdam-Mittelmark als externe\*r Experte\*in auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung durch die Gesellschafterversammlung bestellt wird,
- d. vier Aufsichtsratsmitglieder, die im Rahmen einer freiwilligen Mitbestimmung aus der Mitte der Beschäftigten der Gesellschaft unter Beachtung der von der Gesellschafterin beschlossenen Wahlordnung gewählt werden.

Der/ die stellvertretende Vorsitzende des AR wird vom AR aus seiner Mitte gewählt.

Der 12-köpfige AR setzt sich derzeit zusammen aus:

- Zwei Vertreter\*innen der Kommunalverwaltungen von LHP und Landkreis Potsdam-Mittelmark,
- sechs von den in der Stadtverordnetenversammlung der LHP vertretenen Fraktionen (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, Die Linke, CDU, Die Andere, AfD) Benannte und
- vier Arbeitnehmervertreter\*innen aus dem ärztlichen, pflegerischen und technischen Bereich des KEvB.
- Den Vorsitz des AR führt die Beigeordnete für Ordnung, Sicherheit, Soziales und Gesundheit der LHP.

Unternehmensintern obliegen dem AR der KEvB gGmbH Überwachungsrechte und -pflichten. Die Aufgaben des AR gemäß Gesellschaftervertrag sind in Anlage 6.5.2 beschrieben

### *Regelungen zur Geschäftsführung*

Die Geschäftsführung führt das operative Geschäft, soweit satzungsmäßig geregelt, im Einzelfall mit Zustimmung des AR.

Gemäß § 11 des Gesellschaftsvertrages können mehrere Geschäftsführer\*innen bestellt werden. Die amtierende Geschäftsführung des KEvB besteht zum Zeitpunkt der Berichtserstellung aus dem Vorsitzenden der Geschäftsführung und einer weiteren geschäftsführenden Person.

### *Zentrale Herausforderung: Zwischen Versorgungsauftrag und Wirtschaftlichkeit*

Krankenhäuser stehen vor einer besonderen Herausforderung. Einerseits müssen sie zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrags ein bestimmtes Leistungsspektrum abdecken und ihre Leistungen qualitativ bei Wahrung der Patientensicherheit erbringen. Andererseits sollen Krankenhäuser wirtschaftlich arbeiten, obwohl sie weder frei über ihr Leistungsangebot noch über Preise entscheiden können. Der Zugang zum „Gesundheitsmarkt“ ist zudem staatlich reguliert.

Krankenhäuser müssen in diesem Rahmen Kosten und Erlöse in Deckung bringen, um „schwarze Zahlen“ zu schreiben. Ein regelmäßiger Defizitenausgleich ist krankenhausrrechtlich grundsätzlich nicht vorgesehen. Denkbar ist bei kommunalen Krankenhäusern eine Unterstützung aus dem kommunalen Haushalt, wenngleich dies EU-beihilferechtliche Fragen tangiert.

Für ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung wie das KEvB haben diese Herausforderungen besonderes Gewicht: Einerseits muss es in allen medizinischen Disziplinen seine Leistungen rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr bereithalten. Andererseits muss es (auch monetär) attraktive Arbeitsbedingungen bieten, um Fachkräfte zu gewinnen und zu halten und im Wettbewerb mit anderen stationären Gesundheitseinrichtungen, z. B. in der Metropole Berlin zu bestehen.

Die Unternehmensführung (Gesellschafter, AR, Geschäftsführung) steht also vor den widerstreitenden Herausforderungen, eine strategische Aufstellung zu finden, um den Ansprüchen an Leistungsspektrum und -qualität als auch an die Wirtschaftlichkeit gerecht zu werden.

### *Versorgungsauftrag: Eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen*

Krankenhäuser haben im Rahmen ihres Versorgungsauftrags eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Um den Grad der Qualität in der Versorgung wird seit vielen Jahren in der Politik mit verschiedenen Ansätzen gerungen. Ein vielfältiges Normengeflecht regelt die aktuellen Qualitätsanforderungen: § 630a Abs. 2 BGB bestimmt allgemein, dass jede Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen hat. Für alle Patient\*innen werden diese Qualitätsanforderungen durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundes Ausschusses (GBA) auf der Grundlage des SGB V vielfältig konkretisiert. Entgelttatbestände (DRG, OPS) sichern die Strukturen und beschreiben Leistungselemente, welche der Qualitätssicherung dienen. Die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern schreiben die professionellen Anforderungen gebietsbezogen fort.

Hervorzuheben ist hier die Qualitätsmanagement-Richtlinie des GBA (QM-RL<sup>2</sup>), die in der Präambel beschreibt, dass ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM) der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung sowie der Organisationsentwicklung dient. Mit dem primären Ziel einer größtmöglichen Patientensicherheit sollen neben einer bewussten Patientenorientierung auch die Perspektiven der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure berücksichtigt werden. Es ist Aufgabe eines Krankenhauses all dies zu organisieren.

Krankenhäuser sind Hochrisiko-Organisationen, ähnlich wie Betriebe der Luftfahrt oder der

---

<sup>2</sup> Zuletzt geändert am 17. September 2020 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 08.12.2020 B2) in Kraft getreten am 9. Dezember 2020.



Kernenergie. Die Behandlung von Krankheiten insbesondere im stationären Setting ist komplex. Sie erfordert das Zusammenspiel von unterschiedlichem Expertenwissen. Neben dem Einhalten von Normen, Regeln und Standards müssen sich diese Organisationen auf unerwartete Ereignisse und Situationen vorbereiten, in denen sie informierte Entscheidungen treffen müssen. Krankenhäuser haben sicherzustellen, dass diese Komplexität keinen negativen Einfluss auf die Patientensicherheit hat und Schäden bei Patienten durch einen professionellen Umgang mit Risiken vermieden werden.

Die finanziellen Auswirkungen des Sicherheitsversagens sind erheblich. Etwa 15 Prozent der gesamten Krankenhausaktivitäten und -ausgaben sind eine direkte Folge unerwünschter Ereignisse, z. B. Folgeschäden wie venöse Thromboembolien, Druckgeschwüre und Infektionen (OECD Studie 2017). Auch zeigt die Forschung, dass falsche oder verspätete Diagnosen ein erhebliches Problem darstellen. Um Patientensicherheit zu erreichen, müssen Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten klar geregelt sein. Dabei müssen wesentliche Verantwortlichkeiten besonders für alle sicherheitsrelevanten Prozesse berücksichtigt werden. Da es indirekte Risiken (z. B. Personal- und Medizinproduktmanagement) und direkte Risiken (z. B. Seitenverwechslung, nosokomiale Infektionen) für die Patientensicherheit gibt, ist Risikomanagement in einem Krankenhaus viel mehr als ein rein kaufmännisches Risikomanagement. Es ist als Metafunktion über weitere Systeme wie Hygiene, Arbeitsschutz, IT-Sicherheit u. v. a. m. zu sehen, da es neben der Schadenbearbeitung auch die prospektive Analyse möglicher zukünftiger Probleme ermöglicht.

Um ihrem Versorgungsauftrag gerecht zu werden, brauchen sicherheitsorientierte Organisationen wie Krankenhäuser eine ausgeprägte Sicherheitskultur. Risiken, die mit unvermeidbarer Komplexität einhergehen, müssen professionell bearbeitet werden. Forschungserkenntnisse zeigen, dass fünf Prinzipien des Organisierens hier besonders erfolgskritisch sind:

- 1) intensives Beschäftigen mit Abweichungen und Lernen aus kritischen Ereignissen,
- 2) Nutzen vielfältiger, interdisziplinärer Perspektiven,
- 3) ein hohes Interesse am operativen Geschehen im Hier und Jetzt
- 4) Aufbauen und Üben generischer Problemlösungskompetenzen für den Umgang mit Krisensituationen
- 5) hohe Wertschätzung von situativer Expertise.

Die Verantwortung für ein übergreifendes integriertes Risikomanagementsystem und die Entwicklung einer proaktiven Sicherheitskultur, um Patient\*innen vor vermeidbaren Schäden zu schützen, liegt in erster Linie bei der Geschäftsführung.

### 3 Erkenntnisse zu den Untersuchungsclustern

#### *Vorbemerkung zu den hier formulierten Erkenntnissen*

Das KEvB gehört zu den Krankenhäusern der höchsten Versorgungsstufe und mit dem höchsten Spezialisierungsgrad in Brandenburg. Viele seiner Kliniken und Zentren wurden wegen ihrer fachlichen Expertise und ihres fachlichen Standards von medizinischen Fachgesellschaften zertifiziert. Der fachliche Ruf des Klinikums reicht zum Teil weit über die Versorgungsregion hinaus.

Wenn im Folgenden organisatorische und strukturelle Mängel sowie personale Fehleinschätzungen dargestellt werden, so sind diese vor allem "systemischer Natur". Unsere Feststellungen sollen nicht ausblenden, dass in der Klinikgruppe Ernst von Bergmann Jahr für Jahr ca. 127.000 stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungsfälle hoch engagiert, fachlich professionell und zur Zufriedenheit der Patient\*innen versorgt, betreut und begleitet werden, dass vielfach Leben gerettet und Leid gelindert wird und fast zweitausend Kinder zur Welt kommen.

In den von der Expertenkommission geführten Gesprächen mit Beschäftigten des Klinikums sind die hohe persönliche Motivation und der Stolz auf das eigene Unternehmen deutlich geworden. Die Kommission zollt den Beschäftigten und ihren Leistungen höchsten Respekt.

#### 3.1. Organisationale Bedingungen und Unternehmenskultur

Im Rahmen der Untersuchung wurden die organisationalen Rahmenbedingungen betrachtet: Welchen direkten oder indirekten Einfluss haben sie auf das Ausbruchsgeschehen?

Dabei wurden sowohl die formalen Strukturen als auch informelle, kulturelle Muster berücksichtigt, die sich im Zusammenspiel mit dem Formalsystem eingeschpielt haben.

Im folgenden Abschnitt werden folgende Erkenntnisse detaillierter ausgeführt:

- Der strategische, wirtschaftlich ausgerichtete Expansionskurs hat einen hohen Einfluss auf das Selbstverständnis des Klinikums und führt demgegenüber zu einem niedrigen Stellenwert sowie einer geringen Aufmerksamkeit und Investitionsbereitschaft für Fragen einer sicheren Patientenversorgung und -qualität (siehe Abschnitt 3.1.1).
- Die formalen Management- und Organisationsstrukturen ermöglichen die Dominanz der kaufmännischen Perspektive, fördern eine Kultur von informellen Absprachen und eine Atmosphäre, in der die eigene Meinung nur mit großer Zurückhaltung geäußert wird (siehe Abschnitt 3.1.2).
- Der Stellenwert der Fachfunktionen für die Pflege, den Arbeits- und Gesundheitsschutz, Hygiene und klinisches Risikomanagement ist gering, was zu einer schwach ausgeprägten Sicherheitskultur führt (siehe Abschnitte 3.1, 3.1.4, 3.1.5, 3.1.6).

#### 3.1.1 Effekte der strategischen Ausrichtung (wirtschaftliche Sanierung und Expansionskurs)

**Während die wirtschaftliche Sanierung und der Konzernausbau in den letzten Jahren im Fokus stehen, spielen die Qualität der Patientenversorgung und die Patientensicherheit eine untergeordnete Rolle.**

Im Jahre 2005 hat die Beratungsgesellschaft McKinsey & Company, Inc (McKinsey) der SVV der LHP die Ergebnisse einer Wirtschaftlichkeitsuntersuchung mit Handlungsoptionen vorgelegt. Das KEvB wird in



dem Bericht als Sanierungsfall bezeichnet, der ohne Gegensteuerung im Jahre 2010 eine Deckungslücke von 34 Mio. Euro zu erwarten habe. Die Schwerpunkte der Sanierung wurden im klinischen Bereich gesehen. Der Bericht sieht vor allem Optimierungspotential in den medizinischen Prozessen und Funktionen. Als einzuleitende Maßnahmen wurde u.a. die Prüfung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit aller Bereiche, die Ausgliederung unprofitabler Bereiche und die Gründung einer Servicegesellschaft empfohlen. Die SVV hat am 22.12.2005 beschlossen, einen entsprechenden Transformationsprozess einzuleiten (SVV-Beschluss DS-Nr. 05/SVV/0388).

*Der Auftrag an die Geschäftsführung ist durch wirtschaftliche Interessen dominiert.*

Im Beschluss der SVV werden konkrete Umsatzrenditen gefordert (8%). Einsparungen im Personal- und Sachkostenbereich in Millionenschritten sollen bei gleichzeitiger Leistungserweiterung erreicht werden.

Zudem fordert die Stadt Gewinnabführungen für soziale und gesundheitliche Aufgaben der Stadt. Der Gesellschafter erwartet von der Geschäftsführung, Umsätze zu generieren, Gewinne zu erzielen und diese wenn möglich an den Gesellschafter abzuführen.

Die Geschäftsführung wird also vorrangig an der wirtschaftlichen Performance gemessen. Ein Blick auf die Unterlagen und die Auswertung der Gespräche zeigen, dass die Qualität einer sicheren Patientenversorgung zunehmend aus dem Blick geraten ist (vgl. dazu auch 3.1.2 bis 3.1.7).

*Eine langfristige strategische Zielplanung ist nicht erkennbar. In der Konzernstrategie ist eine sichere Patientenversorgung als Leitmotiv nicht verankert.*

Der Konzernausbau erfolgte, soweit erkennbar, ohne vorherigen Businessplan oder einer langfristigen Ziel- und Strategieplanung. Offenbar wurde der Expansionskurs als einzig mögliche Option zur Rentabilitätssteigerung gesehen.

Auffällig ist, das mit der Wachstumsstrategie verbundene Risiken für die Versorgungsqualität in der Auseinandersetzung kaum eine Rolle spielen (z. B. die Risiken von Informationsverlusten durch neu geschaffene Schnittstellen zu der ausgegliederten Servicegesellschaft).

Die Qualität der Kernprozesse für die Patientenversorgung liegt eher im blinden Fleck. Ein diesbezügliches Zielbild für den Daseinszweck des kommunalen Hauses und damit verbundene Werte werden vom Gesellschafter weder vorgegeben noch gemeinschaftlich mit der Geschäftsführung entwickelt.

*Bauliche Situation und Planung war nicht Teil des Sanierungsplans*

Im McKinsey Gutachten finden sich keine Aussagen zu den baulichen Gegebenheiten und deren Auswirkung auf die wirtschaftliche Situation. Die Unterlagen legen nahe, dass weder die Geschäftsführung noch die externen Organe diesen sehr entscheidenden Aspekt ausführlich behandelt haben. Stationsgrößen, Arbeitsräume, Anordnungen der Klinikbereiche, Wegführungen spielen jedoch eine entscheidende Rolle beim Ressourcenverbrauch (Personal- und Sachkosten) und hätten in der Planung berücksichtigt werden müssen. Darüber hinaus spielen die baulichen Bedingungen eine entscheidende Rolle für die Qualität der Patientenversorgung und -sicherheit.

*Die Organisation der Zentren entspricht nicht den medizinischen Behandlungspfaden hat keinen Mehrwert für die Patientenversorgung. Sie erschwert die Weiterbildung von Ärzt\*innen und die Führung einer Vielzahl von kleinen, selbständigen Teilbereichen.*

Die gebildeten Zentren sind eher nach einer verwaltungsorientierten Logik strukturiert. Sie entsprechen nicht den zertifizierten Organzentren und ordnen sich auch nur teilweise nach



fachspezifischen Erfordernissen.

So ist zum Beispiel die Urologie eigentlich ein eigenständiges Fachgebiet. Im KEvB wird die Urologie im Zentrum Chirurgie 3 mit anderen Teilgebieten wie z. B. plastische, ästhetische Chirurgie Mikrochirurgie/Handchirurgie zusammengefasst und jeweils einem Chefarzt geführt.

Ein anderes Beispiel: Normalerweise ist das Fachgebiet Intensivmedizin der Anästhesiologie zugeordnet. Ca. 70% der Intensivmediziner\*innen sind Anästhesiolog\*innen. Im KEvB ist das Fachgebiet Anästhesiologie dem Geschäftsbereich Medizinische Dienstleistungen zugeordnet. Die Intensivmedizin wiederum bildet mit der Notfallversorgung ein Zentrum. Dies erschwert auch die Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt in der Anästhesiologie, da die Nähe zur Intensivmedizin fehlt.

Die Zusammensetzung der Zentren entspricht nicht den Erfordernissen der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer oder der Fachabteilungsstruktur der Krankenhausplanung (z. B. wird das Fachgebiet Chirurgie in drei Zentren unterschiedlichster Teilbereiche und Fachgebiete abgebildet). Die Rotation der angehenden Fachärzt\*innen (Ausbildungsassistent\*innen) in den von der Weiterbildungsordnung der Ärztekammern geforderten Teilgebieten wird durch die vielen Strukturen erheblich erschwert.

Ein Mehrwert dieser Strukturen für die Versorgungsqualität und Sicherheit ist nicht erkennbar. Sie werden den Erfordernissen der Patientenversorgung von der Aufnahme bis zur Entlassung entlang medizinischer Behandlungspfade nicht gerecht.

Die kleinteilige Aufgliederung in einzelne Teilgebiete medizinischer Fachabteilungen führen zu kleinteiligen selbstständigen Einheiten, die eine einheitliche Führung mit einheitlichen Standards und Vorgaben erheblich erschweren.

*Die Anzahl der Ärzt\*innen in führenden Positionen ist hoch. Die Organisation der Zentren und Fachabteilungen schafft attraktive Führungspositionen und fördert damit die angestrebte, wirtschaftlich motivierte Leistungsausweitung.*

Ein Blick auf den Personalschlüssel zeigt eine hohe Anzahl von Führungskräften im ärztlichen Bereich. Diese führen verschiedenste Bezeichnungen. Neben Chefärzt\*innen gibt es Zentrumsleitungen, Department-Leitungen und Geschäftsbereichsleitungen. Die Bezeichnung Chefarzt bzw. Chefarztin findet sich dabei am häufigsten.

Es entsteht der Eindruck, dass die gewählte Strukturierung in Fachzentren um persönliche Interessen von Ärzt\*innen gebaut ist. Es entstehen zahlreiche Führungspositionen, die das KEvB für Ärzt\*innen zu einem attraktiven Arbeitgeber machen, ganz im Sinne der Wachstumsstrategie.

*Neue Wachstumfelder gelten generell als Garant für Erträge und der „Return-on-Investment“ wird nicht kontrolliert. In diesem Zuge geraten Prozesse der Patientenqualität aus dem Fokus.*

Obwohl die Wirtschaftlichkeit im Vordergrund steht, werden jedoch nur selten Kosten-Nutzen-Rechnungen vor Aufnahme neuer Geschäftsfelder erstellt, um Entscheidungen für Maßnahmen zu legitimieren. Aber nicht jede hoch vergütete Leistung gilt zwangsläufig als Garant für Zugewinne, wenn die gegebene Infrastruktur und der notwendige Aufwand dafür nicht eingehend geprüft werden.

Dies widerspricht den Vorschlägen des McKinsey-Berichts, wie die Sanierung und zukünftige Entwicklung des Klinikums überwacht werden sollte. Die Kostenbasis der erbrachten Leistungen im Klinikum sollte erfasst werden (z. B. Berechnungen im Vergleich zu den InEK-Kalkulationen<sup>3</sup> und den sogenannten Normkosten). Es sollen klare Ziele gesetzt und diese fortlaufend im Rahmen des Controllings analysiert und die Entscheidungsgremien über fortlaufende Berichte informiert werden.

Der Fokus der Führungstätigkeit liegt auf ständigem Wachstum und Umsatzgenerierung und

---

<sup>3</sup> InEK = Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH.

vernachlässigt so die Kontrolle und Implementierung von Routinen zur Prozessoptimierung im Sinne einer besseren Patientenversorgung, bei Wahrung von Qualitätskriterien, die sowohl die Qualifizierung des Personals als auch die räumlichen Möglichkeiten umfassen.

Die sinkenden Erträge verhindern auch notwendige Investitionen in die Infrastruktur und die erforderliche Ausstattung. Der Erfolg des Klinikums wird ausschließlich über Umsatzgewinne definiert und die damit verbundene Verdichtung der Arbeitsbelastung des Personals führt unter anderem auch zur Vernachlässigung der Patientensicherheit, besonders wesentlich hier der Hygienebestimmungen.

*Im Gegensatz zur öffentlichkeitswirksamen Erfolgsgeschichte ist die wirtschaftliche Situation des KEvB nicht zufriedenstellend.*

Das Klinikum steht gemäß Jahresprüfbericht 2019 im Übergang von einer Ertragskrise zu einer Liquiditätskrise. Liquiditätskennziffern und Reichweite der Forderungen offenbaren die ungünstigen Verhältnisse. Betriebs- und Investitionskosten werden über die Inanspruchnahme von Betriebsmittelkrediten finanziert (deren Zinsen sich nicht in den Entgelten widerspiegeln). Der Konzern ist laut den Wirtschaftsprüfern nicht mehr investitionsfähig.

Die Verbesserung der Betriebsergebnisse des KEvB in den Jahren seit dem SVV-Beschluss im Jahr 2005 sind nicht auf einen nachhaltigen Sanierungskurs, sondern auf die Ausweitung von gewichtigen Leistungen zurückzuführen. Mehrleistungen führen jedoch nicht zu einem besseren Betriebsergebnis (siehe oben). Da die neuen gesetzlichen Bestimmungen (Fixkostenregressionsabschlag) darauf gerichtet sind, Leistungsausweitungen der Krankenhäuser zu vermeiden, führt die Expansionsstrategie letztendlich zu negativen Entwicklungen. Der Aufwand steigt, und das Ergebnis wächst dagegen nicht. Trotz dieser ernüchternden Datenlage vermarktet das Klinikum den Expansionskurs des Klinikums als Erfolgsgeschichte.

#### Empfehlungen

- Empfehlungen zur strategischen Weiterentwicklung und Ausrichtung der Organisationsstrukturen sind in Kapitel 4.2 an den Gesellschafter und Aufsichtsrat beschrieben.

### 3.1.2 Besonderheiten der Führungsstrukturen

*Die Managementstrukturen sind auf die Geschäftsführung zugeschnitten und Verantwortlichkeiten sind nicht klar definiert. Dies fördert informelle Entscheidungswege, was die Dominanz der Geschäftsführung zusätzlich untermauert.*

Die Informations- und Entscheidungsstränge liefen bisher weitgehend beim Vorsitzenden der Geschäftsführung zusammen.

*Unklare Rolle und Aufgaben der Medizinischen Geschäftsführung.*

Die Rolle und Aufgaben der Medizinischen Geschäftsführung sind nicht eindeutig definiert. Die Aufgabenverteilung der beiden Geschäftsführer, die über Geschäftsverteilungspläne und Geschäftsordnung geregelt ist, spiegelt sich im bis April 2020 gültigen Organigramm nicht wider. Es lässt nicht erkennen, wer in der Geschäftsführung für welche Bereiche zuständig war bzw. verantwortlich gezeichnet hat. Alle Abteilungen, Stabsstellen, Direktorien etc. scheinen beiden Geschäftsführenden gleichermaßen mit gleicher Verantwortung zugeordnet. Dies widerspricht allerdings der Analyse der tatsächlichen Entscheidungsstränge. Ob es hier spezifische Regelungen in den jeweiligen Arbeitsverträgen gibt, ist der Kommission nicht bekannt.



*Leerstellen und Doppelstrukturen machen Entscheidungswege intransparent.*

Das Organigramm weist zudem viele Doppelstrukturen auf und es ist nicht ersichtlich, wer für wen welche Entscheidungen trifft. Verantwortlichkeiten sind für die einzelnen Hierarchieebenen unklar beschrieben. Unter der Geschäftsführungsebene mit Geschäftsführung und Medizinischer Geschäftsführung existiert ein Krankenhausdirektorium, mit den Direktorat für den Pflegedienst, den Ärztlichen Dienst und den Kaufmännischen Bereich. Es ist nicht klar erkennbar, wie die Verantwortlichkeiten und Aufgaben zwischen den beiden Führungsebenen verteilt sind und wer für welche Aufgaben verantwortlich ist. Dies bestätigen auch die Beschäftigten in den Gesprächen.

Insgesamt ist festzuhalten, dass das zum Zeitpunkt des Ausbruchsgeschehens gültige Organigramm für Beschäftigte nachgeordneter Bereiche kaum strukturelle Klarheit bezüglich der Zuständigkeiten, des Verantwortungslevels und der Entscheidungsbefugnisse innerhalb des Unternehmens liefert. Eindeutige Zuständigkeiten scheinen sich, wenn überhaupt, erst ab der mittleren Führungsebene heraus zu bilden.

*Aufgabenhäufung in der Führungsspitze*

Zudem fällt eine Aufgabenhäufung in der Führungsspitze auf. Wichtige Entscheidungsfunktionen werden durch die Geschäftsführung dominiert. Die Geschäftsführung ist direkt mit der Verantwortung einzelner untergeordneter Verantwortungsbereiche betraut. Auch wechseln Führungspositionen und deren Aufgaben häufig.

So ist der kaufmännische Direktor zum Beispiel auch Leiter der Finanzabteilung. Die Leitung der Personalabteilung wechselt in kürzerer Zeit mehrfach und wird für einen längeren Zeitraum durch die Geschäftsführung selbst geführt.

Auch eine klare Trennung zwischen Funktionsträgern in den Tochtergesellschaften und der Muttergesellschaft sind nicht überall erkennbar. So sind z. B. auch Funktionen in der Servicegesellschaft, wie z. B. die bauliche Planung, von der Geschäftsführung übernommen worden.

Darüber hinaus sind dem Büro der Geschäftsführung vielfältige Aufgaben zugeordnet, die weit über die Organisation der Geschäftsführung hinausgehen. Es kommt zu Überschneidungen in Kompetenzen, Zuständigkeitsbereichen, der Berichterstattung und dem Qualitätsmanagement. So wird mitunter die Unabhängigkeit der Bereiche beeinflusst, die Abhängigkeit von einzelnen Personen gefördert und Fachexpertise und andere Meinungen haben es schwer, zum Zuge zu kommen.

*Die Funktionen der Medizinischen Geschäftsführerin sowie des Ärztlichen Direktors sind personell nicht adäquat ausgestattet und Verantwortlichkeiten nicht klar abgegrenzt. Dies erhöht die Dominanz der kaufmännischen Perspektive.*

Die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der Medizinischen Geschäftsführung einerseits und des Ärztlichen Direktors andererseits sind nicht ausdifferenziert beschrieben (siehe auch oben). Es ist nicht ersichtlich, welche dieser Positionen für welche konkreten Aufgaben zuständig ist oder wie das Verhältnis, also die Aufgabenverteilung zwischen diesen beiden Funktionen, ausgestaltet ist.

Zudem ist die medizinische Geschäftsführung als auch die ärztliche Direktion nicht als Vollzeitstelle besetzt. Es ist kritisch zu hinterfragen, wie die medizinische Geschäftsführung mit einem Stellenanteil von 0,25 VK die medizinische Verantwortung für das gesamte Klinikum adäquat wahrnehmen konnte (bei allem Engagement der in dieser Funktion handelnden Personen).

Dass diese Positionen nicht hauptberuflich als Vollzeitstellen besetzt und damit in der Funktionsausübung unterrepräsentiert sind, entspricht dem Muster der dominanten kaufmännischen und ökonomischen Steuerung des Klinikums und steht konträr zu den Analysen und Empfehlungen des McKinsey-Berichts, den medizinischen Bereich zu stärken.



### *Systematische Ausgrenzung von Widerspruch und wichtiger Fachexpertise*

Die beschriebene strategische Ausrichtung und die formellen Organisations- und Managementstrukturen prägen auch die informellen Verhaltensmuster, also die Unternehmenskultur. Die Machtkonzentration an der Spitze, die Abhängigkeit von informellen Entscheidungswegen und die schwache Mitbestimmung entmutigt eine Kultur der informierten Entscheidung (ein "Speaking up") und begünstigt einseitige Entscheidungen.

In den Gesprächen mit Mitarbeitenden wird die Geschäftsführung einerseits als visionär, zukunftsgerichtet und mitreißend beschrieben, aber auch als arrogant, dominant, keinen echten Widerstand erlaubend und zum Micromanagement neigend. Die medizinischen Leitungsfunktionen werden als schwach erlebt, wenn es um hausweite Fragen geht. Formell wird dies gefördert durch personelle Engpässe und der Besetzung von Stellen mit Persönlichkeiten, von denen wenig Opposition zu erwarten ist. Führungskräfte mit einer anderen, starken Meinung verlassen nach und nach das Haus und so kommt es langfristig zu einem Abfluss notwendiger Fachexpertise. Dieses generelle Muster zeigt sich in den im Nachgang beschriebenen geringen Stellenwert der Hygiene, des klinischen Risikomanagements, des Arbeitsschutzes und auch des Umgangs mit der Pflege.

Für die Bewältigung des anspruchsvollen Sanierungs- und Expansionskurses kann die beschriebene Machtkonzentration an der Spitze durchaus als funktional beschrieben werden. Sie ermöglichte die schnelle Durchsetzung von Entscheidungen, auch über die Köpfe anderer Entscheidungsträger\*innen hinweg. Die Gespräche mit Mitarbeitenden lassen den Eindruck entstehen, dass Veränderungen maßgeblich mit Hilfe von informellen Absprachen und Vorentscheidungen, in einem kleineren Kreis von Verbündeten, vorangebracht wurden. Dieses Vorgehen fördert den Ausschluss ungeliebter, "bremsender" Perspektiven, die auf Probleme, Risiken oder unberücksichtigte Anforderungen verweisen. Entscheidungen werden schneller möglich.

Zur langfristigen Gewährleistung von Versorgungsqualität und Patientensicherheit sowie für den Umgang mit unerwarteten Krisensituationen ist dieses als „heroisch“ zu bezeichnende Führungsmuster hochgradig unfunktional. Dies hat die wissenschaftliche Erforschung von Hochrisikoorganisationen gezeigt.

### *Informelle Entscheidungsstrukturen gewinnen an Bedeutung*

Unklarheiten und Deutungsspielräume in den formalen Entscheidungsprozessen und die starke Machtkonzentration an der Spitze der Organisation führen dazu, dass regelmäßig Absprachen und Entscheidungen auf informeller Ebene notwendig werden. Mitarbeitende berichten in den Gesprächen, dass es eine Frage der individuellen Persönlichkeit und des persönlichen Netzwerks sei, in welchem Umfang sie Gehör bei der Geschäftsführung bekommen und in welcher Qualität sie ihre Funktion ausüben können. Ohne diesen „persönlichen Draht“ laufe nichts. Formale Entscheidungskompetenzen würden aufgrund von persönlichen Konflikten oder Meinungsverschiedenheiten untergraben.

Die Geschäftsführung gewinnt damit an Macht, da sie die Gunst jederzeit willkürlich entziehen kann und dies den Gesprächen zufolge auch getan hat. Allen Beteiligten ist klar: Wer mit der Geschäftsführung gut kann und wer nicht, danach sortiert sich die Kommunikation und Information. Offizielle Strukturen sind weniger bindend als informale Wege („Seilschaften“).

Widerspruch und eine kritisch hinterfragende Grundhaltung werden in diesem Kontext unwahrscheinlich, da diese immer potenziell zu persönlichen Nachteilen führen können. Die Mitarbeitergespräche zeigen, dass es dazu in der Organisation viele „Stories“ gibt, wie Mitarbeitende für ihre unbequeme Meinung durch Aufmerksamkeitsentzug, Versetzung oder Entmachtung sanktioniert wurden. So entsteht eine Kultur der Vorsicht und Angst, seine eigene Meinung offen zu äußern. Dieses Verhalten setzt sich fort in der Krisensituation.

#### *Fördern von Silodenken*

Der dominante Führungsstil einerseits und die Entmutigung von Widerspruch und Austausch auf Augenhöhe andererseits fördern unter anderem auch das Silodenken bei den Mediziner\*innen. Chefärzt\*innen konzentrieren sich eher auf ihren eigenen Bereich bzw. ihre Klinik und versuchen durch persönliche Beziehungen so viel wie möglich für ihren Bereich „herauszuholen“. Der Blick fürs Ganze und den gemeinsamen Versorgungsauftrag geht verloren.

#### *Fokus auf die Schauseite, geringes Verständnis für die Herausforderungen der Arbeitsebene*

Es gibt viele Ideen für die Neuausrichtung und den Expansionskurs, die im Kopf der Organisation bewegt werden. Der Fokus liegt in der Wahrnehmung der Mitarbeitenden auf der Schauseite, dem Image nach außen. Wie die Ideen tatsächlich umgesetzt werden und Mitarbeitende „mitgenommen“ werden können, spielt eine untergeordnete Rolle. So erzeugt die Spitze einen gefühlten permanenten Wandel bei gleichzeitig zunehmender Resignation in der Belegschaft. Geschäftsführung und Arbeitsebene entfernen sich immer mehr voneinander. Mitarbeitende fühlen sich abgehängt.

**Die Personalvertretung ist kein starker Partner auf Augenhöhe und kann der Geschäftsführung wenig entgegensetzen.**

Die gesetzlich vorgeschriebenen Pflichtbeteiligungen des Betriebsrats werden eingehalten, allerdings hat die Mitbestimmung im Alltag und bei strategischen Entscheidungen wenig Gewicht.

#### *Späte Einbindung des Betriebsrats*

Der Betriebsrat ist wenig in die Unternehmensführung eingebunden. Er wird unzureichend informiert, ist wenig an Entscheidungen beteiligt. So ist der Betriebsrat zum Beispiel in Alarmübungen, in die Katastrophenplanerstellung oder auch in den Krisenstab zum Ausbruch nicht eingebunden gewesen. Erst Ende Februar wird der Betriebsrat über COVID-19 und erforderliche Umzüge und Baumaßnahmen informiert. Eine vorherige Beteiligung fand nicht statt, mögliche Hinweise, Kritik und Fragen wurden nicht berücksichtigt. Auch ist z. B. kein systematischer Fort- und Weiterbildungsplan im Klinikum aufgestellt, der mit dem Betriebsrat abgestimmt ist. Weiterbildungen für die Beschäftigten und den Betriebsrat, u. a. zur Arbeitssicherheit oder zur Hygiene, mussten durch den Betriebsrat eingeklagt werden.

#### *Mitarbeitende sehen im Betriebsrat keine wirksame Eskalationsmöglichkeit*

Der Betriebsrat wird von den Mitarbeitenden als nicht ernstzunehmende Eskalationsstelle gesehen, da er wenig wirksamen Einfluss im Unternehmen hat. Hinweise von Mitarbeitenden zur Hygiene und mangelnder Reinigung wurden nicht angenommen. Das Betriebsratsgremium wird als elitär und exklusiv wahrgenommen und scheint gut eingeordnet in dem System von „Mitmachen und Resignation“ zu funktionieren.



## **Empfehlungen:**

### ***Erweiterung der Geschäftsführung und Neuorganisation von Strukturen***

- Empfehlungen zur Erweiterung der Geschäftsführung und zur Neuorganisation der Strukturen im KEvB sind ausführlich in Kapitel 4.2 beschrieben.

### ***Strukturelle Maßnahmen für verbindliche Interprofessionalität***

- Die Geschäftsführung muss auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Führungskräften achten, und zwar bezogen auf die Vertragsgestaltung, Weisungs- und Entscheidungsbefugnisse. Sie muss Verletzungen der Gleichberechtigung "aufspüren" und bei Bedarf mit Hilfe von Konsequenzen forcieren. Nur so wird allen Beteiligten deutlich, dass die Interprofessionalität als Wert ernst genommen wird.

### ***Stärken der Mitbestimmung***

- Die betriebliche Mitbestimmung ist zu stärken, so dass sie auf Augenhöhe mit der Geschäftsführung agieren und kommunizieren kann. Dafür benötigt das Betriebsratsgremium umfangreiche Schulungen in allen Belangen seiner Informations-, Beteiligungs- und Mitbestimmungsrechte, so dass sie angemessenen Einfluss auf Strukturen und Prozesse ausüben kann.
- Mitarbeitenden muss vermittelt werden können, welche Rechte und Pflichten sie haben, insbesondere in Krisensituationen. Sinnvoll erscheint in diesem Zusammenhang die Zuteilung eines ausreichenden Budgets für Fortbildungen und die Gremienarbeit. Der bzw. die BR-Vorsitzende soll, wenn möglich, auch als Arbeitnehmervertreter/in im Aufsichtsrat vertreten sein.

### ***Erhöhen der Transparenz von Stellenbeschreibungen***

- Stellenbeschreibungen sind mit klaren Aufgabenprofilen anzufertigen. Sie müssen die zu verantwortenden Prozesse, die Kompetenzen, Zahl und Qualifikation der unterstellten Mitarbeitenden, die finanziellen Ressourcen und die räumlichen Voraussetzungen beschreiben. Die Auswahl der Führungskräfte soll nach objektiven Kriterien und den Organisationserfordernissen des Klinikums erfolgen.

### ***Eigenverantwortung der Führungskräfte stärken***

- Weiterhin benötigt eine Führungskraft finanzielle Mittel in Form von frei verfügbaren Budgets, die zum Beispiel für Fortbildung oder Hygieneoptimierung etc. eingesetzt werden können. Die Eigenverantwortung der Führungskräfte wird so durch erteilte Berechtigungen gestärkt und damit von der Geschäftsführung unabhängiger zu werden.
- Für die Kontrolle der Tätigkeiten durch die Geschäftsführung wird ein kontinuierliches Controlling anhand ausgewählter Kennziffern, einschließlich der Kennzahlen zum Thema Patientensicherheit, benötigt.

### ***Musterwechsel in der Führungskultur initiieren***

- Gemeinsame selbstkritische Analyse der tradierten Entscheidungsstrukturen und ihrer Effekte und Nebeneffekte
- Reflexion und Weiterentwicklung des gemeinsamen Führungsverständnisses
- Üben von Vorgehensweisen zur Integration vielfältiger Perspektiven und Meinungen (auf allen Ebenen)

### 3.1.3 Rolle und organisationale Einbindung der Pflege (inkl. Servicepersonal)

**Die Pflege ist personell unzureichend ausgestattet. Es ist strukturell nicht verbindlich festgelegt, sie in alle wichtigen Entscheidungen auf Augenhöhe einzubeziehen. Es hängt von der persönlichen Einstellung der Ärzt\*innen ab, ob die Pflege als gleichberechtigte Partnerin angesehen wird.**

*Der Pflegebereich ist personell unzureichend ausgestattet.*

Im Vergleich zur hohen Anzahl von Ärzt\*innen (siehe Kapitel 3.1.1) ist der Pflegebereich personell schlechter ausgestattet. Dies führt zu einem Übergewicht und Dominanz der ärztlichen Sicht. Die geringe personelle Ausstattung der Pflege führt auch zu unzulässigen, nahezu fahrlässigen Unterbesetzungen in den Schichten, z. B. Alleinarbeiten in der Nachtschicht.

*Unterschiedliche Verfahrensanweisungen erschweren die Arbeit der Pflege. Anerkennung der Pflege ist abhängig von der Einstellung der jeweils verantwortlichen Leitung.*

Die Ordnung der Zentren unterwandert die eindeutige Zuordnung der Mitarbeitenden der Pflege zur Pflegedirektion. So sind die Pflegekräfte der ärztlichen Zentrumsleitung und in einigen Fällen mehreren ärztlichen Zentrumsleitungen unterstellt. Das Qualitätsverständnis und die Verfahrensanweisungen der Kliniken sind unterschiedlich; dies führt zu Schnittstellen- und Kommunikationsproblemen. Verwiesen wird an dieser Stelle auch auf die sehr unterschiedliche Zusammensetzung der Zentren durch selbstständige medizinische Fachgebiete, Teilgebiete eines medizinischen Fachgebietes und einzelnen Spezialisierungen.

Die Pflege sitzt gewissermaßen „zwischen den Stühlen“ und muss sich auf eine Vielzahl unterschiedlicher Vorgesetzter einstellen, ohne die Möglichkeit, ihre eigene Profession ausreichend zum Tragen zu bringen. Für die Patientenversorgung ist dies suboptimal. Entscheidend aber ist, dass wenig getan wird, um die damit einhergehenden Risiken für das Pflegeniveau systematisch zu reduzieren bzw. auszugleichen (z. B. durch gezielten Aufbau von Communities of Practice für die Pflege, durch eine starke zentrale fachliche Steuerung, um ein gemeinsames Selbstverständnis und Haltung zu entwickeln sowie den Erfahrungsaustausch und das gemeinsame Lernen zu fördern, etc.).

*Die strukturierte Kommunikation und interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen beiden Berufsgruppen werden nicht in allen Bereichen systematisch gefördert (mit Ausnahme der Geriatrie, in der diese Leistungen abrechnungsrelevant sind). Dies führt in vielen Bereichen zu Informationsverlusten, Missverständnissen und Fehlhandlungen.*

Die Gespräche mit Mitarbeitenden aus unterschiedlichen Bereichen zeigen, dass es sehr wenig verbindliche Informations- und Kommunikationsroutinen im Arbeitsalltag gibt, die die kollektive Achtsamkeit, sowie Überblick und Mitdenken ermöglichen oder den interprofessionellen Teamgeist fördern. Eine geteilte Verantwortungsübernahme, sowie die Möglichkeit, Besonderheiten oder Vorkommnisse im Zusammenhang zu erkennen und frühzeitig zu melden, wird so wenig gefördert.

Eine Ausnahme hiervon ist z. B. die interprofessionelle Teamarbeit auf der Geriatrie, die zur Abrechnung des Operationen- und Prozedurenschlüssels 8-550 für geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung notwendig ist. Die Qualität dieser Teamarbeit kann allerdings aufgrund der unschlüssigen und lückenhaften Planung und Dokumentation des Versorgungsprozesses, die auf die problematische, im Anhang 6.7 näher erläuterte Struktur der Planungssoftware zurückzuführen ist, nicht näher beurteilt werden.

Die Trennung der Berufsgruppen ist deutlich spürbar. In den Gesprächen mit Mitarbeitenden äußern Pflegemitarbeitende, dass sie in die Entscheidungsprozesse nicht einbezogen werden.

Die Tendenz, Informationen individuell über digitale Systeme zur Verfügung zu stellen, setzt sich in vielen Stationen in der Krise fort. Mitarbeitende berichten, dass in der Krise eher weniger kommuniziert



und informiert wurde. Die Kommunikation erfolgte i.d.R. durch schriftliche Anweisungen („Lies es und halt dich dran“), für Verständnisfragen und kontextbezogene Abstimmungen gab es keinen Raum.

*Teamgeist wird nicht gefördert: „Jeder für sich“*

Mitarbeitende berichten von einer sich ausbreitenden Jeder-für-sich-Arbeitsatmosphäre, in der die Pflege des interdisziplinären und professionellen Teamgeistes, der wichtig für eine funktionierende Sicherheitskultur ist, auf der Strecke bleibt. Für einen fachgerechten Umgang mit Unsicherheiten und Risiken ist die interprofessionelle Zusammenarbeit eine wichtige Voraussetzung. Wie sie gefördert wird, ist abhängig vom jeweiligen Bereich und der persönlichen Einstellung der Führungskraft (und damit keine verlässliche Qualität).

Hinzu kommt, dass ständige Umstrukturierungen aufkeimenden Teamgeist (zer-)stören. In Bereichen, in denen Teams immer wieder neu zusammengesetzt werden (z. B. mit externen Leasingkräften im OP-Bereich), gibt es keine Maßnahmen wie zum Beispiel Briefings und Debriefings, um den Nachteilen von flüchtigen Teams entgegenzuwirken. Diese Beobachtungen zeigen deutlich, dass Grundlagen der Patientensicherheit keine Beachtung finden.

Im Normalzustand haben diese Strukturen und Formen der Zusammenarbeit oftmals einen negativen Effekt auf die Arbeitsmotivation, Sinnstiftung und psychische Gesundheit. In der Krise tragen solche Bedingungen zur Desorientierung bei und zu den teilweise als chaotisch erlebten Zuständen. Die beschriebene Form des Organisierens fördert den Eindruck, allein zu sein („Jeder für sich“). Dies fördert Resignation und entmutigt Widerspruch. Man macht die Probleme mit sich selbst aus, ist aber auch gefügiger, weil man Angst vor Konsequenzen fürchtet.

*Das standardisierte Datenerfassungs- und Planungstool (ePA-AC) begrenzt die Möglichkeiten, Maßnahmen zum Infektionsschutz und zur psychosozialen Betreuung darzustellen und zu dokumentieren.*

Pflegekräfte planen und dokumentieren ihre Arbeit in SOARIAN mit Hilfe der Komponente ePA-AC. Hierbei handelt es sich um ein Assessmentverfahren aus 52 Items zur Erfassung von häufigen Pflegeproblemen, das eine halbautomatische Pflegeplanerstellung erlaubt, indem es aus den angeklickten Antwortstufen der Items Vorschläge für Pflegediagnosen generiert, die man durch Anklicken auswählen kann und die wiederum entsprechende Maßnahmen in einem Drop-Down-Menü vorschlagen, deren Wahl im sog. Leistungserfassungsprotokoll (LEP) eine To-do-Liste für die Versorgung der Patient\*innen erzeugt, die das Pflegepersonal dann abarbeiten und zum Tätigkeitsnachweis abhaken kann.

Das Problem der Infektionsgefahr wird durch ePA-AC nicht erfasst. Die erforderlichen Maßnahmen zum Infektionsschutz sind laut der Pflegedienstleitung nicht individuell zu planen, sondern sie haben als standardmäßige Vorgehens- und Verhaltensweisen, die dem Personal durch Dienstanweisungen mitgeteilt werden, einen allgemeinverbindlichen Charakter.

Folgeprobleme, die für die Patient\*innen bei der Tagesgestaltung und Aufrechterhaltung der sozialen Kontakte durch die Maßnahmen zum Infektionsschutz entstehen und besonders in der Geriatrie anzutreffen sind, werden ebenfalls durch ePA-AC nicht erfasst und entsprechende Maßnahmen daher auch nicht im LEP dokumentiert.

Auch das medizinische Protokoll, das auf der Geriatrie mit Hilfe einer zusätzlichen Software geführt wird, liefert mit seinen Einträgen kaum Hinweise auf tatsächlich erfolgte Maßnahmen. Wie die Betreuung von älteren Patient\*innen (und insbesondere von Menschen mit Demenz, die die erforderlichen Schutzmaßnahmen nicht verstehen können) im Verlauf des Ausbruchsgeschehens aussah, konnte daher mit Hilfe des Dokumentationssystems nicht genau festgestellt werden. Es bleibt auch unklar, wie die Patient\*innen auf der Geriatrie die unfreiwillige Isolierung psychisch bewältigten. Hierzu ist man auf Angaben des Pflegepersonals angewiesen, die sechs Monate nach dem



Ausbruchsgeschehen erfolgten und vermutlich einem Retrospektionsbias unterliegen.

Es habe zur Versorgung der Patient\*innen mündliche Absprachen im interprofessionellen Team gegeben, man habe auch dafür gesorgt, dass Patient\*innen ihre Angehörigen kontaktieren konnten und es habe die Möglichkeit bestanden, sich durch das Fernsehprogramm ablenken zu lassen. Wie umfangreich diese Maßnahmen waren und ob sie ausreichten, um die psychische Belastung der Patient\*innen zu kompensieren, konnte im Rahmen der retrospektiven Befragung nicht festgestellt werden.

➤ Die lückenhafte Dokumentation der Pflege ist dabei auf die problematische Struktur des gesamten Krankenhausinformationssystem zurückzuführen, die im Anhang 6.7 gesondert betrachtet wird, da dies über den Rahmen der hierzu bearbeitenden Fragestellung hinausgeht

**Die Einbindung von Servicepersonal folgt keinem gemeinsamen Standard und ist unzureichend erfolgt.**

Die Betreuung und Pflege von Patient\*innen obliegt in der heutigen Zeit nicht mehr allein den Pflegekräften. Es gibt vielen Schnittstellen zum Service- und Reinigungspersonal und z. B. auch dem Patiententransportdienst. Damit die Schnittstellen für den Patientenpfad reibungslos funktionieren, ist die Einbindung dieser Dienste sowohl in die Informations- als auch Kommunikationsstruktur essentiell. In den Interviews wurde deutlich, dass die Mitarbeitenden dieser Dienste sehr unterschiedlich in den Stationsablauf eingebunden waren. Die Kommunikation und z. B. auch die Einarbeitung waren sehr von der jeweiligen Führungskraft abhängig. Die neuen Hygieneregeln wurden nicht zeitgerecht vorgesellt, noch wurden Fragen dazu beantwortet. Reinigungskräfte und Mitarbeitende des Patiententransportdienstes, die die neuen Hygieneregeln nicht kennen sind ein großes Risiko. Erschwerend kommt hinzu, dass stationsfremde Mitarbeitende wie Service- oder Reinigungspersonal, keinen Zugang zu zentralen Informationssystemen wie Consensus etc. hatten.

### **Empfehlungen**

#### ***Strukturelle Anpassungen, um Einflussmöglichkeiten und Qualität der Pflege zu erhöhen***

- Die Nahtstellen und Berichtswege zwischen Pflege und ärztlichen Bereichen sollten überprüft und angepasst werden. Eine Re-Organisation der Chefarztbereiche und Pflege nach medizinischen Fachgebieten (siehe oben) erleichtert den multidisziplinären Einsatz von Pflegenden und unterstützt den Einsatz von spezialisierten Pflegekräften.
- Wo Doppelberichtswege notwendig sind, sollten die damit verbundenen Risiken für die Arbeit der Pflege gemeinsam mit Pflegenden bewertet und notwendige Gegenmaßnahmen ergriffen werden (siehe oben).
- Die personelle Ausstattung muss neu bewertet werden. Es ist eine größere Anzahl von Pflegenden aber auch eine höhere Anzahl von pflegerischen Führungskräften erforderlich.
- Der Geschäftsbereich Pflege muss stärker in Unternehmensentscheidungen eingebunden werden, um einen reibungslosen Klinikablauf zu organisieren.

#### ***Maßnahmen zur Entwicklung einer proaktiven Sicherheitskultur***

- Entwickeln eines gemeinsam geteilten Verständnisses (Ärzt\*innen und Pflege), wie eine gute Zusammenarbeit im Sinne einer proaktiven Sicherheitskultur aussieht.
- Beteiligungsorientierter Prozess zur Einführung wirkungsvoller und interprofessioneller Kommunikationsrituale zur Stärkung des Teamgeistes und der kollektiven Achtsamkeit sowie der gegenseitigen Wertschätzung.
- Beteiligung der Pflege in Routinen des klinischen Risikomanagement (z. B. Morbiditäts- und Mortalitäts-[M&M]Konferenzen, Schadenfallanalysen usw.).

- Hierarchieübergreifendes, interprofessionelles, sicherheitsorientiertes Verhaltenstraining.

#### *Kontinuierliche Überprüfung kritischer Schnittstellen*

- Nach einer Studie der OECD ("The Economics of Patient Safety") entfallen in den OECD-Staaten nach konservativer Schätzung ca.15 Prozent der Ausgaben und der Aktivitäten in den Kliniken auf die Folgen von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen, d.h. mangelnder Patientensicherheit. Im gleichgerichteten Interesse der Patient\*innen und der Krankenhäuser sind generell die Schnittstellen zu den Unterstützungsbereichen so zu organisieren, dass Risiken frühzeitig erkannt und vermieden werden. Wir empfehlen eine regelmäßige Analyse der kritischen Schnittstellen auf potenzielle Schwachstellen in Bezug auf die Patientensicherheit.

#### *Systemverbesserungen für bessere Informationsflüsse an kritischen Schnittstellen*

- Einträge aus der Komponente COVID-Marker von SOARIAN sollten mit anderen Komponenten des Krankenhausinformationssystems so verlinkt sein, dass Unstimmigkeiten zwischen den Komponenten als Fehler angezeigt werden und korrigiert werden müssen.
- Standardverfahren und Vorgehensweisen zum Infektionsschutz (z.B. Beachtung des Tragens von Mundschutz) sollten in den Maßnahmenkatalog des Pflegeplanungstools integriert werden, so dass sie bei einer Infektionsgefahr im Rahmen einer Pandemie als Standardmaßnahme angeklickt werden können.
- Es sollte zudem die Möglichkeit bestehen, im Rahmen des digitalisierten Pflegeprozesses individuelle Probleme und Maßnahmen, wie sie zum Beispiel zum Umgang mit den Folgeproblemen des Infektionsschutzes notwendig werden, zu vermerken. Dies macht einerseits einen Umbau des Krankenhausinformationssystems notwendig, der eine Differenzierung zwischen einfachen und komplexen Fällen erlaubt, andererseits den Einsatz von Personal, das in der Lage ist, individuelle Probleme zu erfassen und individuelle Maßnahmen zu planen. Diese beiden einander bedingenden Empfehlungen werden im Anhang 6.7 näher erläutert.

#### *Sicherstellen der Qualität von Serviceleistungen bei externen Dienstleistungen*

- Reinigungsleistungen sind für die Einhaltung von Hygienestandards essenziell. Reinigungskräfte müssen qualifiziert sein, Kenntnisse über die Wirkung von Reinigung und Desinfektion besitzen, über Gefahrensymbole und über Schutzausrüstung informiert sein.
- Informationsflüsse an kritischen Schnittstellen zu ausgelagerten Servicedienstleistungen sind zu überprüfen. Es sollten zusätzliche Informations- und Eskalationsmöglichkeiten geschaffen werden.
- Die Qualität der Serviceleistungen wird durch eine vollständige (Re-)Integration der Unterstützungsbereiche in den Betrieb des Krankenhauses erleichtert. Entscheidend dürfte jedoch nicht die Frage sein, ob eigene oder externe Beschäftigte die Dienstleistung erbringen. In Betracht kommt auch eine Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern, wenn die Gestaltung der Verträge ein bestimmtes Qualitätsmaß und eine gleichbleibende Zusammensetzung der Arbeitnehmergruppe sichert, die vom Dienstleister eingesetzt wird und wenn die Einhaltung der vereinbarten Standards konsequent kontrolliert wird. Die Expertenkommission empfiehlt die Zusammenarbeit mit den Unterstützungsbereichen unter diesen Gesichtspunkten kritisch zu prüfen.



### 3.1.4 Stellenwert und strukturelle Ausstattung der Krankenhaushygiene

**Der Stellenwert und die Ausstattung der Krankenhaushygiene ist in vielen Aspekten unzureichend.**

*KRINKO-Empfehlungen zur personellen Ausstattung werden nicht erfüllt.*

Nach den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am RKI müsste das KEvB zur Zeit des Ausbruchs mind. 1,75 Vollzeitkräfte ärztliche Mitarbeitende in der Krankenhaushygiene vorweisen. Darüber hinaus sollte der Mehraufwand für die fachärztliche Supervision der vier Ärzt\*innen in curricularer Weiterbildung zum/zur Krankenhaushygieniker\*in zusätzlich personell berücksichtigt werden.

Die tatsächliche personelle Besetzung der Krankenhaushygiene war beim KEvB allerdings deutlich geringer. Die Geschäftsführung beziffert sie in ihrer Präsentation vor der Expertenkommission am 14.05.2020 mit 1,0 Vollzeitkraft. In einem Schreiben an das GA formuliert das KEvB sogar nur 0,375 VK für die Krankenhaushygieniker (siehe Schreiben vom 08.05.2018). Zudem war eine ärztliche Vertreterregelung für die Krankenhaushygienikerin nicht erkennbar.

Die unzureichende personelle Ausstattung ist auch von der leitenden Hygienikerin im Jahr 2019 festgehalten (Protokoll der Hygienekommissionssitzung vom 21.08.2019).

Zur Anzahl der für das KEvB tätigen Hygienefachkräfte gibt es in den Unterlagen widersprüchliche Angaben und sie ist daher nicht eindeutig bewertbar). Auf einigen Stationen waren dem Personal die Hygienefachkräfte nicht bekannt. Wie die Gespräche zeigen, ist der Stellenwert und die Einbindung der Hygienefachkräfte von Station zu Station sehr unterschiedlich.

Krankenhaushygiene funktioniert zu einem großen Teil über Präsenz. Der personelle Mangel konnte durch das beschriebene persönliche Engagement der eingesetzten Hygienikerin nicht kompensiert werden. Es drängt sich der Eindruck auf, dass durch die nur rudimentär wahrnehmbare Präsenz und Unterstützung der Krankenhaushygienikerin Hygieneempfehlungen im Hause nicht in erforderlichem Umfang bekannt und umgesetzt sind. Der Mangel an Ressource und Wissen gefährdet im hohen Maße die Patientensicherheit.

*Keine Strukturen für eine zeitnahe systematische Analyse von nosokomial relevanten Erregern und ein frühzeitiges Erkennen von Ausbrüchen*

Während die gesetzlich vorgeschriebene Surveillance von nosokomialen Infektionen in einigen Bereichen im Rahmen der Qualitätssicherung durchgeführt wird, gibt es keinen Anhaltspunkt für das Vorhandensein eines etablierten Labormeldesystems, mit dem die Krankenhaushygiene schnell und unkompliziert auf relevante Infektionserreger hingewiesen wurde und mit fachlichen Empfehlungen reagieren konnte (siehe dazu auch den Bericht von Prof. Zastrow Anlage 6.8).

*Keine strukturelle Unterstützung hinsichtlich der Implementierung von Hygienemaßnahmen*

Auch wenn einzelne Bereiche die Funktion der Krankenhaushygiene sehr schätzen, erfährt die Krankenhaushygiene wenig Unterstützung durch die Krankenhausleitung, wird wenig wertgeschätzt und hat keinen festen Platz bei Entscheidungen. Die weiteren Ausführungen belegen den eklatanten Mangel an Wissen um das klinische Risikomanagement und die Sicherheitskultur in der Führung des Unternehmens.

Um effektive Hygienemaßnahmen wirkungsvoll zu implementieren sind ärztliche und pflegerische Ansprechpartner\*innen, sogenannte Hygienebeauftragte, in ausreichender Zahl notwendig. Die Anzahl der Hygienebeauftragten, wird von der Klinikleitung mit einer hohen Zahl angegeben (Präsentation am



14.05.2020), jedoch zeigen sich keine Hinweise auf ein effektives Wirken vor Ort oder deren Mitarbeit in den Hygienekommissionssitzungen.

Auch von der Leitungsebene ist kaum Unterstützung für die inhaltliche Arbeit der Krankenhaushygiene erkennbar: Die Protokolle der Hygienekommissionssitzungen zeigen, dass das ärztliche Direktorat nicht durchgehend anwesend war und das Gremium nur selten zur gemeinsamen Erörterung hygienerelevanter Themen genutzt hat. Dies gilt auch für die Leitungsebene der klinischen Bereiche. Mit Ausnahme des Oberarztes der Infektiologie bringen die Klinikleitungen oder alternativ die hygienebeauftragten Ärzt\*innen sich selten in die Kommissionssitzung ein.

*Gesetzlich vorgeschriebene Hygieneprozesse sind formal vorhanden, werden aber nicht überall gelebt. Hygienrisiken werden aus wirtschaftlichen Interessen in Kauf genommen.*

Es gibt einen gesetzlich vorgeschriebenen Hygieneplan wie auch eine Verfahrensanweisung zum Ausbruchmanagement, inkl. einem Verweis auf Meldebogen, Ausbruchmanagement-Dokumentationsbogen. Schulungen, z. B. zu Isolierungsmaßnahmen, werden durchgeführt. Darüber hinaus sind keine besonderen Bemühungen in Sachen Hygiene erkennbar, z. B. in Form von Projekten. Eine Ausnahme bildet der Hygienetag 2019.

Gespräche mit Mitarbeitenden offenbaren, dass die vorgegeben Praktiken nicht überall konsequent durchgeführt werden. Während in einigen Bereichen, wie etwa auf der Neonatologie eine höhere Aufmerksamkeit und Nähe zur Krankenhaushygiene besteht, spielt Hygiene und die Einhaltung der Standards auf anderen Stationen eine untergeordnete Rolle. Dieses Verhaltensmuster zieht sich durch im Ausbruchsgeschehen (siehe Abschnitt 3.2).

Mitarbeitende berichten in den Gesprächen von kaufmännisch motivierten Entscheidungen, bei denen mögliche Auswirkungen auf Hygieneaspekte bzw. auf das nosokomiale Infektionsgeschehen keine Rolle spielten, wie regelmäßige Schließungen von Stationen und Verlegungen von Patient\*innen oder Umbaumaßnahmen bei laufendem Stationsbetrieb. Es ist evident, dass die Geschäftsführung bei der Abwägung und Gewichtung von Wirtschaftlichkeitsaspekten einerseits und Hygieneaspekten andererseits oft Kompromisse zu Lasten der Hygiene eingegangen ist und so grundsätzlich die Patientensicherheit gefährdet hat.

*Häufige Verlegungen von Patient\*innen erfolgen ohne gemeinsame Risikobetrachtung*

Es gibt im Haus eine "fachlich ungewöhnliche Verschiebepaxis", das heißt Patient\*innen werden aus Gründen im Haus verlegt, die nicht fachlicher Natur sind. Diese Ver- und Überbelegungen erfolgen zum Teil aus Platzmangel. In anderen Fällen geschieht dies, insbesondere für das Wochenende, aus ökonomischen Gründen. Durch die lokale Konzentration von Patient\*innen können bestimmte Strukturmerkmale und Personalschlüssel eingehalten werden, die eine ungeschmälerte Abrechnung der Leistungen ermöglichen. Diese Praxis ist in vielen Krankenhäusern üblich. Die mit dieser Verfahrensweise verbundenen hygienischen und pflegerischen Risiken sind offensichtlich aus dem Blick geraten.

Mitarbeitende berichten in den Gesprächen von einer chronischen Überbelegung in den Zimmern. So werden aus 3-Bettzimmern 4-Bettzimmer gemacht oder in Einbettzimmern Vorkehrungen für Trennwände angebracht, um sie zu 2-Bettzimmern umzufunktionieren. In sogenannten „Freitags-eMails“ wird angekündigt, welche Fachbereiche und Stationen an den Wochenenden zusammengelegt werden. Aus hygienischer Sicht entstehen so immer neue Patientengruppen auf anderen Stationen und es erfolgt eine Durchmischung auch von Infektions-Clustern. Dieses Vorgehen fördert den Ausbruch nosokomialer Infektionen, insbesondere bei aerogenübertragbaren Erregern, wie z.B. SARS-CoV-2.

Die Gespräche mit Mitarbeitenden zeigen, dass sich alle Beteiligten an diese risikoignoranten Vorgehensweisen gewöhnt haben. Auch die Pflege hat aufgehört, zu den Verlegungen nein zu sagen.

### *Strukturelle Konflikte werden auf persönlicher Ebene ausgelebt*

Die interne Gesprächsserie zeigt, dass strukturelle Interessenskonflikte zwischen Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität („Hygiene kostet Geld“) durchaus auf der persönlichen Ebene ausgelebt wurden. Die Kommunikation und das Zusammenwirken von Krankenhaushygienikerin und Geschäftsführung wird von Mitarbeitenden als „gestört“ bezeichnet. Es wird mehrfach von heftigen persönlichen Differenzen zwischen Hygieneärztin und Geschäftsführung berichtet, die mitunter zum Ausschluss der Fachexpertin aus Entscheidungsgremien führte.

### *Fortsetzung der beschriebenen Muster in der Krisenbewältigung*

Die beschriebenen Muster setzen sich bei der Krisenbewältigung fort: So wird auch in der Krisensituation das vorhandene Expertenwissen bei Entscheidungen nicht genutzt. Folge ist, dass die Hygienikerinnen bei der Analyse und der Lösungssuche lange im blinden Fleck bleiben und damit nicht als Problem gesehen werden.

Die Interims-Geschäftsführung hat in Reaktion auf das Ausbruchsgeschehen den Hygieniker Prof. Dr. Zastrow mit der befristeten Leitung Krankenhaushygiene im KEvB beauftragt. Dieser hat zum 01.10.2020 der Kommission seinen Bericht zur aktuellen Lage und mit den notwendigen Verbesserungsmaßnahmen zur Verfügung gestellt. Der Bericht findet sich im Anhang 6.8 und die zugehörige Stellungnahme der Kommission in Anhang 6.9.

### **Empfehlungen**

#### ***Anpassen der personellen Ausstattung***

- Verbesserung der personellen Ausstattung der Krankenhaushygiene in Anlehnung an die Empfehlung der KRINKO.
- Aktuell für das KEvB berechnet: Anpassung der ärztlichen krankenhaushygienischen Mitarbeiter\*innen auf mindestens 1,75 VK für die Tätigkeit ausschließlich am KEvB. Die fachärztliche krankenhaushygienische Supervision der 4 Ärzt\*innen in curriculärer Weiterbildung zum/zur Krankenhaushygieniker\*in sollte hierbei noch zusätzlich berücksichtigt werden.

#### ***Sichtbare Unterstützung durch Führung***

- Die Krankenhausleitung sollte die Arbeit der Krankenhaushygiene intensiver und sichtbarer unterstützen, z. B. durch regelmäßige eigene Teilnahme an den Hygienekommissionsitzungen und durch eine gemeinsame Vorbereitung dieser Sitzungen oder andere gemeinsame Termine.
- Krankenhaushygiene sollte ein Thema für die gesamte Klinik sein und die klinischen Bereiche sollten (motivierte) ärztliche und pflegerische Hygienebeauftragte benennen und für Hygieneaufgaben freistellen, inkl. der Teilnahme an den Hygienekommissionsitzungen und nachträglicher Kommunikation der Inhalte mit den eigenen klinischen Bereichen.
- Die Krankenhaushygiene sollte stärker als ein fachkompetenter Bereich wahrgenommen und unterstützt werden. Die Expertise der Krankenhaushygiene sollte auch zur direkten Kommunikation mit dem GA genutzt werden.

#### ***Kontinuierliches Entwickeln von Kompetenzen und Fördern des Austausches***

- Mehr Teilnahmemöglichkeiten an (inter-)nationalen Fachtagungen, um das Fach Krankenhaushygiene nach aktuellem Stand der Wissenschaft am KEvB umsetzen zu können.



### 3.1.5 Stellenwert und gelebte Praxis des Arbeits- und Gesundheitsschutzes

**Arbeits- und Gesundheitsschutz ist kein integraler Bestandteil der Organisation, sondern ein zu erfüllendes Erfordernis. Dies bildet den Boden dafür, dass die Arbeitssicherheit bei der Pandemiebewältigung keine entscheidende Rolle spielt.**

Ein Arbeitssicherheitsausschuss (ASA) nach ASiG § 11 ist installiert und befasst sich regelmäßig mit Themen des Arbeitsschutzes. Die Zahl der Teilnehmenden erscheint bisweilen unübersichtlich groß, da alle Gesellschaften des Klinikums in einem Ausschuss versorgt werden. Die Einbindung der Mitarbeitervertretungen als wichtige Akteure einer Arbeitsschutzorganisation ist per Teilnahme gewährleistet, nachvollziehbare Tagesordnungspunkte aus Richtung der Interessenvertreter\*innen finden sich jedoch nicht, wie z. B. die Bearbeitung von Gefährdungs-/Überlastungsanzeigen.<sup>4</sup> Die eingesehenen Protokolle lassen den Schluss zu, dass die für den Arbeitsschutz verantwortlichen Geschäftsführer oder ihre beauftragten Personen häufig vertreten werden und eine stringente Maßnahmenverfolgung nicht stattfindet.

Die Erfordernisse nach Bestellung einer Fachkraft für Arbeitssicherheit nach ASiG §5 und eines Betriebsarztes nach ASiG § 2 werden durch Festanstellung (Fachkraft) und einen überbetrieblichen Dienst (Betriebsarzt) durchgehend und langjährig erfüllt. Die Zeitansätze (Mindesteinsatzzeit) nach der DGUV Vorschrift 2 für die Grundbetreuung und die betriebspezifische Betreuung erscheinen auf den ersten Blick ausreichend.

Das stete Wachstum mit Ausweitung auf ortsfernere Standorte (Tochtergesellschaften) spiegelt sich jedoch nicht durchgehend in der geforderten Erhöhung der Einsatzzeiten für Fachkraft und Betriebsarzt wider und blieben somit immer wieder unter den Mindestanforderungen. Auch war die Gesamtheit der zu betreuenden Mitarbeiter immer wieder Thema. Durch Mehrfachbeauftragungen der Fachkraft mit zeitintensiven Aufgaben (Brandschutz, Abfall) wurden der eigentlichen Aufgabe zusätzlich Ressourcen entzogen und erst später und nur zögerlich zur Verfügung gestellt durch die Bestellung einer weiteren Fachkraft.

Der Betriebsarzt wird unterstützt durch eine innerbetriebliche Mitarbeiterin. Die Tätigkeit des Betriebsarztes besteht laut den Ergebnisberichten der Arbeitsmedizin in der Hauptsache in der Durchführung von Sprechstunden für Vorsorgen und Einstellungs- bzw. Eignungsuntersuchungen (KEvB Ergebnisbericht 2018-Arbeitsmedizin, erstellt am 6.7.2020 Ergebnisbericht 2019-Arbeitsmedizin, erstellt am 3.7.2020). Eine aktive Beratungsleistung durch den Betriebsarzt, die über die Teilnahme an ASA Sitzungen und Begehungen hinausgeht, erscheint nicht abgefordert zu werden.

Als Instrument des Arbeitsschutzes werden regelmäßig Begehungen der Stationen und Abteilungen durchgeführt und protokolliert. Der Prozess der Erstellung und Dokumentation einer allumfassenden Gefährdungsbeurteilung als zentrales Erfordernis des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) wurde erst in 2019 systematisch begonnen unter Beteiligung einer externen Fachkraft, der internen Fachkraft sowie des Betriebsrates und befindet sich in Abstimmung, wobei die aktive Teilnahme der Führungskräfte am Prozess unklar bleibt (Einleitungsvermerk zu den Gefährdungsbeurteilungen vom 15.7.2020).

Eine COVID-19 Gefährdungsbeurteilung für Tätigkeiten in den Bereichen weiß, grau und schwarz und im Umgang mit Verstorbenen wurde erstellt (ohne Autor und Erstelldatum; Datum der Ablage 14.07.2020).

Unterweisungen im Arbeitsschutz erfolgen zu Beginn einer Tätigkeit im Rahmen einer Begrüßungsveranstaltung und in regelmäßigen Abständen, wobei die Verantwortlichkeit nicht klar definiert ist und eine lückenlose Flächendeckung nicht hergestellt zu sein scheint.

---

<sup>4</sup> Siehe zum Umgang mit Gefährdungsanzeigen auch Seite 35.



*Arbeits- und Gesundheitsschutz ist in der Führung nicht verankert.*

Arbeits- und Gesundheitsschutz ist keine Anforderung in den Arbeitsverträgen von Führungskräften, sondern wird per Dienstanweisung delegiert. Die Kenntnisnahme von Dienstanweisungen ist jedoch eine Holschuld der Mitarbeitenden, was demnach zu Unklarheiten führen muss angesichts der Fülle von Aufgaben. Die Gesprächsserie mit Mitarbeitenden fördert zu Tage, dass Arbeitssicherheit von Führungskräften nicht aktiv eingefordert wird. Oft reagieren Führungskräfte oder die Geschäftsführung erst auf Druck, um offenkundige sicherheitskritische Mängel zu beseitigen.

*Ökonomische Interessen gehen vor Arbeitsschutz.*

Mitarbeitende berichten, dass versucht wird, arbeitssicherheitskritische Reparaturen zu vermeiden und diese nur bei großem Druck umgesetzt werden (z. B. mussten Mitarbeitende bei fehlenden Lamellen am Strahlengerät erst damit drohen ihre Arbeit niederzulegen). Es wird berichtet, dass die kaufmännische Geschäftsführung sehr geschickt formale Lücken genutzt hat, um Regeln zu beugen (Beispiel: Dosimeter werden nicht immer ausgewertet und wenn erfolgt keine Ermittlung der Ursachen). Sicherheitsrisiken, die mit dieser Ausweitung verbunden sind, werden stillschweigend in Kauf genommen. Auch die Mitbestimmung hatte darauf keinen Einfluss.

*Fachexpertise der Arbeitssicherheit wird zur Vorbereitung auf die Pandemie nicht genutzt.*

In der Vorbereitung auf die Pandemie wurde die Expertise der Fachkraft für Arbeitssicherheit und des Betriebsarztes nicht eingefordert. Beide Experten waren nicht Teil des Krisenstabes.

Es war zu keiner Zeit Aufgabe des betriebsärztlichen Dienstes, sich um akutes Geschehen im Rahmen von Infektionen der Mitarbeitenden wie Abstriche oder Nachverfolgungen zu kümmern; dies oblag der Krankenhaushygiene oder wurde als Aufgabe des GAes gesehen.

#### **Empfehlungen**

***Notwendige personelle und organisationale Rahmenbedingungen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz sicherstellen.***

- In Umsetzung der Erfordernisse des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) Arbeitsschutz als Aufgabe der Organisation begreifen und entsprechend sinnvoll umbauen unter Beteiligung der betrieblichen Interessenvertretungen (Betriebsräte) als integralen Bestandteil
- Sicherstellung ausreichender Personalressourcen für die im Arbeitsschutz tätigen Personen (Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt) durch Einhalten der Mindesteinsatzzeiten nach DGUV V2 und Nachhalten/Anpassungen in verpflichtenden Jahresgespräche der Experten mit der Geschäftsführung. Der Betriebsgröße entsprechend betriebsärztliche Funktion auf abhängig Beschäftigten übertragen.
- Die in der DGUV Information 250-105 definierten Mindestanforderungen zur Ausgestaltung der Rahmenbedingungen für die Erbringung betriebsärztlicher Leistungen erfüllen.
- Abfordern der gesetzlich geforderten Beratung durch die Einbindung der Experten Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt in allen betrieblichen Belangen von Arbeit und Gesundheit.

***Verantwortlichkeiten für Arbeits- und Gesundheitsschutz festlegen und zur Führungsaufgabe machen.***

- Klare Verantwortlichkeiten für den Arbeits- und Gesundheitsschutz in Geschäftsverteilungsplänen, in Stellenbeschreibungen und Arbeitsverträgen festschreiben.
- Führungskräfte zu Grundinformationen des Arbeitsschutzes systematisch schulen („Was ist meine Pflicht als Chef\*in?“).
- Mitwirkungspflicht der Vorgesetzten an Gefährdungsbeurteilungen und Unterweisungen festschreiben und regelmäßiges Nachhalten der Ergebnisse im Rahmen der ASA Sitzungen.

### 3.1.6 Risiko- und Qualitätsmanagement und Sicherheitskultur (Lernen aus Vorfällen)

**Das Thema Patientensicherheit ist nicht in der Strategie des Unternehmens verankert und tritt hinter dem Thema der Wirtschaftlichkeit klar zurück. Klinisches Risikomanagement ist in allen Facetten unterrepräsentiert.**

*Patientensicherheit ist kein Thema.*

Die Durchsicht der Unterlagen lässt nicht erkennen, dass die Patientensicherheit Entscheidungen über unternehmerische und betriebliche Maßnahmen beeinflusst hat. Die notwendigen Verantwortlichkeiten sind pro forma zwar vergeben, der Verantwortungsbereich und die Weisungsbefugnis zwischen Medizinischer Geschäftsführung und Ärztlichem Direktorat jedoch nicht klar definiert.

Während wirtschaftliche Risiken in Form von Kennziffern nachverfolgt werden, gibt es keine Kennziffern für klinisches Risikomanagement (siehe Auditbericht 2019, Audit Bericht Viszeralonkologisches Zentrum, QM Handbuch A03).

Auch bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter\*innen spielen klinisches Risikomanagement oder diesbezügliche Kennzahlen keine Rolle (z. B. Präsentationen Einarbeitung, in denen im Wesentlichen nur wirtschaftliche Kennzahlen und die Größe, das Wachstum des Unternehmens genannt werden).

*Gesetzlichen Vorgaben werden unzureichend umgesetzt und Maßnahmen von QM, Audits, IQM, QS, gesetzl. vorgeschriebene Begehungen werden nicht auf Umsetzung kontrolliert (zu viele offene Enden, kein P-D-C-A).*

Normative Vorgaben des GBA werden nachweislich unzureichend umgesetzt, Dokumentationen dazu fehlen. Insgesamt entsteht der Eindruck, dass gesetzliche Vorgaben zwar auf dem Papier erfüllt, ihre Einhaltung aber nicht nachverfolgt wird.

Zertifizierungen wurden mit Minimalaufwand erreicht. Es gibt keine Arbeitsanweisung zum klinischen Risikomanagement. Es gibt allerdings vier Arbeitsanweisungen zum Thema Qualitätssicherung, hier hat das Nicht-Erreichen einer gewissen Dokumentationsquote finanzielle Einbußen zur Folge.

Die inhaltliche und die Durchführungsqualität der internen Audits reichen formal für ein Erstaudit, allerdings keinesfalls für die Implementierung eines nachhaltigen Qualitätsmanagementsystems. Gesetzlich vorgeschriebene Pflichtschulungen werden nicht konsequent durchgesetzt. Interne Audits haben oberflächliche Inhalte und eine geringe Frequenz.

*Wesentliche Instrumente des klinischen Risikomanagements werden nicht praktiziert.*

Erst Ende 2019 ruft die neue Pflegedienstleitung zum Thema Patientensicherheit auf. Es folgen eher grundlegende Aktionen, z. B. wird der Einsatz der Patientenarmbänder geprüft. Es gibt nur sehr wenige Meldungen im Critical Incident Reporting System (CIRS). Die Mitarbeitergespräche zeigen, dass CIRS kein verbindlich gelebtes System ist, um von kritischen Situationen zu lernen. Morbiditätskonferenzen werden fachbereichsübergreifend durchgeführt, sie finden jedoch ausschließlich in der Ärzteschaft statt. Klinische Schadenfälle werden lediglich juristisch bearbeitet, bei groben technischen Mängeln wird Abhilfe geschaffen. Ein systematisches Lernen der Organisation und ihrer Mitarbeitenden von vermeidbar unerwünschten Ereignissen und Schadenfällen ist nicht erkennbar.

Die Mitarbeitergespräche zeigen, dass sich auf der Arbeitsebene niemand für die Qualität und Fragen des klinischen Risikomanagements verantwortlich fühlt.



*Verantwortlichkeiten für Risikomanagement sind verteilt und verlieren damit ihre richtungsgebende Schlagkraft.*

Unklar ist wer für das klinische Risikomanagement, Qualitätsmanagement und Patientensicherheit verantwortlich ist und welche Kompetenzen, Fort- und Weiterbildungen für die Position nachzuweisen sind. Die Aufgliederung der Risikomanagementfunktion auf die Bereiche Qualitätsmanagement sowie den Geschäftsbereich Tarif, Recht und Risikomanagement lässt Verantwortlichkeiten verschwimmen und vermindert das Standing des Bereichs gegenüber den ohnehin dominanten wirtschaftlichen Interessen. Diese Tendenz wird dadurch verstärkt, dass das Qualitätsmanagement in Personalunion von der stellvertretenden Geschäftsbereichsleitung verantwortet wird.

*Ein grundsätzliches Verständnis von Patientensicherheit, Qualitäts- und klinischem Risikomanagement fehlt.*

Die Fachverantwortlichen für das klinische Risikomanagement haben keine weiterführende Ausbildung oder Fortbildung zum Thema erhalten. In dem DIN EN ISO Auditbericht 2019 steht, dass der Kompetenzbedarf des klinischen Risikomanagements ermittelt werden sollte. In den Gesprächen im Oktober 2020 wird die Meinung vertreten, dass man sich die Fachexpertise für das klinische Risikomanagement mit gesundem Menschenverstand aneignen könne. Die Gespräche legen den Eindruck nahe, dass der Unterschied zwischen der Qualitätssicherung, dem Qualitätsmanagement und dem klinischen Risikomanagement den Funktionsträgern nicht bewusst ist.

*Das klinische Risikomanagement war nicht Teil des Berichtswesens, dem kaufmännischen Risikomanagement klar untergeordnet.*

Die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung wird formal erfüllt, indem die Kennzahlen zu den Fallzahlen, Erlösen und Verweildauern deklariert werden. Es erfolgt kaum Kennzahlenverfolgung von weiteren QM oder Patientensicherheitsindikatoren (PSI) für Organisationsrisiken. Organisatorische Risiken, medizinische und pflegerische Risiken, hygienische Risiken sind im DA RM 2018 aufgeführt, sie werden aber nicht berichtet (z. B. Lagebericht AR 2019, in dem wirtschaftliche Risiken vorkommen und CIRS nur kurz erwähnt wird). In Risikoberichten gibt es kaum Aussagen zu med., pflegerischem Risikomanagement und Hygiene (siehe etwa RM Kurzbericht 2/2019 oder Risikobericht 30.09.2019).

Die internen Gespräche zeigen darüber hinaus, dass Kennzahlen des Qualitätsmanagements, der gesetzlichen Qualitätssicherung und IQM sowie des klinischen Risikomanagements keine Inhalte der interprofessionellen Teambesprechungen sind und Ergebnisse nicht nachverfolgt werden. Besprochene Maßnahmen werden nicht auf Einhaltung kontrolliert.

*Beim AR und Gesellschafter liegt das klinische Risikomanagement im blinden Fleck.*

Die internen Beobachtungen wiederholen sich beim AR. In den Sitzungen des AR ist das klinische Risikomanagement kein Tagesordnungspunkt, das Monitoringtool („Risikoampel“) enthält vorrangig wirtschaftliche Kennzahlen. Zudem gibt es kein Mitglied im AR, das eine Fachexpertise für Risikomanagement abdeckt.

In den Gesprächen mit Mitgliedern des ARs und dem ehemaligen Gesellschaftervertreter fällt auf, dass Fragen des klinischen Risikomanagements als operative Fragen (vorrangig der Pflege) verstanden werden, die nicht in ihrer Verantwortung liegen. Die strategische Frage, wie Patientensicherheit und ein professioneller Umgang mit klinischen Risiken als ein zentraler Aspekt der Überlebenssicherung eines Krankenhauses zu erreichen ist, liegt im blinden Fleck. So wurde laut den geführten Gesprächen dem AR-Gremium erst nach dem Ausbruch klar, dass eine Zertifizierung in Qualität und Risikomanagement lediglich bedeutet, dass Prozesse als Sollvorgaben beschrieben sind, aber nicht, dass diese auch tatsächlich praktiziert („gelebt“) werden. Es gibt keine Sensibilität für die notwendige Bearbeitung von Zielkonflikten zwischen wirtschaftlichen Interessen und Patientensicherheit.



**Gefährdungsanzeigen werden im Sinne der Patientensicherheit nicht adäquat bearbeitet.**

Zum Ende des Jahres 2018 hat der Betriebsrat die im Laufe des Jahres angefallenen Gefährdungsanzeigen im KEvB ausgewertet. Dabei wurde festgestellt, dass sich 2221 Mitarbeiter\*innen innerhalb des Jahres mit einer entsprechenden Anzeige auf Überlastung an ihre Vorgesetzten und den Betriebsrat gewendet haben.

Die hohe Zahl erklärt sich auch daraus, dass nicht nur Einzelmeldungen, sondern auch Gruppenmeldungen aus den Teams heraus einzeln ausgewertet wurden. Zudem haben sich viele Beschäftigte auch mehrmals im Jahr mit Gefährdungsanzeigen an ihre Pflegedienstleitung gewendet.

Gefährdungsanzeigen beziehen sich in der Regel nicht nur auf die Überlastung von einzelnen Mitarbeitenden oder Teams, sondern dienen dazu aufzeigen, wo und wann die Pflege von Patient\*innen nicht mehr im vorgesehenen Rahmen verantwortungsvoll erfüllt werden kann und somit auch eine Patientengefährdung besteht.

In den geführten Gesprächen verdichten sich die Hinweise, dass diese angezeigte Überlastungssituation des Personals weder von der Pflegedienstleitung, der Ärztlichen Direktion noch der Geschäftsführung als ernste Situation aufgefasst wurde und auf der betrieblichen Ebene das Problem gegenüber dem Betriebsrat heruntergespielt wurde. Im Rahmen des klinischen Risikomanagements wurden die Gefährdungsanzeigen nicht behandelt.

**Die Unterrepräsentation des klinischen Risikomanagements ist eine Sicherheitskultur auf niedrigem Niveau.**

*Fehlende gemeinsame Idee, wie eine gute Sicherheitskultur aussieht.*

Aus den Gesprächen mit den Mitarbeitenden ist erkennbar, dass Mitarbeitende, die schon lang im Klinikum tätig sind, keine Erfahrungen oder Vorstellungen davon haben, wie eine Sicherheitskultur auf einem hohen Niveau aussehen könnte. Mitarbeitende, die Erfahrungen in anderen Kliniken sammeln konnten, fällt der Unterschied auf. Sie berichten aber auch davon, dass sie sich schnell daran gewöhnt haben, dass das Thema der Patientensicherheit im KEvB keine besondere Aufmerksamkeit erfährt.

*Führung prägt die Wertigkeit von Sicherheit und den Umgang mit Regeln.*

Die Sicherheitskultur wird durch das beobachtbare Führungsverhalten geprägt. Dabei ist vor allem entscheidend, was Mitarbeitende von ihren direkten und höheren Führungskräften erfahren, wie diese im etwaigen Konflikt zwischen Wirtschaftlichkeit und Sicherheit entscheiden. Die Führungspersönlichkeiten sind die Vorbilder und lenken die Aufmerksamkeit. Sie prägen damit das Wertesystem: Was ist hier „wirklich“ wichtig? Was kann ungestraft weggelassen werden?

In den Gesprächen werden zahlreiche Situationen beschrieben, wie Führungskräfte versuchen, Regeln und Gesetze zugunsten wirtschaftlicher Interessen so gut es geht zu beugen. Die Geschäftsführung wird als clever im Nutzen von rechtlichen Grauzonen beschrieben, auch wenn es auf Kosten von Mitarbeitenden geht. Führungskräfte, die eine Sicherheitskultur auf hohem Niveau pflegen, würden hier gezielt einen Unterschied machen. Sie würden sehr verbindlich und konsequent im Umgang mit Regeln vorgehen. Weil sie wissen, dass nicht jede Regel passt, loten sie gemeinsam mit ihren Mitarbeitenden Grauzonen aus: Welche Risiken sind damit verbunden? Wie können wir unser Regelsystem verbessern?

Im Normalzustand haben sich alle Beteiligten dran gewöhnt, dass viele Regeln maximal gebeugt werden und dies war mit einer Voraussetzung dafür, dass man weiterkam. Kein Wunder, dass dieses „erfolgreiche“ Verhalten sich im Krisenverlauf weiter fortsetzt. So werden Abstrich-Regeln nicht immer befolgt, das Service-Personal wird durch Teamleitungen angewiesen, die Regeln nicht so genau zu nehmen. Zudem erfährt die Pflege massive Probleme, die Regeln auch bei den Patient\*innen



durchzusetzen und fühlt sich damit allein gelassen.

*Wenig strukturiertes und interprofessionelles Lernen von kritischen Ereignissen und Austausch darüber.*

Die organisationale Lernfähigkeit ist insgesamt gering. Lernen findet wenn, dann reaktiv statt. Fehlende Expertise und Ressourcen in der Analyse von Ereignissen verhindert einen breiteren und interdisziplinären Blick auf tieferliegende Zusammenhänge, die u.a. das Ausbruchsgeschehen begünstigt haben.

Systeme wie CIRS gibt es zwar auf dem Papier, aber sie werden kaum praktiziert: Es erfolgen wenig Rückmeldungen oder ein Austausch über Lerneffekte. Auch hier fehlt die Ressource. Bei M&M-Konferenzen bleiben Mediziner unter sich und es geht vor allem um fachliche Fragen. Lernen findet wenn, dann eher informell im Team statt, aber es fehlt der übergreifende Austausch, so dass andere von den Lernerfahrungen profitieren können und die Risikosensibilität erhöht wird. Untersucht werden die Schadensmeldungen vornehmlich juristisch und es gibt keine ausgewiesene Expertise bei der Untersuchung von kritischen Ereignissen (z.B. London-Protokoll o.ä.). Folge ist, dass eher nach vordergründigen Zusammenhängen gesucht wird, tiefere Muster aber verborgen bleiben. Nur wenige Mitarbeitende haben eine Idee davon, wie proaktives Lernen von Fehlern und eine proaktive Lern- und Sicherheitskultur auf hohem Niveau aussieht (incl. der zuständigen Fachexperten für Qualität, Risiko, Sicherheit).

Das geringe Vermögen, aus kritischen Ereignissen zu lernen, setzt sich auch nach dem Ausbruchsgeschehen fort. Es gibt Berichte von der neu installierten Geschäftsführung, aber es gibt bisher wenig gemeinsames Lernen und eine selbstkritische Nabelschau. Auch Führungskräfte nennen in den Gesprächen eher bagatellisierende Gründe für den Ausbruch, wie zum Beispiel „Pech“, „Schicksal“, „zu intensive Tests“ oder „die öffentliche Aufmerksamkeit“. Oder die Verantwortung wird bei anderen gesucht (z.B. GA/unklare Meldewege; widrige Umstände wie die bauliche Situation). Durch dieses Bagatellisieren und Externalisieren werden das System und seine eingespielten Formen der Zusammenarbeit in Schutz genommen und selbstkritisches Lernen verhindert: Wenn die Bedingungen besser werden, haben wir auch kein Problem. Die Beurlaubung einzelner Personen lädt dazu ein, dass Führung sich nicht mit dem eigenen Beitrag am Geschehen auseinandersetzt.

#### **Empfehlungen zum Risiko- und Qualitätsmanagement**

- Das Thema Patientensicherheit muss in die Strategie Eingang finden und konsequent durch einen Verantwortungsträger in der Geschäftsführung verankert werden.
- Qualitätsmanagement sollte Aufgabe aller Führungskräfte sein. Die Aufgabenverteilung muss in den Ebenen an sachkundige Qualitätsverantwortliche mit einem Zeitfenster in den Arbeitsaufgaben verteilt und ebenso kontrolliert werden.
- Qualitätsmanagementaufgaben sollten Bestandteil von Stellenbeschreibungen und Arbeitsverträgen aller Führungskräfte sein.
- Die Initialisierung eines „Chief Patient Safety Officer“ in der Geschäftsführung mit der Aufgabe ein Berichtswesen aufzubauen und der Berichtspflicht an den AR (APS Schrappe Weißbuch Patientensicherheit 2018).
- Ressourcen- und Kompetenzaufbau zum Thema Patientensicherheit bzw. klinisches Risikomanagement, und zwar von der Geschäftsführung bis zur Basis (vergl. Auditbericht DIN 2019).
- Die Etablierung von regelmäßigen sicherheitsgerichteten Verhaltenstrainings, hierarchieübergreifend und interprofessionell (Regeltreue und Regeln lernen, Umgang mit Regelabweichungen, Feedback geben und annehmen, Fehler melden loben und belohnen, „no blame Culture“).

- Auf die Umsetzung der GBA-Richtlinie achten, und zwar durchgängig nachweisbar und erlebbar für alle Mitarbeitenden.
- Strukturierte Maßnahmenachverfolgung, d.h. Controlling von eingeleiteten Maßnahmen im Plan-Do-Check-Act Zyklus, der Zentrum eines Qualitätsmanagementsystems ist, einzuhalten.

#### **Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Sicherheitskultur**

- Entwickeln eines gemeinsamen Verständnisses einer Sicherheitskultur auf hohem Niveau (z. B. mit dem 5 Stufenmodell als Qualitätsmaßstab).
- Stärken des formalen Systems und verbindliches Nachhalten.
- Führung: Interesse zeigen für den Umgang mit Grauzonen, Schwierigkeiten mit Regeln; Bereitschaft zeigen, Regeln zu verändern (Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung)
- Sammeln von ersten Erfahrungen mit dem Lernen aus kritischen Ereignissen (z.B. in Form einer Musteranalyse).
- Aufbau von Kompetenzen zur Moderation von Ereignisuntersuchungen.
- Zeit für das Lernen von Ereignissen einräumen und verteidigen.



### 3.1.7 Bauliche Bedingungen und der Einfluss auf den COVID-19-Ausbruch

#### Analyse der baulichen Bedingungen

Grundlage der baulichen Bewertung des KEvB am Standort in der Charlottenstraße (Berliner Str. und Gutenbergstr.) sind die zu Verfügung gestellten Pläne (Lageplan M 1:500, Grundrisse M 1:300, teilweise M 1:100).<sup>5</sup> Bewertet wurden nur die Gebäude der direkten Patientenversorgung, also Untersuchungs- und Behandlungsbereiche, Pflegestationen und Versorgungs- und Entsorgungseinrichtungen (also Gebäude A, B, BB, C, D, E, F, G, H, K, L, LL, M, N, O, P). Die Gebäude entlang der Gutenbergstraße wurden nicht bewertet oder analysiert, da sie nicht direkt an die Patientenversorgung angebunden sind.

➤ siehe hierzu Anlage 6.4.1, Lageplan mit Gebäudebezeichnung.

#### A) Analyse der Bausubstanzen

##### 1. Alter der Gebäude (Baujahr)

- A. Gebäude K (Bj. 1847) und Gebäude L (Bj. 1927) - alt
- B. Gebäude A, B, C, D, E (Bj. 1982 - 1984) - mittleres Alter
- C. Gebäude BB, F (Bj. 2007 - 2009) - neueres Alter
- D. Gebäude LL (Bj. 2009) Modulbau - Interimsbaugenehmigung

##### 2. Baukonstruktionsart (gemäß der o. g. Gliederung A - D)

- A. Tragende Mauerwerkswand, unterkellert, Erdgeschoss und 2 – 3 Obergeschosse sind ungeeignet für langfristige Nutzung, da keine Flexibilität für optimale Raumplanung (Workflow).
- B. Stahlbetonskelett-Bauweise mit Beton-Plattenbau-Fassaden, unterkellert, Erdgeschoss und bis zu 7 Obergeschosse. Das Stützenraster ist sehr kleinteilig mit 3,6 m x 6,00 m und geringen Geschosshöhen von 3,3 m. Eingeschränkte langfristige Nutzung, da geringe Flexibilität für optimale Raumplanung (Workflow).
- C. Stahlbetonskelett-Bauweise, unterkellert, Erdgeschoss und 3 bzw. 4 Obergeschosse. Das Stützenraster ist großzügig mit 7,20 m x 7,20 m, jedoch geringe Geschosshöhen. Gute Raumplanung und für zukünftige Umbauten große Flexibilität für optimale Raumplanung.
- D. Modulbau (Containerbauweise), nicht unterkellert. Erdgeschoss und 2 Obergeschosse. Keine Flexibilität, da Raummodule. Interims-Baumaßnahme mit befristeter Baugenehmigung, ein Rückbau ist erforderlich.

##### 3. Vorbeugender Brandschutz, Brandabschnitts Größen (B.A.) und Fluchtweglängen (F.W.L.)

- A. B.A. sind teilweise länger als 40 m (nicht zulässig). F.W.L. sind teilweise länger als 30 – 35 m (nicht zulässig). Nicht jeder B.A. hat einen eigenen Aufzug mit Vorraum. Verlegung von bettliegenden Patienten in einen anderen B.A. teilweise nicht gewährleistet. Geschossdecken sind wahrscheinlich nicht in F-90 Qualität. Der vertikale Brandüberschlag an den Fassaden scheint nicht sichergestellt.
- B. B.A. sind teilweise länger als 40 m (nicht zulässig). F.W.L. sind teilweise länger als 30 – 35 m (nicht zulässig). Nicht jeder B.A. hat einen eigenen Aufzug mit Vorraum.
- C. Verlegung von bettliegenden Patienten in einen anderen B.A. teilweise nicht gewährleistet. Geschossdecken sind nicht in F-90 Qualität. Der vertikale Brandüberschlag an den Fassaden scheint nicht sichergestellt. Die Flurwände und Zimmertrennwände entsprechen wahrscheinlich nicht der Auflage von F-30 Qualität.

<sup>5</sup> Des Weiteren wurden mehrere Begehungen der gesamten Liegenschaft als auch der jeweiligen Gebäude und entsprechenden Abteilungen durchgeführt und Gespräche mit der Stabstelle Bau des Klinikums, dem Bauordnungsamt und der Feuerwehr geführt.

- D. Bei diesen Gebäuden sind die Auflagen des Vorbeugenden Brandschutzes (B.A. und F.W.L.) u.a. eingehalten. Lediglich der nördliche B.A. des Gebäudes F verfügt über keinen eigenen Aufzug.
- E. Interimsgebäude entspricht ebenfalls den Vorschriften.

#### 4. Schallschutzmaßnahmen

- A. Aufgrund der Bausubstanz (Mauerwerkswände) sind die vorgegebenen „dB“-Werte überwiegend eingehalten. Lediglich manche Türen (Schiebetüren) entsprechen wahrscheinlich nicht den Vorgaben.
- B. Die Trennwände sind nichttragend und daher in Leichtbauweise erstellt (G.K. Ständerwände). Aufgrund der Wandstärke von 10 cm – 15 cm ist davon auszugehen, dass die erforderlichen „dB“-Werte nicht eingehalten sind. Infolgedessen können auch die Türen nicht dem notwendigen Schallschutz entsprechen.
- C. Die Trennwände sind nichttragend und wie oben beschrieben als G.K. Ständerwände ausgeführt, jedoch mit einer Wandstärke von 15 cm – 20 cm erstellt. Somit kann man davon ausgehen, dass in den Jahren 2007 – 2009 die einschlägigen Vorschriften eingehalten wurden. Dies gilt gleichermaßen für die Türqualitäten.
- D. Die Trennwände und Türen im Modulbau sollten dementsprechend den Vorschriften genügen.

#### 5. Gebäudetechnische Installationen

Wurden in diesem Zusammenhang nicht bewertet und sollten später durch einen Fachingenieur für GT durchgeführt werden.

#### B) Analyse der externen und internen Erschließungen

Aufgrund der weitläufigen Gebäudestrukturen auf der Liegenschaft des KEvB gibt es unzählige Ein- und Ausgänge zu den jeweiligen Abteilungen. Somit ist auch eine Kontrolle und Security nicht zu gewährleisten (COVID-19-Ausbruch). In einem gut organisierten Krankenhaus sollte es nur drei externe Erschließungen (Eingänge) geben:

1. Haupteingang (Anmeldung – Pförtner) für alle Patienten, Besucher und andere
2. Eingang zur Notaufnahme für alle Notfälle (liegend kranke Patienten) mit guter Anbindung an den Hubschrauberlandeplatz. Über diesen Eingang sollte auch die Verlegung von liegend kranken Patienten erfolgen.
3. Zufahrt zum Wirtschaftshof für alle Versorgungs- und Entsorgungsgüter (z. B. Wäsche, Nahrungsmittel, Verbrauchsgüter, Geräte u.a.) als auch die Entsorgung von Müll und Speiseabfällen (4fach Trennung) usw. Hier sollte auch die Vorfahrt für den Leichenwagen vorgesehen werden, es ist jedoch auf guten Sichtschutz zu achten. Gegebenenfalls könnte ein separater Eingang für das Personal direkt zu den zentralen Umkleiden vorgesehen werden. Für größere Dialyseabteilungen wäre auch für diese Patienten ein separater Eingang in Erwägung zu ziehen.

Die Wegeführung und Wegetrennung im KEvB ist aufgrund der vielen Gebäuden aus mehreren Jahrhunderten und der damit eingehenden vielen Eingänge extrem unübersichtlich, verwirrend und unkontrollierbar. Grundsätzlich sind die horizontalen Wege folgendermaßen getrennt:

- a. Untergeschoss: Güterverteilung, Versorgung und Entsorgung
- b. Erdgeschoss: Fußgänger, ambulante Patienten und Besucher
- c. Obergeschoss: Bettentransport mit liegenden Patienten

Die vertikalen Verbindungen über die Aufzüge im Gebäude A, Haupteingang mit 6 Aufzügen zu den Funktionsbereichen Untersuchung / Behandlung (U + B) und Pflegestationen in den Gebäuden B, C, D und E sind zufriedenstellend.

In den anderen Gebäuden F - O sind zwar Aufzüge vorhanden, jedoch aufgrund von falscher Zuordnung der Funktionsbereiche ist eine klare Trennung der vertikalen und horizontalen Wege nicht



gewährleistet. So sind zum Beispiel im Erdgeschoss neben der Pflegestation und U + B Bereichen auch Versorgungs- und Entsorgungsbereiche (Lager, Küche, Müllsammelstelle) angesiedelt.

Mangelhaft sind die Wege für Patient\*innen und Besucher\*innen vom Haupteingang durch andere Funktionsbereiche, wie z. B.:

- zur Strahlentherapie durch die Radiologie Gebäude B, längs durch Gebäude N
- zur Dialyse durch die Radiologie Gebäude B, durch Onkologie Gebäude K
- zur Gynäkologie durch die Funktionsdiagnostik Gebäude D.

**Die baulichen Entwicklungen folgen keinem abgestimmten Gesamtkonzept. Die stückweisen Anbauten führen dazu, dass der Überblick über das Gesamtganze verloren geht.**

Im Jahr 1998 entstand eine Zielplanung zur zukünftigen Entwicklung des KEvB am Standort Charlottenstraße und wurde mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MASGF) abgestimmt. Eine Fortschreibung dieser Zielplanung, welche alle 5 Jahre empfohlen wird, um die verschiedenen Entwicklungen des Landes, der Stadt, der Gesundheit und der medizinischen Versorgung u. a. zu analysieren und zu bewerten, wurde jedoch von dem KEvB nie mehr erarbeitet. Stattdessen wurde ein Masterplan aufgestellt, der keine langfristige zukunftsorientierte Entwicklung des Standortes als Ziel hatte.

Die letzten großen Neubaumaßnahmen mit Landesfinanzierung waren die Gebäude F (Mutter-Kind-Zentrum) und Gebäude BB (Notaufnahme, OPs und ITS), Bj. 2007 – 2008. Danach wurde ein Interimsgebäude (zeitlich befristete Baugenehmigung), Gebäude LL (Pflegestation), Bj. 2011 errichtet.

Gemäß des Masterplans der Klinikverwaltung sollten in Zukunft nur noch kleine Anbauten (Gebäude D, Bj. 1982) und Aufstockungen (Gebäude K, Bj. 1847, Gebäude H, Bj. 1929, Gebäude M, Bj. 1982, Gebäude C, D und E, Bj. 1982-84) vorgenommen werden. Ferner ist vorgesehen, dass Interimsgebäude LL mit einer Modulbauweise im Wert von 5-6 Millionen Euro vorrübergehend zu erweitern.

Die fehlende Zielplanung und das eher stückweise Anbauen erhöhen das Risiko, dass der für Hygienefragen wichtige Überblick über Wegstrecken, Kreuzungen etc. verloren geht. Es gibt kein Gesamtkonzept für Strukturen, Wege, Eingänge, Aufzüge etc. Das Bauamt begutachtet immer nur Ausschnitte und auch die Hygienegutachten betrachten nur den jeweils beantragten Anbau.

Verstärkt wird das Risiko eines fehlenden Gesamtüberblicks dadurch, dass bei der Planung viele unterschiedliche Planer beschäftigt wurden. Zudem wurden viele Planungstätigkeiten durch interne Mitarbeitende durchgeführt, die nicht immer die dafür notwendigen Kompetenzen besaßen.

➤ Siehe hierzu Anlage 6.4.2 (Ausdruck der DIN 13080, Seite 4-5).

**Logik von DIN-Normen wird im Haus wenig berücksichtigt und nicht gelebt**

Standards für Raumkonzepte werden nicht immer eingehalten bzw. es werden die Standards gebeugt.

**Baustruktur erscheint für angemessene Pflegeprozesse unzureichend**

Die Ablauforganisation der Behandlungsprozesse gehen nicht einher mit der Raumorganisation im Klinikum. Dadurch entstehen hohe Logistikaufwendungen und hoher Personalaufwand, der nicht adäquat realisiert wird.

Die Bettenreinigung ist sehr ungünstig gelöst. Weder eine zentrale Bettenaufbereitung noch dezentrale Bettenaufbereitung sind im KEvB vorhanden. Räume auf den jeweiligen Pflegestationen sind ebenfalls nicht vorhanden. Somit müssen die Betten in den Zimmern (Mehrbettzimmer) oder auf den Fluren aufbereitet werden. Dies ist aus hygienischer Sicht möglich und verursacht in der Regel, wenn lege artis durchgeführt, keine Hygienemängel.

### **Die bauliche Struktur hat den COVID-19-Ausbruch begünstigt.**

*Die bauliche Struktur und der fehlende Überblick begünstigen den COVID-19-Ausbruch.*

Zum Zeitpunkt des Ausbruchs war es nicht möglich festzustellen, wer, wann und wo die Klinik betritt, da es zu viele Eingänge gab.

Zudem ist keine klare Wegetrennung (Versorgung und Entsorgung/Patienten/Besucher) im Bereich der Gebäude L und N möglich (Hauptflur schmaler als 2,40 m).

*Die Szenarien-Planung für den Umgang mit COVID-19-Patient\*innen erfolgte unzureichend, so dass mehrere Umzüge von COVID-19-Patient\*innen auf Pflegestationen erfolgten, die in ihrer baulichen Struktur und Bettenaufstellungen nicht den RKI-Vorgaben entsprechen.*

Laut RKI-Bericht erfolgten nach Bekanntwerden des nosokomialen Ausbruchs mehrfach Umzüge ganzer Stationen und Bereiche „mit zahlreichen zu diesem Zeitpunkt bekannten und noch nicht-bekanntem COVID-19-Patientinnen und Patienten“, die zu weiteren Übertragungen geführt haben können. Die Vielzahl der Umzüge und die hygienischen Bedingungen der genutzten Pflegestationen zeigen, dass die Szenarien-Planung für den Umgang mit COVID-19 unzureichend erfolgte. Aufgrund der geringen Abstände zwischen den Betten und der aerosolischen Übertragung von SARS-CoV-2 wird eine Erregerausbreitung begünstigt.

Die Pflegestationen, in denen zeitweise COVID-19-Patient\*innen untergebracht wurden, zeigen folgende Merkmale:

- Gebäude LL: Kein Entsorgungsraum, sehr kleiner unreiner Arbeitsraum, Bettenabstände kleiner als 30 cm (bis 18.03.2020); ab 31.03.2020 ITS COVID-Station, nur Einbettzimmer, jedoch Achsmaß der Zimmer zu klein (3,50 m statt 4,50 m lt. RKI)
- Gebäude H: Sehr lange Wege (länger als 50 m) zum unreinen Arbeitsraum/Entsorgungsraum, Bettenabstände kleiner als 65 cm, COVID-19-Normalstation
- Gebäude E: Infektionsstation, 2-Bettzimmer, Bettenabstände kleiner als 40 cm, sehr lange Wege (länger als 40 m zum unreinen Arbeitsraum/Entsorgungsraum; diese Räume sind am falschen Ende der Station; ab 06.08.2020 ITS COVID-19-Station: Einbettzimmer Achsmaß 3,50 m, soll lt. RKI 4,50 m sein;
- Verlegung der COVID-19-Patienten von der Infektionsabteilung im Gebäude E zu den Gebäuden H, LL betrug mehr als 200 m und führte durch Gebäude A (Haupteingang), Gebäude B (Radiologie) und Gebäude L und N (hier Flurbreite weniger als 2,40 m).

#### **Empfehlungen**

- Alle anstehenden Baumaßnahmen sollten dringend überdacht und überprüft werden, da zwei- bis dreistellige Millionenbeträge investiert werden müssten, ohne eine zukunftsorientierte Baustruktur zu erhalten, die flexibel auf eine sich schnell entwickelnde Gesundheitsversorgung reagieren muss.
- Es ist erforderlich, die Rahmenbedingungen und die medizinische Ausrichtung zu erarbeiten, welche Aufgaben und Ziele das Klinikum in den nächsten 20 bis 30 Jahren erfüllen soll.
- Externe Berater\*innen müssen dann auf Grundlage dieser Rahmenbedingungen ein detailliertes Raumprogramm für alle Funktionsbereiche und Funktionsstellen gemäß der Gliederung der DIN 13080 entwickeln.
- Siehe hierzu ausführlich Kapitel 4.4 Empfehlungen zur langfristigen baulichen Entwicklung



### 3.2. Vorbereitung auf die SARS-CoV-2-Pandemie und Bewältigungsstrategien

Rückblickend fällt auf, dass das Risiko eines nosokomialen COVID-19-Ausbruchs unterschätzt wurde und verschiedene Entscheidungen den Ausbruch begünstigt haben.

Im folgenden Abschnitt zeigen wir, wie die in Abschnitt 3.1 beschriebenen Rahmenbedingungen und kulturellen Verhaltensmuster sich auf die kollektiven Risikoeinschätzungen und -entscheidungen in der Vorbereitung und während der Pandemie ausgewirkt und das Ausbruchsgeschehen begünstigt haben. Die konsequente Verbesserung der Rahmenbedingungen ist notwendig, um ähnliche Ausbrüche aber auch andere unerwartete Ereignisse in Zukunft besser zu bewältigen.

#### 3.2.1 Generelle Vorbereitung auf Ausbrüche, Pandemien und Krisen: Pandemieplanung und Meldepraxis

Die Organisation war für den normalen Alltag ausgerichtet, nicht auf die Bewältigung unerwarteter Ereignisse. Die Auswertung der vorhandenen Dokumente sowie der Gespräche mit Mitarbeitenden zeigen, dass in der Organisation generell wenig dafür getan wurde, sich auf unerwartete Ereignisse vorzubereiten. Dies gilt nicht nur für Pandemien, sondern auch für andere kritische Ereignisse (siehe die Ausführungen zum Risikomanagement sowie auch zur Unternehmenskultur). Während der COVID-19 Pandemie und im Umgang mit dem Ausbruchsgeschehen sind diese Systemlücken schließlich deutlich sichtbar geworden. Der Schluss liegt nahe, dass dies bei anderen unerwarteten Ereignissen ebenso der Fall gewesen wäre.

**Die vorhandene Krisen- und Pandemieplanung ist unvollständig. Für die Arbeit im Krisenstab spielte sie keine Rolle und bot keine Orientierungshilfe.**

*Ein vollständiger und einheitlicher Krisen- und Pandemieplan ist bis heute nicht vorhanden.*

Aus dem Zeitraum von 2006-2014 liegen nur einzelne Merkblätter und Checklisten zum Umgang mit speziellen Krisen- und Pandemiefällen (Influenza, Vogelgrippe, hochinfektiöse Erkrankungen, gehäuft auftretende Vergiftungen) vor. Erst 2015 wurde ein Masterplan für den Umgang mit Notfallszenarien erstellt, der versucht, systematisch alle Krisen- und Pandemiefälle abzudecken. Dieser Masterplan war als dritter Teil eines umfassenden Krankenhausalarm- und Einsatzplans (KAEP) gedacht, von dem allerdings Teil 1 und 2 nicht vorhanden sind. Am 24.07.2019 wurde eine Überarbeitung dieses unvollständig gebliebenen Plans beschlossen. Davon war im Dezember der allgemeine Teil 1 fertig gestellt, der nach redaktionellen Änderungen im März 2020 freigegeben wurde. Dieser allgemeine Teil führt eine neue Kategorisierung von Notfallszenarien ein, für die im zweiten Teil des Plans eine ausführliche Beschreibung vorgesehen war. Dieser zweite Teil wurde jedoch bis heute nicht erstellt. Es ist daher unklar, ob Teil 3 des alten Masterplans im März 2020 noch gültig war.

Ein detaillierter Stufenplan für eine Pandemie, der festlegt, welche Maßnahmen in welcher Phase des Ausbruchs zu ergreifen sind, war allerdings auch im Teil 3 des alten Plans nicht vorhanden. Ein solcher wurde laut Datierung des entsprechenden Dokuments erst am 06.03.2020 in Form einer Checkliste erstellt, die keinen Zusammenhang zu einem umfassenderen Gesamtplan erkennen lässt. Diese Checkliste findet sich auch in einer detaillierteren Pandemieplanung wieder, die am 01.06.2020 erstellt wurde und im Rahmen der Aufarbeitung des Ausbruchsgeschehens versucht, deutlichere Richtlinien für das Management von hochkontagiösen Erkrankungen zu geben. Auch dieses Dokument ist kein Teil eines umfassenden Krisen- und Pandemieplans.



*Die Führungsstruktur für Krisenfälle ist unklar und widersprüchlich beschrieben. Unklarheiten sind im Vorfeld nicht aufgefallen (zum Beispiel im Rahmen von praktischen Notfallübungen). Für die Arbeit im Krisenstab spielte die Führungsstruktur zu Beginn keine Rolle.*

Im allgemeinen Teil des KAEP wird erstmalig eine Führungsstruktur für Krisenfälle beschrieben. Die Angaben lassen jedoch keine eindeutigen Rollen und Verantwortlichkeiten erkennen. Als übergeordnete Instanz ist eine Gesamteinsatzleitung vorgesehen, die sich mit Ausnahme von Fällen, bei denen eine Zusammenarbeit mit Polizei oder Feuerwehr notwendig ist, aus dem Kreis der Klinikumsleitung und Geschäftsführung rekrutiert und damit mit den Personen der ihr untergeordneten Krankenhauseinsatzleitung identisch ist. Welche Personen aus Klinikumsleitung und Geschäftsführung in welcher der beiden Instanzen vertreten sein sollen, wird nicht spezifiziert.

Während ein Organigramm auf Seite 13 des KAEP die Krankenhauseinsatzleitung als übergeordnete Instanz für alle anderen Abteilungen ausweist, wird in einem weiteren Organigramm zwei Seiten später der Krankenhauseinsatzleitung eine medizinische Einsatzleitung auf gleicher Hierarchieebene zur Seite gestellt. Drei Seiten später wird die medizinische Einsatzleitung dann wieder als untergeordneter Teil der Krankenhausleitung ausgewiesen. Diese Widersprüche finden sich auch bei der Aufgabenbeschreibung von medizinischer Einsatzleitung und Leitung des Stabes der Krankenhauseinsatzleitung wieder. Während laut Absatz 10.2.2. der Leiter des Stabs über dessen personelle Zusammensetzung entscheidet, ist laut 10.2.3. der medizinische Einsatzleiter für die bedarfsgerechte Zusammenstellung dieses Stabs verantwortlich.

*Die Hygiene spielte im Krisen- und Pandemieplan keine Rolle.*

Die Krankenhaushygiene spielt im Rahmen der Krisen- und Pandemieplanung keine Rolle. Lediglich eine Checkliste zu hochinfektiösen Erkrankungen von 2013 sieht ihre Einbeziehung als Sofortmaßnahme in solchen Fällen vor. Diese Rolle wurde keine drei Monate später in einer neuen Version der Checkliste gestrichen und durch die Einbeziehung der Geschäftsführung ersetzt. Im Masterplan von 2015 findet die Krankenhaushygiene nur als mögliche Beratungsinstanz Erwähnung, im KAEP von 2020 wird ihr keine explizite Rolle zugestanden. Erst die Pandemieplanung vom 01.06.2020 und in Reaktion auf den Ausbruch soll sie wieder ausdrücklich zur fachlichen Beratung hinzugezogen werden.

*Krisen- und Notfall- oder Pandemiesituationen wurden nicht regelmäßig durchgespielt oder geübt.*

Der KAEP von 2020 benennt zwar erstmalig Übungen für Krisenfälle und gibt Zeitintervalle für diese vor, er trat allerdings erst im März 2020 in Kraft, so dass die in ihm gemachten Vorgaben zur Zeit des Ausbruchsgeschehens noch nicht erfüllt sein konnten.

**Kein etabliertes Meldesystem zur Früherkennung von nosokomialen Erregerhäufungen.**

Wie bereits in Kapitel 3.1.4 aufgeführt, gab es am KEVB kein etabliertes Meldesystem zur Früherkennung von spezifischen nosokomialen Infektionshäufungen bzw. Ausbrüchen.

Unabhängig vom Vorhandensein eines möglichen Frühwarnsystems ist ein effektives Ausbruchsmanagement bei der Häufung von Erregern in einem Krankenhaus grundsätzlich angezeigt.<sup>6</sup> Ausbrüche können immer und in jeder Einrichtung auftreten, müssen jedoch mit fachärztlicher Expertise der Krankenhaushygiene oder durch einen curricular weitergebildeten Krankenhaushygieniker schnellstmöglich eingedämmt werden. Auch die gesetzliche Meldepflicht ist ein wichtiger Bestandteil des Ausbruchsmanagements, da durch die Meldung nach IfSG die Einschätzung des Infektionsgeschehens durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) erfolgen kann und mögliche weitere notwendige Maßnahmen eingeleitet werden können. Wichtig ist vor allem, in einem Ausbruchsgeschehen die jeweils konkrete Fallzahl der betroffenen Patienten und ggf.

---

<sup>6</sup> Siehe hierzu auch die KRINKO-Empfehlungen zum Ausbruchsmanagement des RKI.



Mitarbeitenden und deren Zusammenhänge zu erfassen, um erste Maßnahmen, wie bspw. einen Aufnahmestopp oder eine entsprechende Kohortierung ableiten zu können. Die Aufzeichnung der betroffenen Fälle erfolgt durch die Erstellung einer sogenannten Linelist, die mit der entsprechenden Pseudonymisierung auch die behördliche Meldung eines Ausbruchsgeschehens unterstützt.

Vor allem die initial fehlende und wiederholt behördlich erfragte Linelist im COVID-19-Ausbruchsgeschehens am KEvB zeigt, dass es keine etablierten Strukturen für das Management von Ausbrüchen gab. Zwar waren Vorgaben zum Vorgehen im Ausbruchsfall schriftlich hinterlegt, eine Anwendung dieser Vorgaben ist aber auch nicht für die bereits in den Jahren 2019 und 2020 aufgetretenen Infektionshäufungen erkennbar (siehe unten).

#### **Wenig Lernen von anderen nosokomialen Ausbrüchen, die Hinweise auf Schwachstellen im Meldesystem aufzeigten.**

In den der Kommission vorliegenden Unterlagen zeigt sich, dass in den Jahren 2019 und 2020 sowie vor dem COVID-19-Ausbruch bereits nosokomiale Häufungen anderer Erreger (z. B. Vancomycin resistenten Enterokokken (VRE), infektiöse Gastroenteritis) am KEvB auftraten, ein effizientes Ausbruchsmanagement, inkl. einer zielgerichteten Kommunikation mit dem GA Potsdam ist jedoch nicht erkennbar (vgl. hier auch Kapitel 3.3, S.54)

Vor allem im VRE-Ausbruchsgeschehen wurde die unzureichende Kommunikation an das GA mehrfach vom GA Potsdam kritisch angemerkt. Auch bei einer erneuten nosokomialen Häufung des Erregers im November 2019 kommt es zu Rückfragen und verzögerten Antworten, so dass das GA beim Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit Amtshilfe ersucht und einen Vor-Ort-Termin durchführen lässt.

Auffallend ist, dass die Kommunikation mit dem GA durch die Geschäftsführung des KEvB erfolgt und nicht durch die inhaltlich besser mit dem Ausbruchsgeschehen betraute Krankenhaushygiene geführt wurde. Im Rahmen der Kommunikation fällt der geringe Sachverstand der Geschäftsführung in Bezug auf das VRE-Infektionsgeschehen und die eingeleiteten Maßnahmen auf. Dies erschwert die inhaltliche Auseinandersetzung zwischen KEvB und den Behörden und lässt kein ausgeprägtes Problembewusstsein für nosokomiale Infektionsgeschehen auf Seiten des KEvB erkennen.

Intern wurde von diesem Ereignis wenig gelernt und keine Verbesserungen der Meldepraxis und generellen Kommunikation mit dem GA vorgenommen. Eine konsequente Nachverfolgung durch den Gesellschafter oder AR ist nicht zu erkennen. Das beobachtbare Verhalten passt zu der Einschätzung, dass die Funktion des klinischen Risikomanagements wenig ausgebildet ist (siehe dazu Kapitel 3.1.6).

#### **Empfehlungen zur Vorbereitung auf Krisen und unerwartete Ereignisse:**

##### ***Überarbeitung des KAEP.***

- Erarbeitung eines einheitlichen Krisen- und Pandemieplan mit einer nachvollziehbaren Führungsstruktur, der erwartbare Krisen- und Pandemieszenarien definiert. Bei der Entwicklung sollte unbedingt externe Expertise einbezogen werden.
- Für bestimmte, erwartbare Krisenszenarien sollten die zur Bearbeitung notwendigen Fachfunktionen festgelegt werden (z. B. Krankenhaushygiene, aber auch andere).
- Darüber hinaus sollte ein Prozess skizziert werden, wie und nach welchen Kriterien bei unerwarteten Krisen die notwendigen Fachfunktionen für den Krisenstab ausgewählt werden. Dafür können die Erkenntnisse aus Hochrisikoorganisationen nützlich sein (z. B. das Prinzip mehr Expertise als Führung, Einbinden von Fachfremden, Personen mit großem Netzwerk etc.).

##### ***Kontinuierliches Üben von Krisensituationen als Ritual etablieren und Kompetenzen entwickeln.***

- Der KAEP sollte mit Hilfe von regelmäßigen Übungen von unerwarteten Krisensituationen getestet und verbessert werden. Darüber hinaus sollte das Wissen im Umgang mit unerwarteten Ereignissen regelmäßig in Form von Übungen aufgefrischt werden.
- Ausgewählte Personen (z. B. Risikomanager) sollten für die Moderation von Krisenstäben geschult und dieses Wissen auch im Alltag genutzt werden (z. B. bei der Moderation von Ereignisuntersuchungen, etc.).

*Problembewusstsein für nosokomiale Infektionen stärken und Präventionsstrategien entwickeln.*

- Das Problembewusstsein für nosokomiale Infektionsgeschehen bzw. ihre Vermeidbarkeit sollte gestärkt und die Empfehlungen der KRINKO des RKI zum Vorgehen bei Ausbrüchen umgesetzt werden.

*Lernen mit externen Partnern.*

- Eine Systematik für das Lernen vom Umgang mit kritischen Ereignissen mit externen Partnern ist zu etablieren (neben den bereits empfohlenen Mechanismen zum internen Lernen siehe Abschnitt 3.1.6.)



### 3.2.2 Erste Vorbereitungen auf eine mögliche COVID 19-Pandemie ab Januar 2020

#### **Das Risiko einer nosokomialen Infektion wurde nicht gesehen.**

Im Nachhinein betrachtet ist die Übertragung von SARS-CoV-2 als nosokomiale Infektion am KEV unterschätzt worden. Man ist von stetigen Neueintragen von außen ausgegangen. Die Risiken erschienen beherrschbar und niemand fragt nach oder äußert Zweifel. Die falsche Risikobewertung durch den Krisenstab und die beteiligten Fachdisziplinen ist somit als zentraler Faktor für den Ausbruch einzustufen. Was also hat zur falschen Risikoeinschätzung beigetragen?

*Wissen über das Übertragungsrisiko war verfügbar, wurde aber nicht adäquat bewertet.*

Obwohl internationale Publikation im NEJM<sup>7</sup>, der Daten aus Bayern, die Hinweise auf eine Übertragung von SARS-CoV-2 vor Symptombeginn erbrachten, wurden diese Daten nicht adäquat bewertet. Hinweise auf eine Übertragung durch die Luft wurden für SARS-CoV-2 schon bereits am 04.03.2020 in JAMA<sup>8</sup> publiziert. Am 16.04.2020 kam ein Reprint<sup>9</sup> heraus auf, der zeigt, dass die Gefahr sich anzustecken in geschlossenen Räumen fast 19-mal so hoch ist wie im Freien. Bereits im Januar wurde in einer Lancet-Publikation<sup>10</sup> darauf hingewiesen, dass aufgrund der leichten Übertragbarkeit das Virus über die Luft übertragen werden könnte und entsprechende Schutzmaßnahmen dringend angeraten sind. Allerdings war schon am 20.05.2014 die aerogene Übertragung von MERS-CoV und SARS-CoV-1 in einem Artikel in Lancet<sup>11</sup> publiziert. Die aerogene Übertragung ist deshalb für den hier untersuchten Zeitraum als bekannt einzustufen.

*Corona-Arbeitsgruppe wird als unkoordiniert erlebt.*

Im Februar 2020 wird eine Arbeitsgruppe etabliert. In der Arbeitsgruppe ging es vorrangig um medizinische Fragen, also wie das Virus übertragen wird, wie COVID-19-Patient\*innen behandelt werden können und welche Schutzausrüstung oder Quarantänemaßnahmen es braucht.

Infektionen von Mitarbeitenden und die Möglichkeit von Übertragungen unter Mitarbeitenden oder Patient\*innen oder eines internen Ausbruchs sind zu diesem Zeitpunkt kein Thema und es wurden hierzu keine Szenarien durchgespielt. Die Instrumente zur Krisen- und Pandemiebewältigung, wie z. B. der KAEP, bleiben ungenutzt. Auch das GA, das in der ersten Sitzung der Corona-Arbeitsgruppe dabei war, fragte nicht nach diesen unterstützenden Instrumenten. Rückblickend werden die Vorbereitungen auf eine mögliche Pandemie von den Beteiligten als unkoordiniert wahrgenommen. Das GA war eingeladen, aber es war nicht klar, in welcher Rolle. Die Arbeitsgruppe machte einen eher informellen Eindruck.

#### **Die COVID-19-Abstrichstelle im Innenbereich des Haupteingangs hat ein hohes Übertragungsrisiko erzeugt.**

Ende Februar wird das Haus im Hinblick auf die Corona-Pandemie betrachtet. Im Zentrum steht die Frage, wie COVID-19-infizierte Patient\*innen von anderen Patient\*innen isoliert werden können. Es wurden Begehungen mit verschiedenen Disziplinen durchgeführt, unter anderem war auch ein Vertreter der Infektiologie vertreten. Probleme bei der Lösungsfindung waren die allgemein schlechten baulichen Voraussetzungen wie zu geringe Abstandsflächen zwischen Betten, Stationsgröße und Lage der Stationen, Eingangsbereiche, die Vollbelegung des Hauses.

<sup>7</sup> <https://doi.org/10.1056/NEJMc2001468>

<sup>8</sup> doi:10.1001/jama.2020.3227 bzw. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762692>

<sup>9</sup> <https://doi.org/10.1101/2020.02.28.20029272>

<sup>10</sup> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)

<sup>11</sup> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60852-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60852-7)

Schließlich erarbeitete ein kleiner Kreis um den Vorsitzenden der Geschäftsführung ein grobes Konzept für das COVID-Haus und die Abstrichstelle. Dieses Konzept wurde am 03.03.2020 vorgestellt und ohne weitere Diskussion akzeptiert.

Häufiger Durchgangsverkehr in der Nähe des Krankenhauseingangs – insbesondere von potenziell infizierten Personen – birgt das Risiko nosokomialer Ausbrüche durch ein unbewusstes Verschleppen der Infektion durch virusausscheidende "Super-Spreader." Dass infizierte Personen Super-Spreader sein können, ist schon seit dem SARS-CoV-1-Ausbruch 2002/3 bekannt. Dieses Wissen scheint bei der Aufstellung der Abstrichstelle im Innenbereich des Haupteingangs des Klinikums nicht berücksichtigt worden zu sein.

*Dem Vorschlag für die Abstrichstelle und das COVID-Haus wird von den Fachexperten nicht widersprochen.*

In diesem Zusammenhang ist verwunderlich, dass der anwesende Infektiologe nicht auf das offensichtliche Risiko der Abstrichstelle aufmerksam machte. Eine Erklärung dafür könnte das etablierte dominante Führungsmuster sein, das Widerspruch durch Fachexperten nicht erlaubte.



### 3.2.3 Bewältigungsstrategien für die sich abzeichnenden SARS-CoV-2 Pandemie

**Der etablierte Krisenstab wird zu Beginn durch die Geschäftsführung dominiert, wichtige Perspektiven wie die Krankenhaushygiene oder Diagnostik fehlen. Dies führt dazu, dass das vorhandene Wissen in der Organisation nicht genutzt wird. Das Risiko einseitiger, uninformativer Entscheidungen steigt.**

Der Krisenstab tagt erstmalig am 16.03.2020. Gespräche mit Mitgliedern des Krisenstabs lassen den Schluss zu, dass die Arbeit im Krisenstab zu Beginn durch die Geschäftsführung dominiert wird. Auch die Firma Kienbaum, die ab Anfang April regelmäßig am Krisenstab teilnimmt, erlebt die Managementstrukturen und Prozesse als stark auf die Geschäftsführung zugeschnitten.

Zudem fehlen wichtige Perspektiven im Krisenstab. So ist die Krankenhaushygiene zu Beginn nicht eingeladen. Für Ausbruchskommissionen oder Ausbruchmanagementteams wird von der KRINKO die Krankenhaushygiene als zentrale Mitwirkende empfohlen. §7 der Brandenburger Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygV) beschreibt, dass die Krankenhaushygienikerin oder der Krankenhaushygieniker Maßnahmen des Ausbruchmanagements koordiniert. Dieser Empfehlung wurde nicht entsprochen. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass die Situation von den Beteiligten nicht als Ausbruchsgeschehen interpretiert noch das Risiko eines nosokomialen Ausbruchs in Betracht gezogen wurde.

**Die Weiterführung elektiver Operationen bis Ende März riskiert Versorgungsengpässe zugunsten wirtschaftlicher Interessen. Widerspruch und Zweifel dazu werden entmutigt.**

Am 13. März 2020 hat der Bundesminister für Gesundheit (BMG) alle Krankenhäuser in Deutschland öffentlich und deren Geschäftsführungen in einem „Alarmbrief“ individuell aufgefordert, auf planbare Eingriffe ab sofort zu verzichten („Bitte verschieben Sie planbare Operationen und Eingriffe jetzt“).

Aus anderen Krankenhäusern wurde berichtet, dass entsprechend dieser ministeriellen Aufforderung elektive Eingriffe unmittelbar ausgesetzt wurden, was bei einweisenden Ärzten zu Irritationen und Nachfragen führte, weshalb anders als im KEvB eine derart stringente Umsetzung der Aufforderung erfolge.

Die Leitung des Klinikums KEvB hat am 13.03.2020 in einer Sondersitzung beschlossen, keine komplette Verschiebung aller planbaren Eingriffe anzuordnen, sondern eine Abstufung nach Dringlichkeit der Operationen bis zum 19.04.20 vorzunehmen (siehe auch Zwischenbericht der Geschäftsführung). Nur Eingriffe, in deren Folge die Belegung von Intensivbetten über 2-3 Tage zu erwarten waren, sollten vorerst ausgesetzt werden. Operationen ohne Intensivkapazität sollten danach „erstmal“ weiterlaufen. Das deckt sich mit Beschreibungen von Mitarbeitenden in den Gesprächen, dass im KEvB selbst nach Auftreten der ersten COVID-19-Fälle bis mindestens Ende März weiter elektiv operiert wurde, ohne dass die Aufsicht hierauf reagiert hätte. Die Aussagen gehen hier auseinander: Laut Aussage einer Führungskraft gab es ein ausgefeiltes Set von Kriterien zur Bewertung. Andere Personen berichteten von der Anweisung, die Betten bis zum Quartalsende noch voll zu machen. Ärzt\*innen berichten, dass Zweifel und Kritik zur weiteren Durchführung elektiver Eingriffe abgewehrt wurden. Zum Beispiel wurden Ärzt\*innen in der Chefarztsitzung am 25.03.20 angewiesen, die OPs noch weiterlaufen zu lassen, um dann von 12 auf 8 zu reduzieren.

Es gab keine einheitliche und verbindliche Vorgehensweise, sondern eher auslegungsbedürftige Vorgaben, die dann unterschiedlich ausgelegt wurden. Im Ergebnis hat das KEvB in der Woche vom 23.-29.03.2020 seine Eingriffe bei stationären Patienten gegenüber 13. KW des Vorjahres um lediglich ca. 20 % reduziert.

Damit weicht das Klinikum vom am 06.03.2020 selbst erstellten Stufenplan für Epi-/ Pandemien ab, der vorsieht, dass bei einem Auftreten von mehreren bestätigten Fällen im Klinikum elektive Aufnahmen auszusetzen sind.



#### **Keine konsequente Nachverfolgung von SARS-CoV-2-Fällen erkennbar.**

Die im Nachhinein gelieferten Listen zum Ausbruchsgeschehen sind uneinheitlich und widersprüchlich, wie die Protokolle zum Ausbruchmanagement, der Abschlussbericht von Kienbaum und auch der RKI-Bericht darlegen. Sie legen den Eindruck nahe, dass während des Ausbruchsgeschehen keine zeitgerechte LineList der nosokomialen Fälle erstellt wurde. So ist es nicht möglich, einen Überblick für eine epidemiologische Analyse der ersten zusammenhängenden nosokomialen Fälle zu gewinnen (siehe auch Kapitel 3.2.1, S. 44).

Die mangelnde Dokumentation verzögert die Erkennung des Ausbruchsgeschehens und begünstigt es damit.

Gespräche mit infizierten Mitarbeitenden ergaben, dass diesen nach Positivtestung nicht klar war, wer Ansprechpartner für Meldungen ist (z. B. der betriebsärztliche Dienst oder die Krankenhaushygiene). Auch war nicht klar, welche Informationen es für eine Meldung braucht (z. B. Kontaktlisten o.ä.). Teilweise fertigten Mitarbeitende eigeninitiativ Kontaktlisten an, aber es fehlte ein etabliertes System zur strukturierten Dokumentation und Nachverfolgung. Aufgrund mangelnder Vorbereitung und der allgemeinen Unsicherheit zum Umgang kommt es zu Beginn des Ausbruchs zu widersprüchlichen Angaben und Verhaltensweisen.

#### **Uneinheitliche Vorgehensweise mit Reiserückkehrern.**

Hinzu kommt, dass Mitarbeitende, die aus Risikogebieten zurückkehrten, nicht wussten, wie sie sich verhalten sollten. Mitarbeitende äußerten in den Gesprächen Mängel im einheitlichen Management von Reiserückkehrern (z. B. keine konsequenten Quarantänebestimmungen).

#### **Wenig konsequente Umsetzung der getroffenen Schutzvorkehrungen.**

Die Schutzmaßnahmen fokussierten sich zu Beginn vorrangig auf Mitarbeiterschulungen zum Eigenschutz vor COVID-19. Gespräche mit Pflege- und Servicemitarbeitenden zeigen, dass die getroffenen Schutzvorkehrungen nicht konsequent umgesetzt wurden.

So sind zu Beginn die definierten Bereiche für COVID-19-Patienten nur unzureichend abgetrennt und es gab viele Unsicherheiten bei den Mitarbeitenden hinsichtlich der Wegeführung in bzw. vor COVID-Bereichen.

Service-Mitarbeitende sind von der Regelkommunikation des Hauses abgetrennt, weil sie keinen Zugang zu den Informationssystemen haben. So kennen sie die Regeln nicht bzw. sind abhängig von den Führungs- und Kommunikationskompetenzen ihrer jeweiligen Führungskraft. Mitunter wird das Service-Personal angewiesen, die Regeln nicht einzuhalten.

Die Abstrich-Regeln werden nicht immer verfolgt. Die Pflege hat Probleme, die Regeln bei Patienten durchzusetzen und fühlt sich damit allein gelassen, da es keine Kommunikationsroutinen mit den Ärzten auf Station gibt. Die sich täglich ändernden und auslegungsbedürftigen Anweisungen erfolgen per Papier ohne Möglichkeiten für Rückfragen etc.

#### **Empfehlung**

##### ***Verbesserung der organisationalen Rahmenbedingungen***

- Dieser Abschnitt zeigt, dass die zuvor herausgearbeiteten Spezifika der organisationalen Rahmenbedingungen und eingespielten kulturellen Muster das Ausbruchsgeschehen begünstigt haben. Entsprechend sollten die Rahmenbedingungen gemäß den genannten Empfehlungen verbessert werden (siehe Abschnitt 3.1.)



### 3.2.4 Diagnostische Kapazitäten und Zusammenarbeit mit dem Labor

**Die inadäquate Bereitstellung und Ausstattung in den fachärztlich getrennten Fächern Labormedizin, Mikrobiologie (inklusive Virologie und Immunologie), Krankenhaushygiene und Pathologie also in der mittelbaren Krankenversorgung des KEvB führte zur raschen Überlastung der vorhandenen Strukturen während des Ausbruchs.**

Die Fachgebiete Labormedizin, Mikrobiologie (inklusive Virologie und Immunologie), Krankenhaushygiene sowie die Pathologie sind getrennte Facharztgebiete und werden bundesweit auch durch getrennte Fachgesellschaften vertreten (Labormedizin, DGKL; Mikrobiologie, DGHM; Krankenhaushygiene, DGKH; Virologie, GfV; Immunologie, DGfI; Pathologie, DGP). In diesem Bereich der laborgestützten Diagnostik bestehen die größten Wissenszuwachsrate in der Medizin. Sie sind für ca. 70% der Diagnosen verantwortlich. Die Personal- und Geräteausstattung dieser Fachbereiche ist am KEvB grundlegend unzureichend und auch nicht als getrennte Institutsbereiche etabliert, obwohl das KEvB aufgrund seiner Bettenzahl dieses erfordern würde. Eine rasche Probenbearbeitung, der Aufbau von neuen diagnostischen Fertigkeiten (z. B. molekulare Diagnostik Etablierung erfolgte erst Anfang April) waren unter dem Personalschlüssel und mit den Gerätschaften kostenbedingt auch nicht umsetzbar. Die aktuelle Weiterbildung und das kontinuierliche Aneignen der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse sowie das rasche Bearbeiten international gängiger (für jedermann frei verfügbarer) Literatur setzt voraus, dass die notwendigen Personal- und damit individuellen Zeitkapazitäten vorhanden sind, um neue Labormethoden und Änderungen im Laborablauf und Betriebsablauf zu ermöglichen.

Zeit- und Personalmangel haben begünstigt, dass der aktuelle Wissensstand aus dem hochdynamisch sich verändernden internationalen COVID-19-Wissensstand nur eingeschränkt in den Entscheidungen klinikweit berücksichtigt wurden.

Eine Folge der inadäquaten Bereitstellung der mittelbaren Krankenversorgungsstrukturen zeigt sich auch darin, dass selbst der gesetzlich vorgeschriebenen Vorhaltung eines hauptamtlichen Krankenhaushygienikers nicht nachgekommen wurde (siehe auch Kapitel 2 und 3.3). Die Krankenhaushygieneleitung hatte zusätzlich die Leitung der Mikrobiologie und Virologie, sodass in Folge die gesetzliche geforderte Bereitstellung nicht gegeben war. Es war somit (erst recht in der Ausbruchssituation) unmöglich, drei Fachgebiete *lege artis* vor Ort zu vertreten.

**Das Labor Potsdam wies eine grundlegende Fähigkeitslücke in der molekularen Diagnostik auf. Dies betraf auch den Nachweis von SARS-CoV-2, sodass das die Vergabe der Aufträge an externe Labor-Provider bis mindestens 08.04.2020 notwendig war.**

Aufgrund der internationalen Lage und des Auftretens der ersten Fälle in Deutschland (Bayern) war das Nicht-Beheben der Fähigkeitslücke ein schwerer logistischer Fehler, denn schon am 23.01.2020 wurden der PCR-Test zum Nachweis von SARS-CoV-2 von der Prof. C. Drosten/Charité (sozusagen im Nachbarlabor) publiziert, sodass mehrere Wochen Zeit waren um das Verfahren im Labor-Potsdam, zumindest als In-House-Verfahren, zu etablieren. Dies ist nicht erfolgt, sondern externe Provider wurden mit der Diagnostik betraut und es wurde selbst angesichts der sich abzeichnenden Pandemie nicht on-time primär investiert.

Nach Gesprächen mit den Mitarbeitenden dauerte der Rücklauf der Befunde bis zu 4 Tage, schriftlich wird dies auf Nachfrage mit 1,1 bis 2,1 Tagen angegeben. Ein Zustand der ein Ausbruchmanagement eines auch aerosolisch-übertragbaren Erregers unmöglich macht, da unbekannt positive Individuen das Virus weiter verteilen. Erst nach dem am 08.04.20 war die PCR-Diagnostik im Labor-Potsdam verfügbar. Die Verfügbarkeit einer Molekulardiagnostik, die inzwischen seit mehr als 20 Jahren zum diagnostischen Standardrepertoire in den Bereichen Labormedizin, Mikrobiologie/Virologie und Immunologie gehört, war nicht gegeben. Bei einer etablierten zeitgemäßen Struktur wäre ein rascher Aufbau der SARS-CoV-2-Diagnostik sehr wohl möglich gewesen. Auch die zeitweise



Reagenzienknappheit wäre bei einem gut etablierten molekulardiagnostischen Labor und ordnungsgemäßer Bevorratung grundlegend vermeidbar gewesen. Hier sei das Beispiel einiger Privatlabore in Baden-Württemberg genannt, die zu der Zeit trotz sehr hohen Probenaufkommens keine Testausfälle aufgrund von Reagenzienmangel zu verzeichnen hatten.

**Bisheriges Outsourcing von Molekulardiagnostik führt zu einem Engpass an Laborkapazitäten und -kompetenzen. Das Labor als zentrale Funktion erhält wenig Informationen zum Ausbruchsgeschehen-**

Durch das Outsourcing an externe Partner gibt es im eigenen Labor keine bis wenig Kompetenzen im Fachgebiet Molekularbiologie bzw. molekularbiologische Diagnostik. So ist selbst Wissen das andernorts seit Jahrzehnten besteht, nur rudimentär präsent und Fortentwicklung wird nicht etabliert. Auch gehen Einflussmöglichkeiten verloren und der Koordinationsaufwand steigt.

Während des Ausbruchsgeschehens werden benachbarte Ressourcen nicht genutzt, um diese Wissensdefizite auszugleichen. So gibt es keinen Austausch mit der Charité.

Manuelle Prozesse (Eintragen von Daten in Excel-Listen) erhöhen das Risiko von Verwechslungen und strapazieren das ohnehin knappe Personal.

Obwohl die Diagnostik ein Dreh- und Angelpunkt in einer Pandemie ist, ist das Labor weder Teil des Krisenstabes noch wird es umfassend über seine Rolle und die geplanten Vorgehensweisen informiert. So berichten Mitarbeitende des Labors, dass sie Mitte März unverhofft sehr viele Tests erhielten und nicht klar war, wie der Prozess aussehen würde.

Informationen wurden bilateral von Schicht zu Schicht, von Kolleg\*in zu Kolleg\*in weitergegeben. Zudem war unklar, wie man sich selbst verhalten soll. Schutzausrüstung wurde eher entzogen. Vorhandenes Material wie Handschuhe etc. sollte für die Stationen reserviert werden. Die Geschäftsführung zeigte sich genervt auf Nachfragen („Nehmt Küchenhandschuhe“).

**Der Weg vom Laborbefund zur Diagnosestellung lässt sich im Krankenhausinformationssystem nicht schlüssig nachverfolgen. Einträge zu COVID-19-Abstrichen, die in eine Ende März in das Krankenhausinformationssystem eingefügte Komponente erfolgten, stimmen nicht mit Einträgen in der Komponente für ärztliche Diagnosen überein, da die entsprechenden Komponenten nicht miteinander verlinkt sind.**

Alle Mitarbeiter\*innen des KEvB müssen ihre Arbeit mit Hilfe des digitalen Krankenhausinformationssystems (KIS) SOARIAN planen und dokumentieren. Für jeden Gesundheitsfachberuf enthält dieses System eigene Komponenten und es kann bei Bedarf um zusätzliche Komponenten erweitert werden. Ende März 2020 wurde von der hausinternen IT-Abteilung zur Eintragung von erfolgten Abstrichen und deren Resultaten die Komponente COVID-Marker in das Krankenhausinformationssystem eingebaut. An das genaue Datum dieses Einbaus konnten sich die Mitarbeiter der IT-Abteilung im Gespräch nicht erinnern.

Diese Komponente war mit den schon vorhandenen Komponenten nicht so verlinkt, dass eine automatische Übertragung von Daten zwischen ihnen erfolgte. Positive Befunde, die in COVID-Marker festgestellt wurden, führten so nicht immer zu einer COVID-19 Diagnose in der Komponente zum Eintragen der ärztlichen Diagnosen. Andererseits konnte beim Eintrag „Befund ausstehend“ in COVID-Marker schon die Diagnose COVID-19 Pneumonie in der entsprechenden Komponente gestellt sein. In diesen Fällen bleibt unklar, anhand welcher Kriterien die ärztliche Diagnosestellung erfolgte.

#### **Empfehlungen:**

- Es gilt, ein molekulardiagnostisches Labor auf dem Stand der Technik zu etablieren
- Grundlegend müssen alle COVID-19-Befunde, vor allem die positiven Testergebnisse umgehend



ärztlich validiert werden und von der Labor-EDV dann sofort in das KIS übertragen werden. Es wäre zusätzlich zielführend, wenn die leitende Stationspflegekraft, die Hygienekraft und der zuständige Arzt diesen Erstbefund zeitgleich umgehend auf ein mobiles Endgerät als Notfall-Nachricht erhalten würden um zeitnah organisatorische (Hygienemanagement) und therapeutische Maßnahmen ergreifen zu können.

- Einträge aus der Komponente COVID-Marker von SOARIAN sollten mit anderen Komponenten des Krankenhausinformationssystems so verlinkt sein, dass Unstimmigkeiten zwischen den Komponenten als Fehler angezeigt werden und korrigiert werden müssen.

### 3.2.5 Exkurs: Stellungnahme zum RKI-Bericht vom 08.04.2020

Die Kommission stimmt mit der Stellungnahme und den Empfehlungen des RKI überein. Ein Schwerpunkt für zukünftige Verbesserungsmaßnahmen liegt darin, dass in einer Krisensituation obligat der betriebsärztliche Dienst und die Krankenhaushygiene eingebunden werden müssen. Auch eine Echtzeitinteraktion mit dem GA muss erfolgen.

Des Weiteren sind die adäquate Bereitstellung von Laborkapazitäten, personeller Fachkompetenz und die Etablierung einer Teststrategie sowie das Führen einer Linelist mit Zeitschiene von zentraler Bedeutung. Grundlegend muss der Kapazitätsaufbau in der mittelbaren Krankenversorgung am KEvB wiederhergestellt, neu aufgebaut und auf den Stand der aktuellen Technik gebracht werden, um eine zeitgemäße und zukunftsgerechte Versorgung am KEvB zu gewährleisten.

Eine eher wirtschaftsorientierte Organisation der Krankenversorgung mit einer Reduktion auf ein Minimum des Möglichen hat sich im Rahmen des COVID-19-Ausbruchs als schwerer nicht vermittelbarer Fehler erwiesen.

Eine Präventionsstrategie zur Verhinderung des Eintrages und der Verbreitung von SARS-CoV-2 in der Klinik durch systematisches Testen von Personal und Patient\*innen und ein striktes Management von Kontaktpersonen ist ebenso notwendig wie die konsequente epidemiologische und idealerweise Virusgenomsequenz-basierte Analyse von nosokomialen Infektionen. Die Errichtung unterschiedlicher Bereiche ist richtig, ebenso wie das Aufrechterhalten einer notwendigen Regelversorgung (z. B. onkologische Versorgung).

Hingegen stellen die mehrfachen Umzüge in Folge des Bekanntwerdens des nosokomialen Ausbruchs ein weiteres Risiko für die Erregerausbreitung dar und sind mit großer Wahrscheinlichkeit Mitursache des SARS-CoV-2-Transmissionsgeschehens. Eine Sequenzanalytik zur Charakterisierung des Ausbruchs konnte aufgrund nicht (mehr) vorhandener Laborproben nicht erfolgen, sodass die Infektionsketten nicht beweisend nachvollzogen werden konnten.

### 3.3. Zusammenarbeit mit externen Akteuren

**Die Klinikverantwortlichen haben den Aufgaben und der Verantwortung eines Gesundheitsamtes nicht die notwendige Bedeutung beigemessen. Auch das Gesundheitsamt ist seiner Aufsichtsverpflichtung hinsichtlich der Ausstattung, Strukturen und Abläufe im Bereich Krankenhaushygiene nicht ausreichend nachgekommen.**

Zu den zentralen Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gehört es, den Infektionsschutz sicherzustellen (siehe hierzu auch die Ausführungen zur Aufsichtspflicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Anhang 6.6).

Das GA der LHP hat seine Aufgaben in den zurückliegenden Jahren im Hinblick auf das KEvB sehr unzureichend wahrgenommen. Das GA war in dieser Zeit personell gravierend unterbesetzt und verzeichnete zudem einen hohen Krankenstand unter den Mitarbeitenden.

Mit dem Wechsel in der Leitung des GA und dessen personeller Konsolidierung hat sich allmählich eine Veränderung in der Aufgabenwahrnehmung eingestellt. Allerdings war das GA entgegen den Empfehlungen des RKI nicht bereits in der proaktiven Phase in das Ausbruchsteam integriert.

Den Gesprächen mit Mitarbeitenden ist zu entnehmen, dass während auf Arbeitsebene teilweise gute Kontakte zum GA gepflegt wurden, die Strategie der Geschäftsführung darin bestand, das GA aus dem Betrieb des Klinikums so weit wie möglich herauszuhalten.

*Begehungen durch das Gesundheitsamt wurden nur unregelmäßig und wenig strukturiert durchgeführt.*

Das GA nahm bis in das Jahr 2016 Begehungen nur unregelmäßig und unstrukturiert vor. Fanden Begehungen statt, so mussten im Klinikum Ernst von Bergmann die Verantwortlichkeiten, der personelle und organisatorische Aufbau des Bereiches Hygiene und Ansprechpartner erst erfragt werden. Erst ab der zweiten Hälfte 2016 wurden regelmäßige, risikoadjustierte Begehungen einmal jährlich in allen fünf Potsdamer Krankenhäusern durchgeführt. Die Leitung des KEvB zeigte sich am Austausch mit den Vertretern des GA anlässlich der Begehungen nicht interessiert. So dauerte es z. B. weitere Jahre, bis die Geschäftsführung und die Ärztliche Leitung bewegt werden konnten, an den Eröffnungs- und Abschlussgesprächen der Begehungen teilzunehmen.

*Nachfragen des Gesundheitsamts werden nur zögerlich bearbeitet.*

Aus der Dokumentation der Kommunikationsabläufe zwischen dem Klinikum und dem GA ergibt sich, dass Meldungen zum Teil nicht unverzüglich, nicht mittels des vorgesehenen Formulars, nicht durch die hierfür bestimmte Person und nicht vollständig abgegeben wurden. Nachfragen zur Sachverhaltsaufklärung und zu eingeleiteten Maßnahmen führten zu Korrespondenzen, die sich über mehrere Monate erstreckten. Das GA sah sich in einem Falle gehalten, darauf hinzuweisen, dass Verstöße gegen die Auskunftspflicht Bußgeld bewehrt sind und die Möglichkeit der Androhung eines Zwangsgeldes bestehe.

So erhielt das GA im April 2019 Kenntnis von Infektionshäufungen in der Zeit vom 13.03. bis 22.04.2019. Bis zum 21.06.2019 erfolgte keine offizielle namentliche Meldung des Ausbruchs, so dass das GA wiederholt schriftlich um Sachverhaltsaufklärung bitten und schließlich das Landesgesundheitsamt (LASV) um Amtshilfe ersuchen musste.

Nachfragen des GA zu einem weiteren VRE-Ausbruch im November 2019 wurden über eine Woche nicht beantwortet. Die Aufklärung eines Sachverhalts in Zusammenhang mit einem beim GA



eingegangenen Laborbefund über eine Hepatitis-B-Infektion eines/einer Beschäftigten im Juli 2019 (Identifizierung der betreffenden Person und Regelungen zum Umgang mit derartigen Erkrankungen) zog sich bis in den Februar 2020 hin und verursachte umfangreichen Schriftwechsel.

*Wenig gemeinsames Lernen von kritischen Ereignissen.*

Bereits im Vorfeld der Pandemie gab es Frühsignale, dass die Zusammenarbeit im Umgang mit Meldungen nicht funktioniert (frühere nosokomiale Ausbrüche in 2019, siehe oben). Diese Fälle wurden zwar beanstandet und das direkte Problem in Form von Begehungen fachlich bearbeitet. Die Qualität der Zusammenarbeit jedoch wurde nicht zum Gegenstand des Lernens. Dabei fällt ins Auge, dass es keine gelebten Mechanismen wie z. B. Ereignisuntersuchungen gibt, um gemeinsam solche Defizite in lernbereiter Atmosphäre zu bearbeiten.

*Personelle und strukturelle Mängel in der Krankenhaushygiene wurden vom Gesundheitsamt nicht beanstandet*

Das GA führt die Aufsicht über die Hygiene im Krankenhaus. Das Amt hat gravierende personelle und strukturelle Mängel weder beanstandet noch konsequent abgestellt.

Die Standards für die Hygiene im KEvB waren personell und strukturell unzureichend. Die Verteilung der Aufgaben und Verantwortung für die Hygiene im Klinikum war entgegen § 23 IfSG nicht klar geregelt. Die verantwortliche Fachärztin für Krankenhaushygiene war zugleich verantwortlich für die Leitung Mikrobiologie. Sie hatte daher nicht ausreichend Zeit, um sich beiden Aufgabengebiete in vollem und erforderlichem Umfang zu widmen.

Bereits im Jahre 2019 hat das RKI Empfehlungen zur Mindestausstattung von Krankenhäusern mit Hygienepersonal veröffentlicht. Diese wurden danach im IfSG des Bundes und in den Hygieneverordnungen der Länder verbindlich festgeschrieben und waren zunächst bis Ende 2016 und dann nach einer Verlängerung der Übergangsfrist, spätestens bis Ende 2019 zu erfüllen. Auch die brandenburgische Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygVO) vom 06.02.2012, geändert durch VO vom 21.03.2016 (GVBl.II/16) erklärt hinsichtlich der Vorgaben für den Einsatz von Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des RKI für verbindlich (§ 7 Abs. 3 S.3). Die Umsetzung erfolgte bundesweit sehr unzureichend – so auch im KEvB.

Die prekäre Personalsituation in der Krankenhaushygiene war bereits im Februar 2017 Gegenstand einer Anfrage in der Stadtverordnetenversammlung. Das GA forderte das KEvB zur Stellungnahme auf. Die Geschäftsführung teilte daraufhin mit, dass für die Aufgaben eine\*r Hygieneärzt\*in kalkulatorisch 1,9 VK benötigt würden, tatsächlich aber nur 1,0 VK für einen Krankenhaushygieniker zur Verfügung stünden. Die Kompensation der fehlenden 0,9 VK erfolge durch die Einbindung von 22 hygienebeauftragten Ärzten (= 0,65 VK) und 72 hygienebeauftragten Pflegekräften (=1,74 VK). Die Krankenhaushygienikerin sei zugleich für den Bereich Mikrobiologie zuständig.

Im Bericht über eine Krankenhaus-Begehung im Oktober 2017 wurde seitens des GA (in Fettdruck) auf die Einhaltung der KRINKO-Richtlinie zum Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern durch Krankenhaushygieniker hingewiesen. In ihrer Stellungnahme zu dem Bericht geht die Leitung des KEvB auf diese Forderung nicht ein, berichtet hierzu aber im Mai 2018: „Frau Dr. E. ist sowohl in der Klinikum Ernst von Bergmann als auch in der Poliklinik GmbH angestellt. Sie betreut das Klinikum Ernst von Bergmann, das Klinikum Bad Belzig, das Klinikum Westbrandenburg und die Poliklinik. Der arbeitsvertragliche Anteil in der KEvB GmbH beträgt 0,375 VK“.

Im Vorgespräch der Begehung im Dezember 2018 wurden die Personalkapazitäten in der Krankenhaushygiene erneut thematisiert. Der Begehungsbericht des GA enthält hierzu allerdings keine Hinweise.



In einer Antwort vom 18.11.2019 stellt die Geschäftsführung gegenüber dem GA zur Frage der personellen Kapazitäten Krankenhaushygieniker nur fest: „intern und extern; in Summe 48 Stunden; 4 Ärzte in Weiterbildung“, ohne näher auf die Anzahl der aktuell zur Verfügung stehenden Vollkräfte (VK) einzugehen. Eine konkrete Reaktion seitens des GA auf diese Antwort ist nicht bekannt.

Fazit: Das Thema Personalausstattung der Krankenhaushygiene wird zwar über Jahre wiederholt aufgegriffen. Je näher das Ende der Übergangsfrist rückt, desto mehr „kaschiert“ die Leitung des KEvB die tatsächliche mangelhafte Ausstattung, ohne dass seitens der Aufsicht Konsequenzen gezogen werden.

**Ein frühzeitigeres Agieren des Gesundheitsamtes Anfang Februar 2020 (Aufforderung an alle betroffenen Krankenhäuser entsprechend der Festlegung in der Amtsärztekonzferenz) bzw. Mitte März (Aufforderung des Bundesministers für Gesundheit an alle Krankenhäuser, planbare Eingriffe zu verschieben) wäre hilfreich gewesen.**

In einer Telefonkonferenz des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz (MSGIV) mit den Amtsärzt\*innen der Stadt- und Landkreise im Land Brandenburg wurde am 29.01.2020 festgelegt, dass die Gesundheitsämter die Krankenhäuser auffordern, ihre Pandemiepläne vorzulegen und zu aktualisieren. Die Festlegung war als Auftrag der Aufsichtsbehörde MSGIV zu verstehen, was dadurch verdeutlicht wird, dass von dort in der Folge der Erledigungsstand erfragt wurde. Der Auftrag zielte darauf ab, im Vorfeld einer sich abzeichnenden Pandemie alle Krankenhäuser zu veranlassen, die Abläufe durchzuspielen, Bereiche für Infizierte zu identifizieren, sich um Schutzausrüstung zu kümmern, das Konzept der Kontaktplanung zu überarbeiten etc. Der öffentliche Gesundheitsdienst und die Krankenhäuser sollten sich so frühzeitig abstimmen, wie mit einer pandemischen Lage umgegangen wird.

Das GA ist in diesem Sinne nicht auf das KEvB zugegangen. Es hat die Ärztliche Leitung und Krankenhaushygienikerin nicht angesprochen. Nachdem das KEvB eigeninitiativ tags zuvor in einer Pressemitteilung seinen guten Vorbereitungsstand publik gemacht hatte, unterließ es das GA, eine Aktualisierung des Pandemieplans anzufordern. Gerade nach dem in den Akten dokumentierten Umgang des KEvB mit einem VRE-Ausbruch im Jahr 2019 und einem Ausbruch in der Neonatologie einige Zeit später hätte das GA nachfragen müssen, welche konkreten Planungen der Pressemitteilung des Klinikums zu Grunde lagen.

Tatsächlich befand sich die Pandemieplanung zu diesem Zeitpunkt in Überarbeitung. Einen fertigen Plan, der Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten, Räume, Technik etc. für den Krisenfall klar benennt und zuweist, gab es nicht (siehe Abschnitt 3.2.1). Das Umschalten des Klinikums auf den Krisenmodus am 17.03.2020 wurde in dieser „planlosen“ Lage daher von vielen Beteiligten als verwirrend empfunden. Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten waren im Krisenstab anfangs unklar.

**Das Gesundheitsamt war bei der Einordnung und Bewertung der Labormeldungen, die in dem Zeitraum 18. bis 28. März eingingen und dem Klinikum zuzuordnen waren, auf die Mitwirkung des Klinikums angewiesen.**

In der Antwort auf eine parlamentarische Anfrage in der Stadtverordnetenversammlung legt die Verwaltung der Landeshauptstadt Potsdam dar, zu welchem Zeitpunkt jeweils in welcher Anzahl dem GA Labormeldungen, die dem KEvB zugeordnet waren, vorlagen (Meldungen insgesamt einschl. Doppelmeldungen: 18.03.: 10 Meldungen, 19.03.: 12 Meldungen, 20.03.: 2 Meldungen, 21.03.: 2 Meldungen, 23.03.: 4 Meldungen, 24.03.: 9 Meldungen, 25.03.: 4 Meldungen, 26.03.: 29 Meldungen, 27. 03.: 38 Meldungen). Diese Meldungen über bestätigte COVID-19 Infektionen gingen über das jeweilige Labor beim örtlich zuständigen GA ein.

Eine Meldung des Klinikums Ernst von Bergmann unter Bezug auf das Infektionsschutzgesetz über ein Ausbruchsgeschehen ging beim GA erst am 29.3.20 und zwar zunächst auf telefonischem Wege ein.



Das Infektionsschutzgesetz sieht aus gutem Grund eine förmliche Meldung eines Krankenhauses über ein Ausbruchsgeschehen vor. Hierauf muss sich ein GA verlassen können. Es ist grundsätzlich auf die Einschätzung der Verantwortlichen am Ort des Geschehens angewiesen. Aus Labormeldungen allein sind weder Rückschlüsse auf die konkrete Situation der einer Labormeldung zugrundeliegenden Betroffenen (Patient\*innen, Mitarbeiter\*innen) noch auf die konkreten Umstände der Übertragung und etwaige epidemische Zusammenhänge möglich. Die Labormeldung allein lässt nicht erkennen, ob sie sich um einen wegen COVID-19-Symptomen aufgenommenen Patienten oder einen Patienten handelt, der diese Infektion nosokomial erst im Krankenhaus erworben hat.

Wenn nach dem Eingang einer einem Krankenhaus zuzuordnenden Labormeldung, Mitarbeitende des GA routinemäßig nachfragen und dem Befinden der betroffenen Person und evtl. Kontaktpersonen nachgehen, wird regelmäßig auch nachgefragt, wie die Ursache der gemeldeten Infektion, zumal bei einer Häufung dort eingeschätzt wird. In einer Situation, in der das KEvB sich als Schwerpunktkrankenhaus für die Aufnahme und Versorgung infizierter COVID-19-Patienten vorbereitet und bereitgehalten hat, in der auf allen Seiten Vorkehrungen in Erwartung größerer Fallzahlen getroffen wurden und Reiserückkehrer aus Hotspot-Regionen erwartet wurden, hätte das GA weiterer Hinweise seitens des Klinikums bedurft, um bereits vor der Meldung des Klinikums (29.3.20) Rückschlüsse auf einen möglichen Ausbruch ziehen zu können. Die auffällige Häufung von Labormeldungen über 10 Tage hinweg hätte vielmehr bei den für Hygiene und Infektionsschutz Verantwortlichen im Klinikum frühzeitiger die Frage nach einem nosokomialen Ausbruchsgeschehen aufwerfen müssen.

**Der Aufsichtsrat hat die Möglichkeiten einer effektiven Kontrollfunktion nicht ausgeschöpft. Ein ausgeprägteres Interesse für die Defizite und Schwachstellen im Klinikum wäre hilfreich und notwendig gewesen.**

Der AR hat soweit erkennbar und in Gesprächen berichtet, aus seiner Mitte keine Auskünfte bei der Geschäftsführung eingeholt, Berichte abgefordert, Anträge gestellt oder die Tagesordnung gestaltet. Über vertiefende Diskussionen zu den standardisiert turnusgemäß vorgelegten Risikoberichten wurde nicht berichtet. Strategieklausuren fanden nicht statt. Der Fokus des Interesses lag primär auf der Wirtschaftlichkeit des Unternehmens und den betriebswirtschaftlichen Parametern. Die Themen Patientensicherheit, Qualität der Versorgung und risikorelevante Prozesse kamen allenfalls am Rande vor. In den regelmäßig erstellten Risikoberichten wurde das Thema Hygiene seitens des KEvB weder als besonders brisant oder kritisch dargestellt, noch vom AR hinterfragt. Spätestens bei der Beratung und Entscheidung über die Ausgliederung von Betriebsteilen in eigenständige Unternehmen hätten die Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung und die Risikorelevanz des Vorgehens diskutiert und bewertet werden müssen.

Gespräche mit AR-Mitgliedern zeigen, dass die Auseinandersetzung im AR bisher durch die Geschäftsführung dominiert und wenig hinterfragt wurde. Die Diskussionen werden durch einige informelle Meinungsführer des AR geprägt, während andere Mitglieder Schwierigkeiten haben, sich Gehör zu verschaffen. Es gibt keine Mechanismen wie Moderation oder gezielte Kommunikationsformate, um informellen Meinungsführern Grenzen zu setzen und andere Perspektiven und Meinungen systematisch für die gemeinsame Kontrollaufgabe zu nutzen.

## 4 Übergreifende Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Ausführungen der vorangehenden Abschnitte zeigen, wie sich die so über Jahre entstandenen, latenten Systemschwächen in der Krisensituation ausgewirkt und das Ausbruchsgeschehen begünstigt haben.

Die ausführliche Analyse der systemischen Rahmenbedingungen zeigt, dass alle Beteiligten in den letzten Jahren auf den wirtschaftlichen Turnaround fokussiert waren. Die Geschäftsführung wurde vom Gesellschafter und AR daran gemessen, nicht an der Versorgungsqualität und Patientensicherheit.

Das Ergebnis ist, dass Wirtschaftlichkeit bei allen Entscheidungen in Vordergrund stand, während Fragen der Sicherheit, Hygiene und Qualität im blinden Fleck lagen. Die Anforderungen für Sicherheit, Hygiene und Qualität wurden zwar formell auf dem Papier befriedigt, jedoch nicht proaktiv als zentraler Wert in der Unternehmensführung verankert.

Die notwendige Fachexpertise, um diese Themen professionell zu bearbeiten, ist personell nicht ausreichend besetzt und der Stellenwert, die organisationale Einbindung sowie die fachlichen Kompetenzen sind entwicklungsbedürftig.

Eine mögliche Erklärung für diesen Zustand ist auch die beobachtbare geringe organisationale Lernfähigkeit – ein Muster, dass sich an verschiedensten Stellen der Ausführungen immer wieder zeigt. Insgesamt zeigt sich immer wieder eine eher geringe Offenheit, sich mit externen Impulsen zu beschäftigen und den Austausch mit Externen zu suchen und Empfehlungen auch umzusetzen. Auch gab es wenig Bemühungen und Mechanismen, sich mit internen Impulsen zu beschäftigen, wie zum Beispiel Ideen aus der Mitarbeiterschaft aufzunehmen.

Die Vermutung liegt nahe, dass viele der hier angesprochenen Missstände und Empfehlungen bereits von anderen internen und externen Gremien und Personen angesprochen wurden, diese aber nicht aufgegriffen wurden – weder von der internen Unternehmensführung als auch von den externen Kontrollgremien.

Eine zentrale Empfehlung ist daher auch, in einem ersten Schritt das bisherige Muster im Umgang mit Veränderungen zu reflektieren und den Veränderungsprozess bewusst zu gestalten. Erst so wird der Boden für eine nachhaltige Umsetzung der inhaltlichen Empfehlungen geschaffen.

Im Folgenden sind die wichtigsten Empfehlungen für die verschiedenen Gremien zusammengefasst.

### 4.1. Empfehlungen an die Geschäftsführung des KEVB zur Umsetzung

Die inhaltlichen Empfehlungen für die Geschäftsführung sind bereits im Abschnitt 3 beschrieben. An dieser Stelle konzentrieren wir uns vor allem auf unsere Empfehlungen zur Gestaltung des Veränderungsprozesses.

#### *Bewusstes Gestalten eines langfristigen, nachhaltigen Veränderungsprozesses.*

Der Bericht enthält vielfältige Empfehlungen für die Geschäftsführung, den Gesellschafter, den AR sowie weitere Institutionen wie das GA und die Politik.

Aufgrund des bisherigen, einseitigen Fokus auf Wirtschaftlichkeit zielen viele dieser Empfehlungen vor allem auf die stärkere Aufmerksamkeit und das Investment in die Qualität der Patientenversorgung und damit auch in die Mitarbeiterzufriedenheit. Die Befolgung der Empfehlungen setzt erhebliche Investitionen voraus.

Es wird unrealistisch sein, allen Empfehlungen sofort zu folgen. Das Risiko wäre groß, dass vieles mit dem eingespielten Muster der „Papierbefriedigung“ bearbeitet wird. Von einer „Haken-Dran-Abarbeitung“ wäre jedoch keine Wirkung zu erwarten. Eine einseitige (und reaktive) Bearbeitung des



bisher vernachlässigten Pols „sichere Patientenversorgung“ wäre aus unserer Sicht ebenso wenig zielführend („ab jetzt zählt nur noch sichere Patientenversorgung, Kosten spielen keine Rolle“). Diese Richtung wäre ohnehin nur kurzfristig haltbar und die Gefahr wäre groß, schnell wieder zu etablierten Mustern zurückzukehren, sobald sich die öffentlichen Wogen geglättet haben.

Vielmehr sollte das Ziel sein, Schritt für Schritt eine proaktive und professionelle Lernkultur im Umgang mit Risiken und widersprüchlichen Anforderungen zu entwickeln. Diese braucht die Pflege und die Ermächtigung verschiedener Fachkompetenzen sowie Kommunikationsroutinen, um diese Perspektiven effektiv zusammenzubringen – sozusagen ein kontinuierliches kollektives „Fitnesstraining“.

Dafür empfehlen wir einen langfristig angelegten und durchdachten Veränderungsprozess, der sich zunächst auf einige ausgewählte Maßnahmen konzentriert. Der Prozess sollte beteiligungsorientiert und interprofessionell angelegt sein und damit bereits vieles unserer Empfehlungen berücksichtigen und erproben.

Ein wichtiger erster Schritt sollte darin bestehen, die hier angedeuteten Muster gemeinsam im Führungsteam sowie auch gemeinsam mit den externen Kontrollorganen zunächst einmal selbst in den Blick zu nehmen, um sie für sich zu reflektieren und anzunehmen. Dies ist deshalb so wichtig, weil wir in den Gesprächen die Tendenz von Führungskräften sowie AR-Mitgliedern beobachtet haben, das Ausbruchsgeschehen als Pech oder als das Ergebnis zu intensiven Testens zu bagatellisieren oder die Ursachen eher bei anderen sehen. So sollte zunächst eine gemeinsame Basis und Motivation für die notwendige Veränderung geschaffen werden.

Eine wichtige Grundlage dafür ist es, die Spielregeln der Zusammenarbeit in den Führungsgremien zu reflektieren (Wie kommen alle zu Wort? Wie begegnen wir uns mit Respekt, auch wenn wir anderer Meinung sind? Wie profitieren wir auch von den naiven Fragen von Novizen oder jüngeren Mitarbeitenden? Wie treffen wir Entscheidungen?). In einem nächsten Schritt sollte dann ein Mechanismus in den jeweiligen Führungsgremien gefunden werden, um den Zielkonflikt Wirtschaftlichkeit/sichere Patientenversorgung angemessen zu bearbeiten und immer aufs Neue auszuloten. (dies trifft für interne als auch externe Gremien zu): Wie kann sicheres Arbeiten/die professionelle Bearbeitung von Risiken trotz widriger Bedingungen aussehen? Was ist unser gemeinsamer Weg?

#### *Einbindung von externer Kompetenz.*

Um ein grundlegendes Umdenken zu ermöglichen sollten Externe für den Erneuerungsprozess herangezogen werden. Das betrifft zum einen inhaltliche Fachexperten, wie zum Beispiel für die Organisation der Pflege, der Gestaltung der Notfallplanung, der Patientensicherheit und Hygiene oder bauliche Fragen.

Dies betrifft aber auch Berater\*innen für Führung, Organisation und Kulturentwicklung, um den Veränderungsprozess zu begleiten.

#### 4.2. Empfehlungen für den Gesellschafter und den Aufsichtsrat

*Die Rechtsform der gGmbH sollte beibehalten werden, jedoch die Aufsichtsorgane gestärkt werden sowie Organisationsstrukturen weiterentwickelt werden.*

Städte und Landkreise haben den Auftrag, Krankenhäuser zu betreiben, wenn und soweit die stationäre Versorgung nicht durch andere Träger sichergestellt wird. Krankenhausversorgung ist Teil der kommunalen Daseinsvorsorge. Kommunale Träger sind einer bedarfsgerechten Versorgung daher besonders verpflichtet.



Der Träger eines kommunalen Krankenhauses kann sein Unternehmen in verschiedener Rechtsform führen. Ganz überwiegend wird inzwischen für den Betrieb kommunaler Krankenhäuser die GmbH als Rechtsform des Privatrechts gewählt. Daneben kommt alternativ die öffentlich-rechtliche Rechtsform des Eigenbetriebs in Betracht.

Als Vorzug der Rechtsform GmbH wird allenthalben gesehen, dass die Krankenhaus-GmbH einerseits als eigenständige Rechtspersönlichkeit in das Verwaltungsgefüge der Kommune eingegliedert werden kann und andererseits im Rechtsverkehr schnell und flexibel durch die Geschäftsführung agieren kann, die wiederum durch Organe der Gesellschaft je nach Ausgestaltung der Satzung gelenkt und beaufsichtigt wird. Der Einfluss der gewählten Stadtverordneten auf „ihr“ kommunales Krankenhaus vollzieht sich eher mittelbar über die Organe der GmbH, das Aufsichtsgremium und den Gesellschaftsvertreter.

Demgegenüber ist das Krankenhaus in der Rechtsform des Eigenbetriebs unmittelbar in die Entscheidungsstrukturen des Trägers eingegliedert. Die kommunale Vertretung (SVV) besitzt maßgebliche Einflussmöglichkeiten. Sie hat direkten Einfluss auf Finanz- und Personalentscheidungen. Einer unmittelbaren Mitentscheidung und -verantwortung für unternehmerische Vorgänge stehen eine Abhängigkeit von politischen Entscheidungsebenen und lange und aufwändige Entscheidungswege gegenüber.

Es kann nicht verkannt werden, dass KEvB in der Rechtsform der GmbH über viele Jahre wirtschaftlich erfolgreich agiert hat und ausweislich der Beteiligungsberichte der LHP nach einer höchst defizitären Lage über mehrere Jahre Überschüsse erwirtschaftet hat, die in das Unternehmen investiert wurden und auf verschiedene Weise der LHP zugutegekommen sind. Andererseits bergen allzu autonome Unternehmensführungen die Gefahr, im Laufe der Zeit Macht zu bündeln, Abhängigkeiten zu erzeugen, einen heroischen Führungsstil zu entwickeln und die Organisation nach individuellen Interessen auszugestalten.

Die Expertenkommission hat die in Frage kommenden Rechtsformen abgewogen und spricht sich für die Beibehaltung der Rechtsform der GmbH aus. Allerdings sollte hierzu eine Stärkung der Aufsichtsorgane erfolgen, die Geschäftsführung neu strukturiert sowie die Organisationsstrukturen des Klinikums strategisch weiterentwickelt werden (siehe dazu die folgenden Empfehlungen).

*Die Vorschläge der Transparenzkommission zur Information des Aufsichtsrats sollten umgesetzt werden.*

Sowohl der Gesellschaftervertreter als auch der AR haben von Regelungen abgesehen, die eine kontinuierliche Information des ARs sicherstellen.<sup>12</sup>

Die LHP hat 2012 aus gegebenem Anlass eine Kommission eingesetzt, die Transparenzregelungen für städtische Unternehmen vorgeschlagen hat („Transparenzkommission“, deren „Transparenzbericht“ wird zitiert als B-TK 2012).

Der nach Veröffentlichung des Transparenzberichts von der Beteiligungsverwaltung erstellte „Handlungskatalog für Mitglieder von Aufsichtsräten“ (August 2012, zitiert als H-AR) hat diesen Vorschlag der Transparenzkommission allerdings nicht aufgegriffen. Weder der Gesellschaftervertreter

---

<sup>12</sup> Das GmbH-Gesetz (GmbHG) verlangt nicht, dass eine GmbH einen AR einrichtet, also ein Gremium, das die Geschäftsführung überwacht, § 111 Abs. 1 Aktiengesetz (AktG). Die Landeshauptstadt Potsdam hat sich aber entschieden, in der Satzung der Klinikum Ernst von Bergman gGmbH einen sogenannten freiwilligen AR vorzusehen. Das GmbHG enthält keine spezifischen Regelungen über die Funktionen und Befugnisse des ARs. § 52 GmbHG erklärt die einschlägigen Bestimmungen des AktG für anwendbar. Gemäß § 52 Abs. 1 GmbHG in Verbindung mit § 111 Abs. 4 S. 1 AktG können dem AR Maßnahmen der Geschäftsführung nicht übertragen werden. Er kann sich nach der gesetzlichen Regelung nicht zum Vorgesetzten der Geschäftsleitung machen, sondern muss sich aller Eingriffe in den Bereich der Geschäftsführung enthalten und sich auf die Überwachung der Geschäftsführung des Vorstands beschränken (§ 111 Abs. 1 AktG).



noch der AR haben im Verhältnis zur Geschäftsleitung des KEvB die Vorschläge der Transparenzkommission umgesetzt.

Diese Kommission hat im gleichgerichteten Interesse der städtischen Unternehmen und der Landeshauptstadt Potsdam auch konkrete Vorschläge für die Arbeitsweise der Aufsichtsräte in diesen Gesellschaften unterbreitet. Sie hat empfohlen, die Informationsrechte der Aufsichtsräte zu erweitern und eine Pflicht zur Berichterstattung in mindestens vierteljährlichen Abständen in einem standardisierten, aussagekräftigen Format zu begründen (B-TK 2012, Seite 60 f.). Eine solche Pflicht kann durch eine Satzungsänderung oder einer Informationsordnung des AR begründet werden (siehe dazu B-TK, Seite 61). Die Vorschläge der Transparenzkommission waren auf eine kontinuierliche Informationsverpflichtung der Geschäftsleitung der Unternehmen gerichtet („Bringschuld“ der Geschäftsführer statt „Holschuld“ der Aufsichtsräte). Diese regelmäßigen Berichte bewirken, dass die Mitglieder des ARs mit den betrieblichen Gegebenheiten besser vertraut sind. Regelabweichungen fallen eher auf, unerwartete Ereignisse können in ihren Auswirkungen besser eingeschätzt werden. Der AR wird so in die Lage versetzt seine Aufsichts- und Beratungspflichten kundiger wahrzunehmen.

Die Vorschläge der Transparenzkommission 2012 sollten umgesetzt werden. Es ist empfehlenswert, die Geschäftsführung der KEvB gGmbH nunmehr zu verpflichten, dem AR in kürzeren (mindestens vierteljährlichen) Abständen in einem standardisierten, aussagekräftigen Format Bericht zu erstatten.

*Der Aufsichtsrat ist durch mehr Fachexpertise in seiner Funktionswahrnehmung zu stärken.*

Wie in Kapitel 3.3 dargelegt, hat der AR kein ausgeprägteres Interesse für Defizite und Schwachstellen im Klinikum hinsichtlich Patientensicherheit, Qualität der Versorgung oder risikorelevanter Prozesse gezeigt und damit die Möglichkeiten, die ihm geboten sind, nicht ausgeschöpft.

§ 97 Abs. 4 Kommunalverfassung des Landes Brandenburg (BbgKVerf, zuletzt geändert durch Art. 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2019 (GVBl.I/19, [Nr. 38]) bestimmt:

*Die Mitglieder des Aufsichtsrates sollen über die zur ordnungsgemäßen Wahrnehmung der Aufgaben erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und fachliche Eignung verfügen. Sofern dies nicht der Fall ist, soll die Gemeinde für die erforderliche Qualifizierung Sorge tragen.*

Die Vorschläge der Transparenzkommission (B-TK 2012, Seite 62 f.) und die Handlungsempfehlungen für Aufsichtsräte (H-AR, S. 8 f.) unterstreichen und konkretisieren dieses Erfordernis. Die „Leitlinien guter Unternehmensführung / Public Corporate Governance Kodex der Landeshauptstadt Potsdam (Stand April 2008 (!), zitiert PCGK-LHP) äußern sich dagegen zurückhaltend (PCGK-LHP, Seite 9 Mitte).

Die Expertenkommission hält es für eine Selbstverständlichkeit, dass der AR als Gremium seine Überwachungsfunktion nur dann effektiv und zuverlässig wahrnehmen kann, wenn er der Geschäftsleitung auf Augenhöhe begegnet. Soweit die Mitglieder des AR von der SSV bestellt werden (siehe § 8 Abs. 2 Gesellschaftsvertrag), sollte diese die gemäß § 97 Abs. 4 BbgKVerf gebotene Eignungsprüfung verantwortungsvoll vornehmen. In der Praxis bedeutet dies, dass die Fraktionen die Eignungsvoraussetzungen schon in dem Verfahren prüfen sollten, das zum Wahlvorschlag führt.

Im AR eines Krankenhausträgers sind verschiedenste Kenntnisse und Erfahrungen erforderlich, um die Aufgaben kundig wahrnehmen zu können. Nicht immer wird es möglich sein ein Mitglied der SVV zu identifizieren, das über die erforderliche Eignung verfügt. Von der Möglichkeit des § 97 Abs. 2 Satz 2 BbgKVerf sollte dann im Interesse der Gesellschaft und der LHP Gebrauch gemacht werden: *Die weiteren Mitglieder des Aufsichtsrates können auch Bedienstete der Gemeinde oder sachkundige Dritte sein.*

Bei der Bestellung von Mitgliedern des AR ist künftig unbefangen zu prüfen, ob sie über die für das Amt erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen und die Eignung gemäß § 97 Abs. 4 Kommunalverfassung verfügen.

Es sollte zudem die Bereitschaft entwickelt werden, unter Zurückstellung parteipolitischer Erwägungen



im Interesse der Kommune, von der Möglichkeit des § 97 Abs. 2 Satz 2 Kommunalverfassung zum Wohle des Klinikums Gebrauch zu machen. Nach dieser Norm kann eine (besonders) sachkundige Person zum AR-Mitglied bestellt werden.

Zur Integration der verschiedenen Perspektiven und für eine professionelle Bearbeitung des Zielkonfliktes Wirtschaftlichkeit/sichere Patientenversorgung sollten die Mitglieder Regeln für die respektvolle Zusammenarbeit gemeinsam erarbeiten. Es muss zum einen bewusst verhindert werden, dass einige Perspektiven oder informelle Meinungsführer andere dominieren. Zum anderen muss sichergestellt werden, dass in dem politisch besetzten Gremium die zu vereinenden Pole/Ziele nicht zu persönlichen oder politischen Gegensätzen stilisiert werden. Es muss zum gemeinsam geteilten Anliegen werden, beiden Notwendigkeiten angemessen gerecht zu werden. Für den Beginn empfehlen wir hierfür eine professionelle, neutrale Moderation, um eingespielte Muster weiterzuentwickeln und entsprechende Kommunikationspraktiken zu etablieren.

*Die Geschäftsführung sollte auf drei Funktionen gemäß Krankenhausentwicklungsgesetz erweitert werden.*

Die interne Organisation eines Unternehmens richtet sich nach dessen Aufgaben und deren Erledigung. Für ein Klinikum bedeutet das, seine Prozesse auf die Behandlungsnotwendigkeiten von „Schutzbefohlenen“ Patient\*innen abzustellen. Dazu bedarf es der Organisation verschiedener Hierarchieebenen, die diesem Unternehmenszweck gerecht werden.

Die Führungsarchitektur sollte grundsätzlich auf Dauer angelegt sein und nur nach sorgfältiger Abwägung und unabdingbarer Notwendigkeit erweitert und angepasst werden. Die klare interne Strukturierung von Aufgaben, Abläufen und Verantwortung bewährt sich besonders im Fall einer Krisensituation.

Die Größe und Komplexität der Klinikgruppe EvB mit seinen vielen Departments, Zentren, Abteilungen und Arbeitsbereichen sowie den zugehörigen Tochtergesellschaften, für die zusätzlich Organgeschäftsführung besteht, erfordert unbedingt die eindeutige Zuordnung von Zuständigkeiten, Verantwortung und von Entscheidungsbefugnissen – und zwar über alle Ebenen hinweg.

Die Kommission empfiehlt daher dem Gesellschafter die Erweiterung der Geschäftsführung auf drei Personen, die den vom Krankenhausentwicklungsgesetz des Landes genannten Bereichen Ärztlicher Dienst, Pflegedienst und Wirtschafts- und Verwaltungsdienst angehören. Ihnen sind klar definierte Verantwortungsbereiche zuzuordnen und zwingend als Vollzeitstellen zu besetzen, wobei eine Person die Rolle der Vorsitzenden bzw. der Sprecherin – ggf. alternierend – übernimmt.

Erfahrungen aus anderen Krankenhäusern zeigen, dass es sinnvoll ist, bestimmte für den Krankenhausbetrieb relevante Kompetenzen möglichst direkt in der Geschäftsführung zu verankern. Dazu gehören mindestens die folgenden Arbeitsfelder: Klinikmanagement, Finanzwesen, IT/Digitalisierung, Medizin und Pflege, Personal/Arbeitswelt (inkl. Tarif) sowie Hygiene und Patientensicherheit.

Abstimmungsprobleme innerhalb der Geschäftsführung können durch die Einführung kollegialer Arbeitsstrukturen einerseits und klar abgegrenzter Zuständigkeiten andererseits vermieden werden. Die Kommission hält es in diesem Kontext für sinnvoll, die Sprecher\*innen bzw. Vorsitzfunktion alternierend zu organisieren, um über diesen Weg eine offene und transparente Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu etablieren. Vor dem Hintergrund der in der Vergangenheit vorherrschenden „closed shop“-Mentalität empfiehlt sich dieser Ansatz nicht zuletzt deshalb, weil die neue Geschäftsführung den angestrebten Kulturwandel selbst sichtbar und erfahrbar machen und die eigene Glaubwürdigkeit im Unternehmen damit erhöhen kann.

Die Kommission empfiehlt im Weiteren, in den Tochtergesellschaften mindestens zwei Geschäftsführungsfunktionen zu besetzen, wovon mindestens eine Stelle hauptamtlich in Vollzeit besetzt sein sollte. Organgeschäftsführungsaufgaben in den Tochterunternehmen sollten nur von



Mitgliedern der Geschäftsführung übernommen und nicht an Beschäftigte in Stabsstellen oder Direktorien ohne eigene Entscheidungsbefugnis übertragen werden.

*Organisationsstrukturen im Klinikum sollten strategisch weiterentwickelt bzw. restrukturiert werden.*

Seitens der Expertenkommission werden mehrere Empfehlungen für die strategische Neugestaltung der Führungs- und Verantwortungsstrukturen bzw. der Klinikbereiche gegeben.

Im Zuge der Neuordnung der Geschäftsführung sollte auf die zweite Ebene von Ärztlichem, Kaufmännischem und Pflegedirektor verzichtet werden, um Doppelstrukturen zu vermeiden. In diesem Sinne ist auch eine klare Trennung zwischen Funktionsträgern in den Tochtergesellschaften und der Muttergesellschaft angebracht (s.o.).

Für den Kaufmännischen Geschäftsbereich ist eine Abteilungsstruktur zu empfehlen, die den Medizinbetrieb unterstützt, befördert und den gesetzlichen Bestimmungen zur Führung von Unternehmungen und speziell von Kliniken entspricht. Kompetenzen für z. B. Personalwesen, Finanzwesen, Controlling, Informationstechnik, Marketing, Medizintechnik, Bau und Instandhaltung, Wirtschaft und Versorgung, Einkauf und Projektmanagement sollten vorhanden und adäquat abgebildet werden.

Der Ärztliche Geschäftsbereich verantwortet mit dem Geschäftsbereich Pflege den Hauptunternehmenszweck, die Behandlung von stationären und ambulanten Patient\*innen einschließlich der Notfallversorgung unter Einbeziehung der Patientensicherheit. Die Aufgaben werden maßgeblich vom Versorgungsauftrag des Klinikums entsprechend dem Krankenhausgesetz des Landes Brandenburg und den im Krankenhausplan des Landes enthaltenen Fachabteilungsstrukturen bestimmt. Weiterhin werden die Ausbildungsplätze der Ausbildungsstätten für die Gesundheitsberufe durch das Land geregelt. Für die in der Landesplanung gesetzlich festgeschriebenen Abteilungsstrukturen besteht für die Krankenkassen unter Beachtung weiterer gesetzlicher Bestimmungen die Pflicht zur Finanzierung.

Eine Restrukturierung und Reduktion der Führungsebenen für den Ärztlichen Dienst scheint angeraten, um Kommunikationswege zu vereinfachen und zu vereinheitlichen. Eine transparente, stabile Hierarchiestruktur in einem großen Unternehmen schafft Voraussetzungen für ein koordiniertes Vorgehen, auch in Krisensituationen.

Empfehlenswert ist eine an den medizinischen Fachabteilungen orientierte Klinikstruktur mit jeweils einer Chefarztposition, die die Verantwortung für die gesamte Versorgung in dem jeweiligen Fachgebiet trägt. Dabei müssen auch die Erfordernisse der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Brandenburg Eingang finden. Die Facharzt Ausbildung und Weiterbildung von Ärzten ist eine wesentliche Aufgabe von Versorgungskrankenhäusern. Sie sichert den Nachwuchs in den Fachdisziplinen und auch für die Facharztversorgung im ambulanten Bereich.

Alle Teildisziplinen eines medizinischen Fachgebietes unter chefärztlicher Leitung sollten vergleichbare Strukturen aufweisen. Dabei sieht das Tarifrecht die Bezeichnung Oberarzt vor. Eine Verselbständigung dieser Bereiche unterwandert die Führungsstruktur und die Verantwortlichkeiten. Die Organisation von medizinischen Behandlungsabläufen, z. B. innerhalb der Orgazentren bedarf einer engen Abstimmung und Festlegungen von verantwortlichen Mitarbeiter\*innen der beteiligten Fachgebiete.

Die Organisationsstruktur des Geschäftsführungsbereich Pflege sollte passfähig zu denen der Kliniken und medizinischen Fachgebieten gestaltet werden. Dabei spielt für die Patientenbetreuung die wachsende spezialisierte Fachkompetenz der Pflegenden eine große Rolle. Neben angemessenen Führungspositionen muss die Zahl der Pflegenden erhöht und ihre Qualifikation den wachsenden Qualifikationsanforderungen angepasst werden. Ihre Rolle als gleichberechtigter Partnerin sollte gestärkt werden.

Um die Führungsstruktur für das gesamte Klinikum und die einzelnen Geschäftsführungsbereiche transparent und nachvollziehbar für die Mitarbeiter zu gestalten sind Verwaltungsprozesse klar zu beschreiben und mit gelebten Prozessen und Routinen zu hinterlegen.

Die Organisationsstruktur sollte im Übrigen in regelmäßigen Abständen durch den AR bezüglich Funktionalität und Klarheit in den Zuständigkeiten thematisiert und überprüft werden und daher Gegenstand der regelmäßigen Berichterstattung im Gremium sein.

#### *Paritätische Mitbestimmung im Aufsichtsrat erwägen.*

Die Expertenkommission unterstreicht die Bedeutung des Einflusses des Gesellschafters auf das kommunale Unternehmen. Die LHP sichert diesen Einfluss durch die Entsendung von AR-Mitgliedern, die von der SVV benannt werden. Bereits heute gehören dem AR Mitglieder an, die von den Mitarbeitenden gewählt sind und ihre besondere betriebliche Erfahrung in die Arbeit dieses Gremiums einbringen können. Eine paritätische Besetzung des AR würde die dort vertretenen Kompetenzen erweitern. Die größere Zahl von gewählten Mitarbeitendenvertreter\*innen könnten ihre Kenntnisse und Fähigkeiten aus Ärztlichem Dienst, Pflegedienst, Funktionsdiensten, des IT-Bereiches etc. in Beratungen und Entscheidungen einbringen. Das wäre nicht zuletzt Ausdruck der Wertschätzung gegenüber der Kompetenz der Arbeitnehmer\*innen.

Die Klinikgruppe Ernst von Bergmann, die Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH mit ihren Tochtergesellschaften, mithin der Konzern beschäftigt nach eigenen Angaben ca. 3.500 Mitarbeitende. Ein Unternehmen, das anders als die Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH, keinen Tendenzschutz genießt, hätte nach dem Mitbestimmungsgesetz einen paritätisch besetzten AR zu bilden. Die Expertenkommission erwartet, dass der Gesellschafter des Konzerns eine Gesamtbetrachtung und die freiwillige Bildung eines paritätisch besetzten Aufsichtsgremiums prüft.

#### *Fokus auf Qualität und Patientensicherheit stärken*

Krankenhäuser sind Unternehmen. Sie sind große Arbeitgeber, in Brandenburg oftmals die größten an ihrem Ort, sie sind Ausbildungsträger, sie lösen in großem Umfang konsumtive und investive Nachfrage aus. Krankenhäuser sind Unternehmen eigener Art, sie sind nach Auffassung der Expertenkommission wichtige Bereiche der öffentlichen Daseinsvorsorge zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung.

Nicht ökonomische Aspekte, nicht die Erwartung des Gesellschafters, Gewinne abschöpfen zu können, sondern eine exzellente Gesundheitsversorgung sowie eine hohe Qualität und Patientensicherheit sollten die vorrangigen Parameter sein, an denen sich die Erlöse eines Krankenhauses orientieren. Das Geld sollte guter Leistung in guter Qualität folgen. Der Weg, die Finanzierung von Krankenhausleistungen von deren Qualität abhängig zu machen, sollte weiter beschritten und ausgebaut werden.

#### *Aufwertung von Fachinstituten*

Den Instituten für Radiologie, Strahlentherapie, Klinische Chemie- und Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Pathologie mit den Beschäftigten medizinisch-technischen Personal und den Krankenhausapothekern kommen in der Krankenhausbehandlung besonders in Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung eine große und eher wachsende Bedeutung zu. Dies sollte sich auch in deren Organisation widerspiegeln.



### 4.3. Empfehlungen für die Landeshauptstadt Potsdam

#### *Überprüfung der Strategie: Regionale Kooperationen und Krankenhausverbände*

Das KEvB hat bereits vor Jahren ein Leitbild erarbeitet und veröffentlicht, das Auskunft darüber gibt, woran sich seine Arbeit orientiert, wovon es sich leiten lässt, was ihm wichtig ist. Auch die Klinikgruppe hat sich hierzu in der Vergangenheit Gedanken gemacht und eine „Vision“ formuliert und veröffentlicht. Diese wurde in Zeitabständen überarbeitet und angepasst.

Die bisherigen „Visionen“ sind geprägt von Wachstum und Größe, von überregionalen Angeboten und von innovativer Spitzenmedizin. Der Aspekt, Teil eines Versorgungsnetzes mehrerer Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in einer definierten Versorgungsregion zu sein, Angebote anderer zu ergänzen, zu kooperieren, gemeinsam besser zu werden und sich als Partner in einer kooperativ und arbeitsteilig agierenden Versorgungslandschaft zu verstehen, kommt nicht vor.

Krankenhäuser sind künftig mehr denn je auf regionale Kooperationen angewiesen. In der Pandemie hat sich gezeigt, wie wichtig ein Verbund regionaler Corona-Cluster (VCC) ist. Die in der Krise gewonnenen Erfahrungen sollten die Grundlage bilden für dauerhafte und langfristige Zusammenschlüsse nicht nur unter kommunalen Trägern, sondern darüber hinaus. Die Bildung und die Arbeit regionaler Krankenhausverbände und Netzwerke mit niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen sowie Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen sind zu fördern. Kooperationen und Netzwerke entstehen kaum von alleine. Hier sind die LHP und ebenso das Land Brandenburg in der Verantwortung, überregionale Versorgungsstrukturen zu befördern und zu steuern. Dies bietet nicht nur wirtschaftliche Vorteile, sondern erhöht die Chancen für eine Verbesserung der Versorgungsqualität.

Die Kommission erwartet darüber hinaus, dass Gesellschafter, AR und Geschäftsführung des KEvB die bisherige „Vision“ und das Selbstverständnis der Klinikgruppe kritisch überprüfen und abgeleitet aus einem Gesamtkonzept für die Landeshauptstadt die Chancen und Möglichkeiten von Kooperationen und Arbeitsteilung neu bewerten.

➤ Siehe in diesem Zusammenhang auch die Empfehlungen zur langfristigen baulichen Entwicklung in Kapitel 4.4

#### *Stärkung der Aufsicht durch das Gesundheitsamt.*

Neben der stationären und der ambulanten Versorgung bildet der ÖGD die dritte Säule unseres Gesundheitswesens. Nicht erst in der Pandemie zeigt sich, dass ein starker und funktionierender Öffentlicher Gesundheitsdienst unverzichtbar ist. Die Pandemie hat die wichtige Arbeit der Gesundheitsämter in den Blick gerückt. Im GA bündeln sich alle Aufgaben, die dem Infektionsschutz, der Hygiene und dem Umweltbezogenen Gesundheitsschutz zugeordnet werden. Das GA nimmt Aufgaben der Gesundheitsvorsorge, der Gesundheitsförderung und insbesondere des Schutzes der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wahr. Es überwacht unter anderem Heime und Krankenhäuser, Einrichtungen des Krankentransport- und Rettungsdienstes, des Blutspendewesens, des Zivil- und Katastrophenschutzes, ambulante Pflege- und Behandlungseinrichtungen oder auch Einrichtungen des Leichen- und Bestattungswesens. Das GA führt Vorsorgeuntersuchungen durch, hält Beratungs- und Informationsangebote bereit, erstellt Gutachten und stellt Bescheinigungen aus und ist zur Gesundheitsberichterstattung verpflichtet. Und nicht zuletzt steht das GA bei der Bekämpfung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten an vorderster Stelle.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst trägt öffentliche Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung. Er versteht sich als integraler Baustein des modernen Sozialstaats und arbeitet gemeinwohlorientiert, ohne kommerzielle Interessen. Er nimmt hoheitliche Aufgaben wahr und arbeitet sozialkompensatorisch, planerisch und gestalterisch, um gesundheitliche Chancengleichheit und bestmögliche Gesundheit für alle zu ermöglichen (Leitbild ÖGD).



Die Tätigkeit eines GA betrifft und berührt jede\*n Einwohner\*in einer Kommune. Es gehört zu den Pflichten der Kommune diese Säule der Daseinsvorsorge zu stützen und aufgabenadäquat auszustatten. Um die Aufgaben fachgerecht zu erfüllen bedarf es medizinischer, insbesondere fachärztlicher und sozial- sowie gesundheitswissenschaftlicher Qualifikationen in ausreichendem Umfang.

Nach Aussagen der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen hat sich zwischen 2000 bis 2014 die Zahl der berufstätigen Ärzt\*innen um 24 Prozent erhöht, während die Zahl der berufstätigen Fachärzt\*innen für Öffentliches Gesundheitswesen um 22 Prozent gesunken ist. Diese Entwicklung – das hat spätestens die Pandemie gezeigt – muss gestoppt und umgekehrt werden.

Die Expertenkommission begrüßt, dass seitens des Bundes im April 2020 ein 10-Punkte-Plan mit dem Ziel der Stärkung der Gesundheitsämter beschlossen wurde. Das entbindet den Träger des GA nicht von seiner Pflicht, für eine auskömmliche Personalausstattung und für eine zeitgemäße technische Ausstattung seiner Gesundheitsbehörde zu sorgen. Das GA der LHP wird insbesondere seine Aufsichtsfunktion gegenüber dem KEvB nur dann dauerhaft auf Augenhöhe wahrnehmen können, wenn es personell und technisch hierzu in die Lage versetzt wird.

*Die Besetzung des Vorsitzes des Aufsichtsrats durch die zuständige Beigeordnetenfunktion ist kritisch zu prüfen.*

Der Vorschlag der Transparenzkommission der LHP, nach welchem der/die fachlich zuständige Beigeordnete den Vorsitz im AR übernehmen sollte, ist für die Fälle kritisch zu prüfen, in denen die für das Unternehmen zuständige Ordnungsbehörde zum Geschäftsbereich dieser/s Beigeordneten gehört.

Der Hauptverwaltungsbeamte vertritt die Kommune gem. § 97 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 BbgKVerf in der Gesellschafterversammlung wie im AR. Er kann einen Beschäftigten der Kommune mit der Wahrnehmung dieser Aufgaben dauerhaft betrauen.

Der Oberbürgermeister vertritt die Interessen der Stadt in der Gesellschafterversammlung. Er hat die Beigeordnete für Ordnung, Sicherheit, Soziales und Gesundheit (im Weiteren: Beigeordnete für Gesundheit) beauftragt das Amt der Vorsitzenden des AR zu übernehmen.

Im Amt der Beigeordneten für Gesundheit bündelt sich die kommunale Zuständigkeit und Verantwortung für die gesundheitlichen Belange und die kommunale Daseinsvorsorge in der gesamten Stadt. Nach dem Krankenhausgesetz des Landes hat die Stadt den Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung. Die Zuständigkeit und Verantwortung der Beigeordneten erstrecken sich damit weit über die Verantwortung für nur eines von fünf Krankenhäusern hinaus.

Das GA der LHP ist als Bereich 326 „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ organisatorisch dem Geschäftsbereich 3 „Ordnung, Sicherheit, Soziales und Gesundheit“ zugeordnet. Den Bereich 326 leitet die Amtsärztin, den Geschäftsbereich insgesamt leitet die Beigeordnete. Damit ist die Beigeordnete unmittelbare Fachvorgesetzte der Amtsärztin. Zugleich ist die Beigeordnete Vorsitzendes ARes der Trägergesellschaft des kommunalen Klinikums, über welches das GA die Aufsicht führt.

Die Über- und Unterordnungskonstellation zwischen der Beigeordneten und der Leitung des GA und der gleichzeitige Vorsitz im AR bergen bei aller subjektiven Souveränität in der Amtsführung objektiv das Risiko von Interessenkonflikten und wechselseitigen Befangenheiten: Interessenkonflikte können dann entstehen, wenn ein aufsichtsrechtliches Einschreiten des GA bzw. der Beigeordneten geboten ist, die aber zugleich in der Funktion der Vorsitzenden des AR die Interessen des Unternehmens zu wahren hat. Bei der Leitung des GA wiederum kann die personelle Konstellation zu einer Hemmung führen, Klinikums kritische Vorlagen vorzulegen und den aufsichtlichen Meinungs austausch zu pflegen, um das Vorgehen gegenüber dem KEvB abzustimmen. Die Wahrnehmung der Aufsichtsratsfunktion kann zudem den „bösen Schein“ verursachen, die Beigeordnete stehe dem kommunalen Krankenhaus der Stadt näher als anderen, da sie aufgrund ihrer gesellschaftsrechtlichen Gebundenheit die Interessen gerade jenes Unternehmens zu wahren hat.



Diese aktuelle Verteilung der Aufgaben entspricht allerdings den Empfehlungen der Transparenzkommission (B-TK, Seite 12), nach der Vorsitzender des AR jeweils der „fachlich zuständige Beigeordnete“ sein sollte. Die Empfehlung der Transparenzkommission ist grundsätzlich sinnvoll, um eine Ämterkonzentration zu vermeiden, die ein Kontrolldefizit bewirken kann. Im konkreten Fall kommt es aber aus den beschriebenen Gründen zu einer Ämterkonzentration und möglichen Interessenkollision aus einem anderen Blickwinkel.

Mehr noch: Es wäre zu prüfen, ob die Beigeordnete in einem das KEvB betreffenden Verwaltungsverfahren gemäß § 1 Verwaltungsverfahrensgesetz für das Land Brandenburg (VwVfGBbg, zuletzt geändert durch Art. 6 des Gesetzes vom 8. Mai 2018 (GVBl.I/18, [Nr. 8], S.4)) in Verbindung mit § 20 Abs. 1 Nr. 5 (Bundes-) Verwaltungsverfahrensgesetz ausgeschlossen ist, das heißt in ihrem Hauptamt nicht tätig werden darf.

#### 4.4. Empfehlungen zur langfristigen baulichen Entwicklung

##### *Klären der medizinischen Schwerpunkte aller Kooperationspartner*

Das Gesundheitswesen unterliegt einem stetigen Wandel und muss sich bereits jetzt, vor allem aber mit Blick auf die Zukunft, zahlreichen neuen Herausforderungen stellen – seien es die demografische Entwicklung, der Fachkräftemangel, das steigende Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung und das damit einhergehende geänderte Patientenverhalten, der rasche medizintechnische Fortschritt oder die Digitalisierung in der Medizin und ganz aktuell das Pandemiegeschehen.

Ziel muss es somit sein, eine moderne, zeitgemäße, innovative und patientenorientierte Gesundheitsversorgung durch optimierte Prozesse und Strukturen zu ermöglichen, damit der Versorgungsauftrag weiterhin auf höchstem Niveau erbracht werden kann. Hierfür ist eine umfangreiche Restrukturierung aller Krankenhäuser im Patienteneinzugsgebiet von Potsdam und Umland als auch des Süd-Westens von Berlin unumgänglich. Eine zentrale Entscheidungsgrundlage ist die bedarfsgerechte Verortung von Funktionsstellen, die flächenmäßig und funktional abgebildet werden müssen.

Nach Klärung der medizinischen Schwerpunkte aller Kooperationspartner kann für das KEvB die medizinische Ausrichtung definiert werden.

##### *Ableiten eines Funktions- und Raumprogramms mit externer Expertise*

Auf der Grundlage der Klärung des medizinischen Schwerpunkts kann ein Funktions- und Raumprogramm für das KEvB abgeleitet werden.

Dieses Funktions- und Raumprogramm wird auf der Basis des heutigen Standards der Medizin und der zu erwartenden Entwicklung sowie der erfassten Leistungsdaten und Schwerpunkte analog der mit dem Träger abgestimmten betriebsorganisatorischen Grundlagen entwickelt. Zusätzlich werden Grobflächen für zukünftige Erweiterungsoptionen vorgehalten und in den jeweils betroffenen Funktionsstellen im Raumprogramm ausgewiesen. Es ist nach der DIN 13080: 2016-06 gegliedert und stellt zu jeder Raumgruppe die vorgesehene Aufgabenstellung, Hinweise zur Lage und Grundriss sowie Angaben zur Dimensionierung.

Mit der Erarbeitung eines solchen Funktions- und Raumprogramms sollte ein externes, erfahrenes Büro beauftragt werden.

##### *Mögliche Varianten zur Standortentscheidung*

###### *Variante 1: Kompletter Neubau auf der „Grünen Wiese“ am Rand der Stadt*

Nachteile: Lange Wege für die Bevölkerung, teuerste Bauinvestition und langwierige Planungsprozesse

Vorteile: Optimale Gebäudestrukturen und Betriebsorganisation  
Kürzeste Bauzeit, wenn Grundstück vorhanden

###### *Variante 2: Teilneubau am Standort Charlottenstraße*

Nachteile: Abriss vorhandener Gebäude, Belästigung durch Baustelle

Vorteile: Kurze bekannte Wege für die Bevölkerung  
Günstigere Bauinvestitionen



*Zum Teilneubau sind zwei Varianten denkbar:*

Variante 2a: Teilneubau Entlang der Berliner Straße, Baufeld 1

Abriss der Gebäude K, LL, M, P, Z

Baufeldgröße 110 m x 175 m = 19.250 m<sup>2</sup>

Variante 2b: Teilneubau Entlang der Gutenbergstraße, Baufeld 2

Abriss der Gebäude R, Q, S, V, X, Y

Baufeldgröße 70 m x 260 m = 18.200 m<sup>2</sup>

➤ Siehe hierzu Anlage 6.4.3

*Auch eine Kombination aus Neubau und Teilneubau sind denkbar:*

- Neubau eines Akutkrankenhauses auf der „Grünen Wiese“
- Teilneubau am Standort Charlottenstraße.

*Externe-Expertise in der Entscheidungsfindung ist unerlässlich.*

Zur Entscheidungsfindung der drei Optionen sollte eine externe Fachberatung eingeschaltet werden, die unter Berücksichtigung des Soll-Raumprogramms und in Absprache mit allen Trägern der öffentlichen Belange die Optionen detailliert untersucht und bewertet.

Nach Festlegung des Standortes und des Funktions- und Raumprogramms sollte ein zweistufiger Architektenwettbewerb ausgeschrieben werden.

#### 4.5. Empfehlungen für das Land Brandenburg

##### *Empfehlungen zur Krankenhausfinanzierung.*

Es ist eine Daueraufgabe die Bausubstanz von Krankenhäusern kontinuierlich den modernen Bedingungen für eine patientengerechte, qualitätssichere Versorgung und für die Funktion von prozessoptimierten Betriebsabläufen anzupassen, um dem Stand der medizinischen Entwicklung Rechnung zu tragen. Das Land ist in der Pflicht hier ausreichende investive Mittel für die Errichtung, die Erweiterung, die Sanierung und die Ausstattung der Krankenhäuser zur Verfügung zu stellen. Unterbleiben Investitionen, führt dies zu Verschleiß und Substanzverlust und in Folge zur Reduktion der Versorgungsqualität.

Es darf daher keinen Rückgang der Investitionsförderung für Krankenhäuser geben. Im Gegenteil: Krankenhäuser müssen sich auf eine kontinuierliche, dem realen Investitionsbedarf angepasste Mittelbereitstellung verlassen können. Es ist nicht Aufgabe der Kommunen, eine unzureichende Investitionsfinanzierung des Landes auszugleichen.

Die Pandemie hat gezeigt, wie wichtig personell, technisch und räumlich gut ausgestattete Krankenhäuser sind. Eine Pandemie kann jederzeit und unerwartet auftreten. Krankenhäuser müssen darauf vorbereitet sein. Sie haben Vorkehrungen zu treffen, die erst im Krisenfall abgerufen werden. Die Kosten dieser Vorhaltungen werden im derzeitigen DRG-System nicht hinreichend abgebildet. Es bedarf kontinuierlicher finanzieller Ressourcen für Personal- und Sachaufwand, z. B. in Form einer Vorhaltepauschale, um Krankenhäuser besser in die Lage zu versetzen, auf epidemische und pandemische Lagen vorbereitet zu sein.

Das DRG-System hatte zum Ziel, die Transparenz in der Versorgung und in der Vergütung zu erhöhen. Inzwischen hat die Komplexität dieses Finanzierungssystems stetig zugenommen, mit der Folge von Fehlsteuerungen und Fehlanreizen. Unterschiedliche Versorgungsstufen werden unzureichend berücksichtigt. Vorrangiges Ziel eines Vergütungssystems sollten die bedarfsgerechte Versorgung von Patient\*innen, der bedarfsgerechte Einsatz von Personal und nicht zuletzt die Ermöglichung einer auskömmlichen, attraktiven und einer Personalfluktuations entgegenwirkenden Bezahlung der Beschäftigten sein. Nicht erst die Pandemie hat gezeigt, dass dieses System auf den Prüfstand gehört.

##### *Aufbau einer funktionalen mittelbaren Krankenversorgung.*

In der sog. mittelbaren Krankenversorgung ("Sekundärbereich") ist es in den letzten 20 Jahren zu maßgeblichen, existenzbedrohlichen Einsparungen gekommen. In Folge sind diese Bereiche auch in großen Krankenhäusern mit Bettenkapazitäten über 800 Betten nicht mehr funktional etabliert. Ausnahmen stellen hier die Unikliniken dar. Nur hier sind die Fachgebiete Hygiene, Labordiagnostik, Mikrobiologie, Virologie, Pathologie, Immunologie, Apotheke und Arbeitsmedizin als eigene funktionsfähige Abteilungen bzw. Institute in der Versorgungsstruktur etabliert. Die totale Dysfunktionalität dieser Bereiche tritt dann unter einer erhöhten Systembelastung (Pandemie) auf, mit entsprechenden unmittelbaren schweren Konsequenzen für die Patientenversorgung. Es ist für eine adäquate Versorgung in der Zukunft von zentraler Bedeutung, dass die mittelbare Krankenversorgung in den großen Krankenhäusern wiederaufgebaut wird und für diese Bereiche ausreichend Facharztweiterbildungsstellen etabliert werden. Nur so lässt sich der zukünftige Bedarf an Fachärzten decken. Des Weiteren ist es notwendig, dass auch die Ausbildung von Nachwuchskräften auf allen Ebenen, von Pflegekräften, medizinisch-technischen Angestellten und von Hygienekräften gestärkt wird.

Eine funktionale mittelbare Krankenversorgung ist für unser Gesundheitssystem unverzichtbar. Die Kommission empfiehlt daher, den o.g. Fächerkanon der mittelbaren Krankenversorgung durch den Aufbau entsprechender leistungsfähiger Fachabteilungen in den Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung und großen Krankenhäusern der Regelversorgung zu gewährleisten und die



Schaffung von Weiterbildungsstellen zu etablieren.

#### *Professionalisierung der Pflege.*

Gemäß dem Gesetz zur Reform der Pflegeberufe § 37 sollten hochschulisch gebildete Pflegekräfte für die Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter oder wissenschaftsorientierter Entscheidungen verantwortlich sein. Das Fehlen von hochschulisch gebildetem Pflegepersonal im KEvB führte dazu, dass die Steuerung und Gestaltung solcher Prozesse nicht adäquat gelangen. Die Beschäftigung von hochschulisch gebildetem Pflegepersonal und die Entwicklung von Stellenbeschreibungen, die diesem die Ausübung dieser gesetzlich vorgesehenen Funktion erlauben, sollten daher für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen verpflichtend sein. Analog zur Festlegung von Personaluntergrenzen im klinischen Bereich sollte eine Untergrenze für den Anteil des hochschulisch qualifizierten Personals festgelegt werden. Gemäß den Vorschlägen des deutschen Wissenschaftsrats sollte dieser 20 % des Personals betragen. Damit einhergehend sollte rechtlich festgelegt werden, welche Tätigkeiten in Abgrenzung zum Bereich der ärztlichen Verantwortung in den Verantwortungsbereich der hochschulisch gebildeten Pflegenden fallen.

Da hochschulisch gebildetes Pflegepersonal derzeit noch nicht in ausreichendem Maß zur Verfügung steht, sollten von der Landesregierung Maßnahmen getroffen werden, um die Ausbildung dieses Personals zu fördern. Die Einrichtung eines entsprechenden Studiengangs reicht hierzu nicht aus, da die theoretische Lehre, die an einer Hochschule geleistet werden kann, nur einen Teil der Ausbildung darstellt. Zur Sicherstellung des praktischen Anteils der Ausbildung sollte den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen die Mitwirkung an der Ausbildung von hochschulisch gebildetem Pflegepersonal ermöglicht werden, in dem die Finanzierung der durch sie zu erbringenden Praxisanleitung durch das MWFK sichergestellt wird. Um jungen Menschen unabhängig vom Einkommen ihrer Eltern ein Studium der Pflegewissenschaft zu ermöglichen, sollten die Studierenden zudem eine Vergütung für die insgesamt 2400 Praktikumsstunden erhalten, die sie im Rahmen ihres Studiums bis dato unentgeltlich leisten müssen, während der hohe Praxisanteil ihnen zugleich die Möglichkeit eines Nebenverdienstes zur Sicherung ihres Lebensunterhalts verwehrt.

Zur Entlastung der Krankenhäuser sollte die extramurale Versorgung ausgebaut werden. Durch eine Früherkennung von Pflegebedürftigkeit können gesundheitliche Komplikationen, die bei entstehender körperlicher oder kognitiver Beeinträchtigung auftreten und eine Krankenhausbehandlung notwendig machen, vermieden werden. Durch ein extramurales Care-Management können unnötige Wiederaufnahmen nach erfolgter Krankenhausbehandlung vermieden werden. Hierbei kann vor allem in ländlichen Regionen durch die Etablierung von Community Health Nursing ein wesentlicher Beitrag geleistet werden. Zur Stärkung einer Pflege vor Ort sollte die Schaffung entsprechender Stellen im Rahmen eines Förderprogramms für Kommunen anvisiert werden. Dies wäre im Sinne des Beschlusses des Landtages Brandenburg zur Umsetzung des Pakts für Pflege vom 12.11.2020.

#### *Angemessene Weiterbildungsmöglichkeiten von Hygieneärzten.*

Das Infektionsschutzgesetz des Bundes und die Hygieneverordnungen der Länder sehen aus gutem Grund in allen Krankenhäusern je nach deren Versorgungsauftrag neben Hygienefachkräften und hygienebeauftragten Ärzt\*innen auch und insbesondere verantwortliche Hygieneärzt\*innen vor. Sie sind für unser Gesundheitssystem unverzichtbar. Fachärzt\*innen für Hygiene und Umweltmedizin sind bundesweit gefragt. Die Facharztweiterbildung dauert fünf Jahre. Es wird dringend empfohlen, zur Deckung des Bedarfs auf diesem fachärztlichen Gebiet im Rahmen des Aufbaus einer Universitätsmedizin in der Lausitz entsprechende Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten vorzusehen.

### *Einrichtung von Patientensicherheitsbeauftragten zur Entwicklung der Sicherheitskultur*

Die Kommission regt darüber hinaus an, dem Beispiel anderer Bundesländer folgend, das Thema Patientensicherheit landeskrankenhausgesetzlich zu verankern und zudem die Einrichtung von Patientensicherheitsbeauftragten zu prüfen. Angebunden an die Klinikleitung wirken diese daran mit, Risiken zu erkennen, zu bewerten und Maßnahmen abzuleiten. Sie leisten einen entscheidenden Beitrag, in Krankenhäusern eine Sicherheitskultur zu etablieren und weiter zu entwickeln.



## 5 Danksagung und Schlusswort

Nach mehr als sechs Monaten legen wir nun unseren Bericht vor. Wir blicken zurück auf eine sehr interessante und vor allem lehrreiche Zusammenarbeit.

Die Arbeit der Expertenkommission wäre ohne die unermüdliche Unterstützung zahlreicher Akteur\*innen nicht möglich gewesen. Wir danken insbesondere den Mitarbeitenden der Geschäftsstelle, die auch unter erschwerten technischen und räumlichen Bedingungen die gute Laune nicht verloren haben und eine wichtige Rolle in der Prozessplanung und Dokumentenrecherche gespielt haben. Wir danken auch dem Büro der Geschäftsführung des KEvB und den weiteren Unterstützer\*innen, die uns trotz ohnehin starker Arbeitsbelastung in der Corona-Pandemie die unzähligen Dokumente und Informationen zur Verfügung gestellt haben, die wir für unsere Arbeit gebraucht haben.

Unser Dank gilt der Aufsichtsratsvorsitzenden, die trotz laufender Krisensituation immer ein offenes Ohr hatte und dafür gesorgt hat, die Rahmenbedingungen für unsere Arbeit zu unterstützen und so unter anderem dazu beigetragen hat, dass wir die interne Gesprächsserie durchführen konnten. Zu nennen ist auch der Betriebsrat, der uns das notwendige Vertrauen entgegengebracht hat, so dass die Gespräche mit Mitarbeitenden schnell und unbürokratisch durchgeführt werden konnten. Vielen Dank dafür. Ebenso möchten wir der Geschäftsführung danken, die uns immer offen über die neuesten Entwicklungen informiert und uns in allen wichtigen Belangen unterstützt hat.

In der Expertenkommission haben wir sehr intensiv gearbeitet, um die richtigen Zusammenhänge aus der komplexen Gemengelage zu erschließen und um möglichst viel von dem kritischen Ereignis zu lernen. In unserer Arbeit haben wir gleichermaßen persönlich erlebt, worauf es bei einer interdisziplinären und interprofessionellen Arbeit in einem Hochrisikokontext ankommt: Wir haben den Details, Besonderheiten und Abweichungen eine hohe Aufmerksamkeit geschenkt mit einem großen Interesse für die operativen und auch mehrdeutigen Geschehnisse.

Wir möchten auch jenen Kommissionsmitgliedern nochmals explizit danken, die im Zuge der „zweiten Welle“ hohen Belastungen in ihren originären Arbeitsgebieten unterlagen und dennoch weiterhin ihrer Arbeit in der Expertenkommission nachgekommen sind.

Und trotz der Fülle an Erkenntnissen über Herausforderungen und Verbesserungspotenziale haben wir all das immer mit einem hohen Respekt und Wertschätzung für die Beteiligten getan, die in einem hochriskanten Umfeld und in einer schwierigen Krisensituation mit vielen Unsicherheiten ihr Bestes getan haben, um die herausfordernde Situation zu bewältigen und Probleme zu lösen.

Bei unserer Arbeit waren auch wir nicht immer einer Meinung. Wir haben aus ganz verschiedenen Fachperspektiven auf die Ereignisse geblickt, andere Schwerpunkte gesetzt und andere Zusammenhänge gesehen. Auch wir mussten einen Weg finden, wie das geht: Respekt vor der Expertise der anderen und zeitgleich wertschätzend die eigene Meinung zu vertreten.

Wir sind davon überzeugt, dass diese Qualität der Zusammenarbeit eine wichtige Voraussetzung für einen professionellen Umgang mit Risiken ist. Die Aufgabe der Führung wird es nun sein, dies als zentralen Wert im Unternehmen zu verankern.

Uns ist bewusst, dass unsere Erkenntnisse und Empfehlungen vielleicht erst einmal erschlagend wirken können – Abwehr ist bestimmt ein erster sehr schneller Reflex. Wir wünschen uns, dass unsere Empfehlungen einen *anderen* Blick auf die Herausforderungen ermöglichen und nicht als „Besserwissen“ zur Seite gelegt werden.

Es wird jetzt darauf ankommen, die Empfehlungen lernbereit auszuwerten und dann einen gut durchdachten Veränderungsprozess zu gestalten. Dafür braucht es Mut und den Wunsch zur Veränderung. In den Gesprächen und Kontakten mit den Mitarbeitenden haben wir neben all den Herausforderungen und teilweise persönlich belastenden Erfahrungen auch eine hohe Motivation gesehen, etwas zu verändern. Trotz der Ereignisse gibt es bei vielen Mitarbeitenden eine starke

Bindung und Identifikation mit dem Haus und ihren Teams. Und es gibt einen starken Willen, etwas zu verändern. Wir waren positiv überrascht, wie viele Personen sich für die Gespräche gemeldet haben und sehr offen und selbstkritisch ihre Erfahrungen geteilt haben. Viele wünschen sich, eigene Ideen einzubringen und einen Neuanfang mitzugestalten. Jetzt geht es darum, einen beteiligungsorientierten, interprofessionellen Prozess zu etablieren, damit das auch möglich wird.

Das KEvB ist ein wesentlicher Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung der Menschen in der Landeshauptstadt Potsdam, ihres Umlandes und der Region. Gesundheit ist für uns Menschen das wichtigste Gut und alle Mitarbeitenden des KEvB leisten dafür einen unschätzbaren Beitrag. Menschen unterschiedlichster Berufe und Qualifizierungsgrade arbeiten für Menschen und deren Gesundheit und bringen sich dabei selbst oft an die Belastungsgrenze. Die Aufarbeitung des Ausbruchsgeschehens im KEvB und die damit verbundenen Erkenntnisse sind ein Lehrstück dafür, wie wichtig und anspruchsvoll es für Krankenhäuser ist, eine hohe und sichere Versorgungsqualität und Patientensicherheit für die Bürgerinnen und Bürger zu erreichen.



PROF. DR. MED. KLAUS-DIETER ZASTROW  
ARZT FÜR HYGIENE UND UMWELTMEDIZIN  
WEINHOLDWEG 5  
14089 BERLIN

Sehr geehrte Frau Tack,

anbei der Bericht, wie besprochen.

MfG  
Prof.Dr. K.-D. Zastrow

Am 01.10.2020 um 14:34 schrieb "[hygiene@drzastrow.de](mailto:hygiene@drzastrow.de)" <[hygiene@drzastrow.de](mailto:hygiene@drzastrow.de)>:

**Am 29.04.20 übernahm der Unterzeichner den Auftrag das Klinikum Ernst von Bergmann Klinikum Potsdam**

- **im Bereich der Krankenhaus-Hygiene konzeptionell zu unterstützen**
- **vor Ort bei der Umsetzung der Hygiene zu unterstützen**
- **in hygiene- und infektionsrelevanten Sachverhalten aufgrund der aktuellen pandemiebedingten Situation zu beraten**

#### **Personelle Ausstattung**

Für das mikrobiologische Labor und die Abteilung für Krankenhaushygiene gab es eine gemeinsame Leitung.

Diese beiden Fächer wurden von einem Chefarzt/ärztin geführt.

Vom Gesetzgeber wird ein **hauptamtlicher Krankenhaushygieniker** verlangt. (§23 Infektionsschutzgesetz)

In den medizinischen Einrichtungen nach § 1 Satz 1 Nummer 1 und 3 ist organisatorisch sicherzustellen,

dass eine Beratung durch eine Krankenhaushygienikerin oder einen Krankenhaushygieniker gewährleistet ist.

Der Bedarf an Krankenhaushygienikern hängt vom Infektionsrisiko innerhalb der Einrichtung ab.

Verbindlicher Orientierungsmaßstab ist die Empfehlung der nach § 23 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes

eingeschichteten Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention in der jeweils geltenden Fassung.

#### **Empfehlung**

Hier wurde eine Chefarztstelle eingespart. Dies hat dazu geführt, dass die Krankenhaushygiene sehr stiefmütterlich behandelt wurde und die Arbeitsweise sowie der Hygieneplan mit Mängeln behaftet war.

E-MAIL.: [HYGIENE@DRZASTROW.DE](mailto:HYGIENE@DRZASTROW.DE)

TELEFON: 01774113856

• FAX: 03036509804

Hier ist ein Chefarzt/-ärztin für Krankenhaushygiene einzustellen.

### **Hygienefachkräfte**

sind in ausreichender Zahl vorhanden.

Allerdings werden Begehungen der Bereiche nur 1x in 2/3 Jahren durchgeführt. Das ist völlig unzureichend, denn Begehungen z.B. der Stationen, des OP und der Funktionsdiagnostik müssen täglich durchgeführt werden.

So muss jeder Bereich mindestens 1x/Monat begangen und ein Bericht erstellt werden.

Begehungsberichte vor dieser Zeit wurden nicht vorgelegt.

### **Hygieneplan**

Der Hygieneplan weist erhebliche Mängel auf.

Daher wurde vom Unterzeichner ein neuer Hygieneplan (ca. 250 Seiten) erstellt.

### **Infektionserfassung**

Die Infektionserfassung wurde nach dem KISS-System durchgeführt.

Allerdings wurden lediglich die Infektionen der Intensivstationen ( 2x16 Betten ) und der Neonatologie (16 Plätze) registriert.

Das sind lediglich 48 Betten (4 %) von ca. 1200 .

Covid 19-Infektionen auf allen anderen Stationen wurden daher nicht erfasst.

Dieser Mangel wird derzeit abgestellt und vom Unterzeichner ein umfassendes Infektionserfassungssystem installiert.

Die Umstellung ist jedoch problematisch, da die Leistungsbereitschaft der Hygienefachkräfte sehr mäßig ist.

### **Meldepflichtige Erreger**

Meldepflichtige Erreger wurden von der Abteilung für Hygiene nicht erfasst.

Dafür wurde vom Unterzeichner ein neues System eingerichtet.

### **Meldepflichtige übertragbare Krankheiten**

Meldepflichtige übertragbare Krankheiten wurden der Hygiene nicht gemeldet.

Dafür wurde vom Unterzeichner ein neues System eingerichtet.

### **Covid19-Patienten**

Es gab keine chronologische Liste der Covid19-Patienten

Dafür wurde vom Unterzeichner ein neues System eingerichtet.

### **Aufzeichnungen und Maßnahmen zu Corona**

Aufzeichnungen und Maßnahmen zu Corona gibt es erst seit dem 5.05.20

### **Ausbruch**

Es wurde zum Zeitpunkt, als erst 3 Covid-Infektionen vorlagen, kein Ausbruch bemerkt weder vom

- Labor noch von der
- Hygiene noch vom
- Gesundheitsamt

Da die Infektionserfassung nur auf den Intensivstationen und der Neonatologie durchgeführt wurde,

wurden Covid 19-Infektionen auf allen anderen Stationen nicht erfasst.

Meldepflichtige Erreger wurden von der Abteilung für Hygiene nicht erfasst.

Meldepflichtige übertragbare Krankheiten wurden der Hygiene nicht gemeldet.

Covid 19+ -Befunde sind vom Labor direkt an das GA zu melden.

Hier hätten dem GA die gehäuften Covid 19+ -Befunde auffallen müssen.

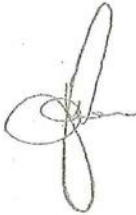


Das Ausbruchsteam wurde viel zu spät einberufen, die Hygienikerin war nicht Mitglied Ausbruchsteams .  
Das hätte sie aber gemäß IfSG sein müssen.

### **Baulich-funktionelle Situation**

Die Abstände zwischen den Betten waren häufig zu gering, weil 2-Bett-Zimmer als 3-Bett-Zimmer genutzt wurden.  
Die geringen Abstände begünstigten die Weiterverbreitung von Infektionserregern.

Mit freundlichem Gruß

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a horizontal stroke, positioned below the text 'Mit freundlichem Gruß'.

Prof. Dr. med. K.-D. Zastrow

## 6.9. Stellungnahme der Kommission zum Bericht von Prof. Zastrow

Die Kommission stimmt der im Bericht von Herrn Prof. Zastrow aufgeführten zu geringen Ausstattung der Krankenhaushygiene mit fachärztlichem Personal zu. Ob die Zahl der Hygienefachkräfte ausreichend war ist schwer zu belegen, da die Angaben der formal tätigen Hygienefachkräfte den Empfehlungen des RKI entsprachen, jedoch die Tätigkeitsfelder der Hygienefachkräfte nicht vollständig nachvollziehbar waren; beispielsweise war nach den zur Verfügung gestellten Protokollen eine der Hygienefachkräfte an keiner der Hygienekommissionssitzungen anwesend. Denkbar ist, dass die genannten Hygienefachkräfte auch an Außenstandorten tätig waren und somit die Arbeitskraft nicht im vollen Umfang dem KEvB zur Verfügung stand.

Der Bericht beschreibt eine sehr niedrige Frequenz von Begehungen von Klinikbereichen durch die Krankenhaushygiene und bezeichnet dies als völlig unzureichend. Dies wurde in den Gesprächen mit den Mitarbeitenden des KEvB anders dargestellt. Hier wurde das Team der Krankenhaushygiene als sehr engagiert und präsent beschrieben. Fraglich ist auch, ob die im Bericht geforderte monatliche Begehung eines jeden Bereiches notwendig ist bzw. war. Krankenhaushygiene sollte vor allem dort präsent sein, wo Probleme evident sind oder Patient\*innen ein sehr hohes Risiko für Infektionen haben (zum Beispiel Intensivstationen, Neonatologie, operative Bereiche). Bereiche mit geringem Risiko und guter Compliance mit Hygienemaßnahmen und hygienekompetenten Mitarbeitenden müssen nicht monatlich begangen werden. Die Kommission stimmt dem Autor zu, dass im Falle einer Begehung eine schriftliche Fixierung durch ein Protokoll oder ein Bericht hilfreich ist. Über das Vorliegen dieser Berichte kann die Kommission nicht urteilen, da sie zum Zeitpunkt der Kommissionsarbeit trotz mehrfacher Versuche in keinem direkten Kontakt zur Krankenhaushygiene des KEvB stand.

Wie oben aufgeführt ist die Identifizierung von Risikobereichen in einer Klinik essentiell, um in diesen Bereichen das Risiko für nosokomiale Infektionen durch geeignete Maßnahmen bestmöglich zu reduzieren. In wiederholt und international durchgeführten Infektionserhebungsstudien konnte gezeigt werden, dass vor allem die Intensivstationen ein Risikobereich in einer Klinik darstellen. Aus diesem Grund ist es wichtig, in diesen Bereichen eine Infektionserfassung (Surveillance) umzusetzen, um auf erhöhte Infektionsraten schnell reagieren zu können. Am KEvB wurde dem Bericht und den Protokollen entsprechend die Infektionserfassung nach dem bundesweit etablierten KISS-System im intensivmedizinischen Bereich und in der Neonatologie durchgeführt. Diese Infektionserfassung konzentriert sich auf die häufigsten und durch Präventionsmaßnahmen gut eindämbaren Infektionen wie Pneumonien, Bakteriämien und Harnwegsinfektionen. Der Bericht bemängelt, dass klinikumswweit durch eine unzureichende Infektionserfassung nach KISS keine COVID-19-Infektionen erfasst wurden, was jedoch nicht der Inhalt der Infektionssurveillance nach KISS ist. Ein entsprechendes Modul für die spezifische Erfassung von COVID-19-Infektionen wurde erst im Verlauf des Jahres 2020 vom RKI und dem NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen entwickelt und allen Krankenhäusern bundesweit zur Verfügung gestellt.

Ob eine Surveillance von Wundinfektionen in den operativen Fächern durchgeführt wurde, ist der Kommission nicht bekannt; die zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie der Bericht geben hierfür keinen Anhaltspunkt. Dies sollte geändert werden und eine entsprechende Erfassung von postoperativen Wundinfektionen am KEvB implementiert werden.

Der Autor des Berichts gibt an, aktuell ein umfassendes Infektionserfassungssystem zu installieren, ohne zu diesem System weitere Angaben zu machen. Dieser Ansatz der Implementierung eines Systems ist sicher ein guter Weg, um einen jeweiligen Überblick über nosokomiale Problemerreger zu erhalten. Im nächsten Absatz geht der Autor auf die Nicht-Erfassung von meldepflichtigen Erregern ein. Auch hierfür wurde von dem Autor ein neues System eingerichtet, ohne dass weitere Angaben dazu aufgeführt sind. Der Autor beschreibt die Umstellung als problematisch und nennt als Grund eine sehr mäßige Leistungsbereitschaft der Hygienefachkräfte. Dieser beschriebene Mangel an Leistungsbereitschaft konnte die Kommission zu keinem Zeitpunkt der Erörterung der Krankenhaushygiene im Rahmen der Mitarbeitergespräche erkennen. Aus Sicht der



Expertenkommission ist es positiv anzusehen, dass ein System für meldepflichtige Erreger eingerichtet wird, jedoch sollte das System im Idealfall auch andere relevante Krankhauserreger erfassen und sich nicht nur auf meldepflichtige Erreger konzentrieren. Darüber hinaus ist anzumerken, dass das IfSG die Meldung meldepflichtiger Erreger in §7 aufführt und damit die Verpflichtung der diagnostizierenden Labore beschreibt, meldepflichtige Erreger direkt behördlich an das jeweilige GA zu melden. Dies ist nicht primär die Aufgabe der Krankenhaushygiene und sollte aus Sicht der Kommission daher auch nicht als gravierender Mangel der Krankenhaushygiene dargestellt werden. Der Autor erwähnt zudem, dass meldepflichtige übertragbare Erkrankungen nicht der Hygiene gemeldet wurden. Dies kann die Expertenkommission nicht im Detail nachvollziehen oder bestätigen, da - wie bereits erwähnt - ein direkter Kontakt zur Krankenhaushygiene und / oder ein Einblick in alle Unterlagen der Krankenhaushygiene nicht stattfand. In der Analyse der Unterlagen des KEvB und des GA Potsdam zeigte sich jedoch, dass die behördlichen Meldungen und eine weitere gemeinsame Erörterung meldepflichtiger Erkrankungen des KEvB mit dem GA Defizite aufwies (siehe auch Kapitel 3.3).

Der Bericht merkt an, dass es keine chronologische Liste der COVID-19-Patienten am KEvB gab und dass der Autor für diese Erfassung ein neues System eingerichtet habe. Diese Feststellung deckt sich mit den Beobachtungen der Expertenkommission: eine systematische Erfassung der COVID-19-Fälle am KEvB wurde in den relevanten Monaten der sogenannten ersten Welle der Pandemie nicht durchgeführt. Die Kommission stimmt jedoch nicht dem genannten Datum des 05.05.2020 als Datum der ersten Erstellungen von „Aufzeichnungen und Maßnahmen zu Corona“ zu, hier gab es schon zu früheren Zeitpunkten Vorgaben zu Schutzmaßnahmen zur Prävention des Erwerbs von SARS-CoV-2; umfangreiche über die COVID-19-Erkrankungen am KEvB Aufzeichnungen lagen auch bereits im April 2020 (Bericht Dr. Knaust 24.4.2020) vor.

Hinsichtlich des Ausbruchsgeschehens stellt der Bericht mögliche Defizite zusammengefasst dar. Dabei wird ein Nicht-Bemerken des Ausbruchs durch das Labor, die Krankenhaushygiene und das GA und die zu späte Einberufung eines Ausbruchsteams aufgeführt. Dies deckt sich im Ansatz mit den Ergebnissen der Expertenkommission, auf die hier nicht im Einzelnen eingegangen werden kann (siehe bitte hierfür den Abschlussbericht der Expertenkommission). Die Aussage, dass die Krankenhaushygienikerin gemäß IfSG Mitglied des Ausbruchsteams hätte sein müssen, bezieht aus Sicht der Expertenkommission am ehesten auf den §7 der Brandenburger Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygV), in dem beschrieben ist, dass die Krankenhaushygienikerin oder der Krankenhaushygieniker Maßnahmen des Ausbruchsmanagements koordiniert.

Die baulich-funktionale Situation wird dahingehend aufgeführt, dass 2-Bett-Zimmer häufig als 3-Bett-Zimmer genutzt wurden und somit eine Weiterverbreitung von Infektionserregern begünstigt wurde. Der Aspekt der wiederholten Überbelegung wurde auch von Mitarbeitenden des KEvB in den Mitarbeitergesprächen geäußert. Vor allem bei Infektionserregern, die sich über die Tröpfchen und die Luft verbreiten, sind enge Unterbringungssituationen, die einen Mindestabstand der Betten evtl. nicht zulassen im Sinne des Infektionsschutzes kritisch zu betrachten. Die enge Unterbringung von Patient\*innen kann in Einzelfällen durch die Notwendigkeit einer medizinischen Versorgung der Patient\*innen begründet sein, muss aber jeweils mit dem Infektionsrisiko für die Patient\*innen abgewogen werden.