Universitätsmedizin
GREIFSWALD

UMG-live

MITARBEITENDENZEITSCHRIFT

HEFT 3/2026



Zukunft unserer Forschung







Inhalt

Inhalt / Impressum 2
Editorial 3
Titel: Zukunft unserer Forschung
Universitätsmedizin 2035 4
Prävention beginnt im Krankenhaus 6
Daten besser nutzen 7
Stadt, Land, Zukunft: Herausforderungen in der Region 8
UMG-Menschen
Neues Leitungspersonal 10
4 von 4444 11
Neues aus der Fakultät
Alle unter einem Dach:
Ein neues Haus für die Community Medicine Forschung 12
Rundblick
Vorbereitung auf den Notfall 13
Gut gemacht
Bessere Gespräche und schmerzfreier Rücken 14
Tapfere Greta im südkoreanischen Fernsehen 15
Der dankbare Kitesurfer 15
Ein Tag mit …
der Pflege-IT zur Schulung in Karlsburg 16
Butter bei die Fische
„Wir brauchen eine aktive Fallsteuerung!“ 18
Kurz vor Schluss
Sieger im Intranet-Tippspiel zur WM 19
OP-Roboter da Vinci für Karlsburg 19
Projekte der Unimedizin als Vorbilder für alle Grenzregionen 19
Cyber Security 20

Impressum

UMG-live, Mitarbeitenden-Zeitschrift der Universitätsmedizin Greifswald Heft 3-2026
Herausgeber: Vorstand der Universitätsmedizin Greifswald, Fleischmannstraße 8, 17475 Greifswald **Chefredakteur:** Christian Arns (ca.), Leiter der Stabsstelle Kommunikation und Marketing, (03834) 86-5288, christian.arns@med.uni-greifswald.de **Bildredaktion, Grafik und Satz:** Manuela Janke-Tiede **Autor*innen dieser Ausgabe:** Christian Arns, Hauke Meier, Janine Timm **Themen-Unterstützung/Recherchen:** Mariann Bollhagen-Gerschler, Dirk Breuel, Kathrin Ehmann, Mathilda Guerin, Toni Jung, Carmen Söhnel, Sandra Wierick **Fotos/Grafiken:** Michał Abkowicz, Christian Arns, Holger Michael, Manuela Janke-Tiede, Hauke Meier, Janine Timm, iStockphoto, Pixabay, ChatGPT **Redaktionsschluss:** 30. September 2026 **Druck:** Druckhaus Knoll, Greifswald **Druckauflage:** 750 Stück (Verteilung in Karlsburg, Wolgast und Greifswald), Die UMG-live Mitarbeiterzeitschrift wurde mit finanziellem Klimabeitrag klimaneutral produziert.

Alle Rechte vorbehalten.

Universitätsmedizin GREIFSWALD



Liebe Mitarbeitende,
liebe Studierende,

vor ziemlich genau sieben Jahren haben wir die Strategie UMG 2026 gemeinsam entwickelt und beschlossen. Die damals ins Auge gefassten Ziele haben uns über die letzten Jahre getragen. Für mich war die Strategie UMG 2026 ein unverzichtbarer Kompass bei Entscheidungen. Wir haben viel erreicht und sind als starke Unimedizin in 2026 angekommen. Jetzt ist es Zeit, bestehende Ziele zu überprüfen und neue Herausforderungen aufzunehmen. Zeit für das nächste Level.

Der Aufsichtsrat hat uns beauftragt, die nächste Strategie für unsere Unimedizin zu entwickeln: die Strategie UMG 2035. Wie beim letzten Strategieprozess werden wir Forschung, Lehre und Krankenversorgung wieder als Ganzes denken. Dabei wollen wir zentrale Handlungsfelder der kommenden Jahre berücksichtigen: Digitalisierung und KI, Bau und Infrastruktur, Kultur und Outreach, Resilienz und Kooperation.

Aktuelle und absehbare zukünftige Entwicklungen sollten in einer Strategie unbedingt mitgedacht werden. Manches bleibt jedoch nur bedingt vorhersehbar. Wer hätte gedacht, dass KI so schnell Einzug in unseren Alltag hält? Es ist nur knapp vier Jahre her, als der erste intelligente Chatbot namens ChatGPT breit verfügbar wurde. Inzwischen nutzen ca. 60 % der Erwachsenen KI (sagt mir meine KI).

Darauf haben wir reagiert. Im Juni haben wir zusammen mit der Universität das CEDAR, ein Zentrum für Daten- und KI-Forschung gegründet. In der Krankenversorgung setzen wir zunehmend KI ein, beispielsweise bei der Befundung von Aufnahmen der Netzhaut. KI kann uns helfen, bessere Ergebnisse zu erzielen. Daher wollen wir den Einsatz von KI in der Unimedizin deutlich ausweiten: von der Forschung bis zur Verwaltung. 2027 wird also nicht nur das Jahr der Strategieentwicklung, sondern 2027 wird auch das Jahr der KI an der UMG.

Ein Wermutstropfen bei der Entwicklung der Strategie sind die angespannten öffentlichen Haushalte. Der Landeszuschuss für Forschung und Lehre bleibt hinter den Kostensteigerungen der letzten Jahre deutlich zurück. Gleiches gilt für die gesetzlich festgelegten Erlöse in der Krankenversorgung. Doch gerade unter diesen Bedingungen ist es wichtig, unsere Ziele zu schärfen und die dafür notwendigen Mittel gezielt einzusetzen.

Strategie oder KI – bei allem bleibt unser zentrales Ziel, mit dem Dreiklang aus Forschung, Lehre und Krankenversorgung Menschen zu helfen, gesund zu bleiben oder wieder gesund zu werden.

Ihr



Karlhans Endlich
Wissenschaftlicher Vorstand und Dekan



UNIVERSITÄTSMEDIZIN 2035

Kemnitz/Greifswald, 6. Oktober 2035 - Katrin Peters verlässt gerade mit gepackter Tasche ihr Haus in Kemnitz. Ihr Mann gibt letzte Anweisungen an die KI-gesteuerte Sicherheitsanlage. Danach schließt er die Tür, das elektronische Sicherheitsschloss gibt ein Surren von sich und die Rollläden fahren automatisch herunter. Das gecharterte E-Auto fährt alleine vor und öffnet seine Türen. Heute geht es nach Greifswald in die Unimedizin. Was sie dort erwartet, weiß die 64-Jährige bereits: Das vorbereitende Gespräch hat sie online vom Küchentisch aus geführt. Ihre Hausarztpraxis im Ort hat die benötigten Befunde übermittelt. Eine zusätzliche Fahrt für die Vorbereitung war nicht nötig.

Trotzdem ist Frau Peters angespannt. Seit einer auffälligen Untersuchung steht eine Krebserkrankung im Raum. Heute soll sie im Arztgespräch erfahren, welche Behandlung infrage kommt. Eine KI hat die Untersuchungsdaten ausgewertet und eine Diagnose vorgeschlagen.

Grundlage hierfür war eine Blutprobe von Frau Peters, die in der Core Unit Genomics untersucht wurde. Für die Blutentnahme reichte ein Besuch beim Hausarzt. Eine mittlerweile routinemäßig eingesetzte Drohne nahm die Probe auf ihrer Runde durch die Region mit und brachte sie direkt zur Unimedizin zur Analyse. Eine zusätzliche Gewebeprobe war in diesem Fall nicht notwendig. Denn im Blut lassen sich kleinste Mengen von Erbgut nachweisen, die der Tumor freisetzt – sogenannte Tumor-DNA. Ihre Untersuchung lieferte zusammen mit den übrigen Befunden genügend Informationen.

Es waren so viele Daten mit so vielen Verknüpfungen, die ein Individuum alleine nicht hätte verarbeiten können. Das hat die KI übernommen. Die Ärztin hat die Ergebnisse geprüft und freigegeben.

Auf dem Weg ins Krankenhaus hält ihr Mann Frau Peters im Arm. Zum Glück kann das Auto den Weg selbst zurücklegen, so dass er als Begleiter für sie da sein kann. Auf dem grünen Parkplatz der Unimedizin hält das Auto kurz an und beide steigen aus. Frau Peters geht voran. Sie weiß, wo sie hin muss. Im Gespräch mit der Ärztin fühlt sie Erleichterung: Neue Biomarker, also messbare Merkmale der Erkrankung, und die Untersuchung des Tumorerbguts liefern Hinweise auf die Möglichkeit einer gezielten Therapie. Ein invasiver Eingriff ist nicht erforderlich. Frau Peters atmet auf.

Das Gespräch ist hier aber nicht vorbei. Während des Aufenthalts schaut das Team auch auf Frau Peters jenseits des aktuellen Anlasses. Welche weiteren Risiken bestehen? Was lässt sich beeinflussen? Aus den Untersuchungen entsteht ein vollumfängliches Präventionsangebot mit körperlicher Aktivierung, das ihre Behandlung und ihre Kräfte berücksichtigt. Frau Peters möchte sich darauf einlassen. Allerdings, sagt sie, müsse das auch zu Hause funktionieren.

Deshalb wird die weitere Betreuung gemeinsam mit ihrer Hausarztpraxis geplant. Ein Teil der Kontrollen kann in der Hausarztpraxis in Kemnitz stattfinden, andere Gespräche online. Ausgewählte Messwerte werden zu Hause über ein elektronisches Armband sensorisch erfasst und an das betreuende Team übertragen. Es ist für sie nichts Neues. Viele ihrer Bekannten sind mit einem sogenannten „Wearable" ausgestattet. Frau Peters weiß, dass sie bei Auffälligkeiten direkt telefonisch kontaktiert wird. Falls erforderlich, unterstützt eine Pflegefachperson sie auch zu Hause. Frau Peters lässt sich erklären, wer sich wann bei ihr meldet. Als sie mit ihrem Mann ins gecharterte Auto steigt und zurück nach Kemnitz fährt, ist sie beruhigt: Die nächsten Schritte stehen fest.

Was wir heute tun

Science-Fiction, Prognose oder Strategie? Was Frau Peters im fiktiven Szenario durchlebt, ist heute bereits in Teilen Realität. Wann genau daraus ein durchgängiger Versorgungsalltag wird, steht noch aus, berichtet der Wissenschaftliche Vorstand Prof. Karlhans Endlich. „Manches wird früher eintreten", betont er. Damit es eintritt, arbeitet die Unimedizin derzeit an der Strategie Universitätsmedizin Greifswald 2035, die im kommenden Jahr fertig ausgearbeitet sein soll. Dieser Zeitpunkt ist bewusst gewählt, da der Erarbeitungsprozess sowohl intern alle Geschäftsbereiche, Kliniken und Institute einbindet, aber auch externe Faktoren berücksichtigt.

Was sich laut Endlich definitiv ändert: „Wir werden von überall auf verschiedene Arten erreichbar sein." Das zeigen unsere telemedizinischen Projekte schon heute: Bei dem Projekt „NeTKoH" konnten Hausärzt*innen die Greifswalder Neurologie telemedizinisch hinzuziehen. In 98 Prozent der untersuchten Fälle erfolgte das Konsil am selben Tag. „Besonders geschätzt wurden die schnelle fachärztliche Einschätzung, kürzere Wege und die bessere Versorgungskoordination", berichtet Prof. Felix von Podewils, Projektleiter und Neurologe von der Klinik für Neurologie. Auch psychiatrische Patient*innen können im Integrierten Funktionsbereich Telemedizin in einer Kooperation zwischen der Klinik für Psychiatrie und dem Institut für Community Medicine telemedizinisch behandelt werden.

In der Kooperation TEMICARE 2.0 wird die Betreuung im Bereich der Kinderonkologie über die deutsch-polnische Grenze hinweg gedacht. Bei Schulungen nehmen die kinderonkologischen Abteilungen der Universitätskliniken in Greifswald, Stettin, Krakau und Danzig teil. Darüber hinaus trainieren die Teilnehmenden ihre kommunikativen Fähigkeiten in einer virtuellen Umgebung. Zu diesem Zweck wurde im Rahmen des vom Programm Interreg VI A kofinanzierten Projekts TEMICARE 2.0 eine App für VR-Brillen entwickelt, in welcher virtuelle Hörsäle und Workshopräume zur Verfügung stehen, die mit Lehrmaterialien wie 3D-Modellen und Präsentationen ausgestattet sind. (Titelfoto)

Auch in Karlsburg reicht die Betreuung der Patient*innen bis ins Wohnzimmer: Menschen mit schwerer Herzschwäche legen sich täglich auf ein spezielles Messkissen. Es liest einen zuvor in die Lungenarterie eingesetzten Drucksensor aus und übermittelt die Werte an die Klinik. Ein Druckanstieg kann eine Verschlechterung ankündigen, bevor die Betroffenen Beschwerden bemerken. Das telekardiologische Team informiert dann die Patient*innen und ihre Hausarztpraxis. Eine frühzeitige Anpassung der Behandlung kann helfen, einen erneuten Krankenhausaufenthalt zu vermeiden.

Jenseits des digitalen Weges zu uns wird auch die dritte Dimension eine Rolle spielen. Für mögliche Probentransporte per Drohne ist auf Gebäude H1 bereits ein Landeplatz vorgesehen; wann ein solcher Dienst startet, ist offen. „Wichtig ist es aktuell, die Voraussetzungen zu schaffen", sagt der Vorstandsvorsitzende und Ärztliche Vorstand Prof. Klaus Hahnenkamp. „Wir schaffen die infrastrukturellen Voraussetzungen. Die Politik muss natürlich den rechtlichen Rahmen dazu setzen."

Auch im Stationsalltag hält die Digitalisierung mit dem Patient*innenruf Helpchat Einzug. „Dieses innovative Instrument denkt Kommunikation neu und unterstützt den Pflegealltag", sagt die stellvertretende Pflegevorständin Sarah Klaeske-Ganzow, die den ersten Roll-out im September mitbegleitete. Patient*innen teilen ihr Anliegen direkt über den Chat mit, so dass Pflegefachpersonen frühzeitig und übersichtlich die notwendigen Informationen erhalten und Unterstützung gezielter organisieren und priorisieren können. „Für eine umfassende Auswertung ist es noch zu früh", sagt die stellvertretende Pflegevorständin. „Unser Ziel ist es, digitale Lösungen so in den Pflegealltag zu integrieren, dass sie dort ankommen, wo sie gebraucht werden – und Pflegefachpersonen spürbar unterstützen."

Eine passendere Behandlung beginnt mit einer genauen Diagnose. Dafür baut die UMG ihre Genomsequenzierung aus. „Das ist wahre individualisierte Medizin", sagt Prof. Endlich. „Doch gleichzeitig umfasst die individualisierte Medizin sehr viel mehr." In Forschungsstudien ist die geschlechtersensible Medizin relevanter denn je. Unterschiede zwischen Mann und Frau müssen bereits in der Vorbereitung medizinischer Studien mitgedacht werden. Prof. Sylvia Stracke, Verbundkoordinatorin vom Projekt „InkE - Inklusive Exzellenz in der Medizin", erklärt die Situation an einem konkreten Beispiel zur Medikamentenforschung: „Bei Medikamenten treten bei Frauen häufiger Nebenwirkungen auf als bei Männern. Das kann daran liegen, dass Frauen in Studien unterrepräsentiert sind. In manchen, auch neueren Studien beträgt das Verhältnis 65:35 zu Gunsten des männlichen Geschlechts."

Individualisierte Medizin entsteht auch durch die Analyse großer Datenmengen. Künstliche Intelligenz erkennt durch Analyse tausender Daten Zusammenhänge, die dem Einzelnen nutzen. Beispiele davon gibt es bereits ausreichend an der Unimedizin. Prof. Mark Wielpütz, Direktor der Klinik und Poliklinik für Diagnostische u. Interventionelle Radiologie, entwickelte beispielsweise eine KI zur Auswertung von Röntgenbildern bei Mukoviszidose. Das neue Zentrum „Center for Data and AI Research" (CEDAR) vernetzt KI-Kompetenzen, zusätzlich erproben Greifswald und Rostock den gemeinsamen Zugang zu klinischen Forschungsdaten. Mit dem geplanten Präventionsprojekt MV-PREVENT von Prof. Agnes Flöel, Direktorin der Klinik für Neurologie, soll der Krankenhausaufenthalt außerdem Anlass werden, weitere Gesundheitsrisiken zu erkennen und Menschen anschließend gezielt zu begleiten. „Ein weiterer Baustein unserer Strategie: Wir betrachten die Gesundheit der Einzelnen ganzheitlich über die akute Erkrankung hinaus", sagt Prof. Flöel.

Die Strategie soll 2027 stehen und alle Entwicklungen bis 2035 zusammenführen. Sie muss zu Zielvereinbarungen und Doppelhaushalten des Landes passen und externe Entscheidungen berücksichtigen. Alle Elemente der Strategie finden sich schon heute vereinzelt auf den Stationen, in Praxen und in Laboren. „Frau Peters Szenario bietet so gesehen nichts Neues", analysiert Prof. Endlich. „Es überführt lediglich die Projekte, die wir heute schon umsetzen."

Hauke Meier

Prävention beginnt im Krankenhaus



Die Unimedizin will Patient*innen künftig stärker bei der Vorbeugung von Herzinfarkt, Schlaganfall und Demenz unterstützen. Im Projekt MV-PREVENT bereiten Forschende unter Leitung der Klinik für Neurologie ein Präventionsprogramm vor, das auf die persönlichen Risikofaktoren, die Veränderungsbereitschaft und die Lebensumstände der Menschen abgestimmt ist. Die Unterstützung soll bereits im Krankenhaus beginnen und nach der Entlassung fortgesetzt werden. Prof. Agnes Flöel, Projektleiterin und Direktorin der Klinik für Neurologie, erklärt das Vorhaben im Interview.

Frau Prof. Flöel, was haben Sie mit MV-PREVENT vor?
Wir wollen Menschen dabei unterstützen, ihr Risiko für einen Herzinfarkt, Schlaganfall oder eine Demenz zu senken. Dafür möchten wir den Krankenhausaufenthalt nutzen. Wer bei uns liegt, beschäftigt sich mit seiner Gesundheit und ist vielleicht bereit, etwas zu verändern. Wir wollen dann konkrete Hilfe anbieten, die auch nach der Entlassung weitergeht.

An wen richtet sich das Angebot?
An Menschen, die wegen anderer Beschwerden zu uns kommen und diese Folgeerkrankungen noch nicht haben. Wir schauen auf vier Risikofaktoren: Übergewicht, Bewegungsmangel, problematischen Alkoholkonsum und Rauchen. Wer mindestens zwei davon aufweist, soll eine Teilnahme an der geplanten Studie angeboten bekommen. Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig.

Warum sprechen Sie die Menschen im Krankenhaus an?
Bei unseren Bewegungs- oder Ernährungsstudien melden sich häufig Menschen, die ohnehin schon viel für ihre Gesundheit tun. Sie möchten noch besser werden. Um beim Thema Bewegung zu bleiben: Wer sich kaum bewegt, meldet sich dagegen oft gar nicht erst. Über den Krankenhausaufenthalt können wir auch Menschen erreichen, die von sich aus kein Präventionsangebot suchen würden.

Was würden Sie jemandem mit Bewegungsmangel empfehlen?
Das hängt davon ab, was die Person kann, was ihr Spaß macht und wo sie wohnt. Vielleicht lässt sich der Weg zum Bäcker zu Fuß erledigen oder die Fahrt zur Arbeit mit dem Fahrrad. Vielleicht gibt es einen passenden Sportverein in der Nähe. In Greifswald sind die Möglichkeiten andere als in einem kleinen Dorf. Wir wollen Schritte finden, die in den Alltag passen.

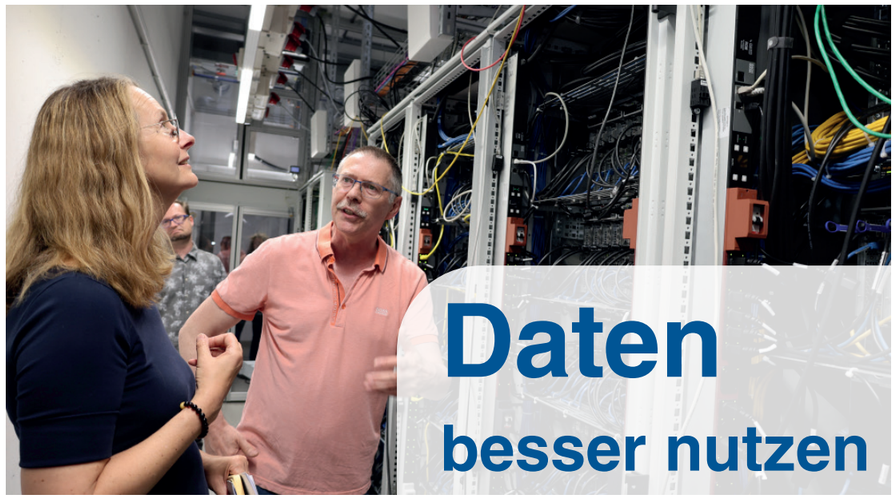
Gute Vorsätze hat man schnell. Wie bleibt man dabei?
Zunächst müssen wir schauen, wo jemand steht. Wer noch keinen Grund sieht, etwas zu ändern, braucht eine andere Unterstützung als jemand, der schon anfangen möchte. Nach der Entlassung sollen regelmäßige Rückmeldungen und Erinnerungen helfen, dranzubleiben. Auch telefonische Kontakte sind vorgesehen. Wenn etwas nicht klappt, lässt sich gemeinsam überlegen, woran es liegt und was anders funktionieren könnte.

Welche Rolle spielt dabei eine App?
Eine digitale Anwendung könnte die persönlichen Empfehlungen auf dem Handy verfügbar machen und Rückmeldungen ermöglichen. Perspektivisch sollen auch die weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte einbezogen werden. Entscheidend ist aber der Inhalt: Die Unterstützung muss zur jeweiligen Person passen und ihr helfen, die eigenen Vorhaben umzusetzen.

Wann geht es los?
Gefördert ist zunächst die Vorbereitung. Wir arbeiten aus, wie wir die Risikofaktoren erfassen und welche Unterstützung wir anbieten wollen. Eine Machbarkeitsstudie soll zeigen, wie sich das in die Klinikabläufe integrieren lässt und wie wir Teilnehmende gewinnen. Für die größere Studie brauchen wir anschließend eine weitere Förderung.

Und was wäre Ihre Vision für die UMG?
Dass Menschen bei uns neben der Behandlung ihrer akuten Beschwerden auch Unterstützung für ihre langfristige Gesundheit bekommen. Wir haben Kontakt zu so vielen Menschen in der Region. Diesen Kontakt möchten wir nutzen, um Prävention zu einem selbstverständlichen Teil der Versorgung zu machen.

Das Interview führte Hauke Meier



Daten besser nutzen

Bettina Martin, Ministerin für Wissenschaft, Kultur, Bundes- und Europaangelegenheiten Mecklenburg-Vorpommern, war zur Auftaktveranstaltung des CEDAR mit dabei. Im Anschluss erhielt sie von Prof. Ralf Schneider, dem Leiter des Universitätsrechenzentrums, eine Führung hinter die Kulissen.

Laborwerte, Untersuchungsergebnisse, Bilder: An der UMG entstehen täglich Informationen, die zunächst der Versorgung dienen. Im Einzelfall helfen sie dabei, Diagnosen zu stellen und Behandlungen zu planen. Zusammengenommen umfassen diese digital gespeicherten Einzelfälle an der Unimedizin aktuell ca. 14 Millionen Laborwerte und mehr als 9 Millionen Diagnosen, berichtet Prof. Lars Kaderali, Direktor des Instituts für Bioinformatik. Gemeinsam ausgewertet können sie Zusammenhänge sichtbar machen, die im Einzelfall verborgen bleiben.

Was datenbasierte Forschung ermöglicht, zeigen einzelne Kliniken bereits exemplarisch. Die Radiologie um Prof. Mark Wielpütz verfügt nun über eine mit Heidelberger Forschenden entwickelte KI zur Auswertung von Röntgenbildern bei Mukoviszidose. Diese erkennt zusammengehörige Muster und kann zusätzliche Hinweise auf den Zustand der Lunge liefern und die Auswertung beschleunigen. Ein MRT ersetzt sie damit nicht grundsätzlich. Künftig möchte Wielpütz die Methode auf weitere Krankheitsbilder und die Beurteilung von Therapieeffekten ausweiten. Ein weiteres Beispiel liefert die Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde, welche gemeinsam mit der Karlsburger Diabetologie untersuchte, wie zuverlässig KI diabetische Veränderungen auf Aufnahmen des Augenhintergrunds erkennt. Prof. Andreas Stahl, der Direktor der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde, geht dabei noch weiter. „Aufnahmen der Netzhaut können auch Hinweise auf Erkrankungen anderer Organe liefern. Im Projekt Retinal Age untersuchen wir, wie KI solche Hinweise erkennen kann. Dafür verknüpfen wir die Bilder mit weiteren medizinischen Befunden. Unser Ziel ist, gesundheitliche Risiken früher zu erkennen."

„Entwicklungen dieser Art werden zunehmen", konstatiert Prof. Endlich. „Vielleicht werden sie nicht exponentiell zunehmen. Mit Sicherheit wird KI auch keine Blutentnahmen ersetzen, doch es wird mehr und flächendeckender."

Je mehr Daten zur Verfügung stehen, umso besser ist die Grundlage für KI-basierte Systeme. Im großen Flächenland Mecklenburg-Vorpommern mit relativ kleiner Bevölkerung ist Kooperation zwischen den Krankenhäusern und Unimedizinen daher entscheidend, sagt Prof. Endlich. „Wir brauchen einen Gesundheitsdatenraum MV", fordert er. Erste Schritte sind schon eingeleitet. Die Datenintegrationszentren Greifswald und Rostock haben in einem Pilotprojekt Daten untereinander ausgetauscht. Hierzu stellte ein Greifswalder Forschungsteam einen Antrag auf Auswertung klinischer Daten beider Häuser. „Damit machen wir Datentransfer über die Stadtgrenzen hinweg möglich", sagt Prof. Dagmar Waltemath, Leiterin des Greifswalder Datenintegrationszentrums. Daraus soll ein verlässliches Angebot werden. „Perspektivisch könnten weitere Krankenhäuser hinzukommen", sagt Prof. Endlich. „Mit weiteren beteiligten Häusern könnten Forschende größere Patient*innengruppen untersuchen und Ergebnisse zwischen Standorten vergleichen. Wir erweitern den Datensatz und machen unsere Forschung dadurch auch für das Jahr 2035 attraktiv und zukunftsfähig", erläutert Endlich.

> „Wir brauchen einen Gesundheitsdatenraum MV"
> Prof. Karlhans Endlich

Dazu müssen heute schon die infrastrukturellen und personellen Voraussetzungen geschaffen werden. Bereits im Juli eröffnete das Center for Data and AI Research, kurz CEDAR. Die Plattform von Universität und Unimedizin vernetzt Forschende und unterstützt gemeinsame Projekte. Auch ethische und gesellschaftliche Fragen gehören dazu. Leitender Vertreter der Unimedizin im neuen Zentrum für KI ist Prof. Lars Kaderali, Direktor des Instituts für Bioinformatik. Sein Aufgabenbereich liegt genau in der Mitte von Lebenswissenschaften und Digitalem. „Künstliche Intelligenz ist eine der Schlüsseltechnologien der Zukunft. An der Schnittstelle zwischen den Lebenswissenschaften mit Mathematik, Informatik und Statistik liegen riesige Potentiale nicht zuletzt für Anwendungen, die unser aller Leben besser machen können." hm

Stadt, Land, Zukunft:
Herausforderungen in der Region

Ob in der Schule, bei der Arbeit, Sport oder verschiedenen Freizeitaktivitäten, mit den heute verfügbaren innovativen Diabetestechnologien haben Betroffene ihren Zuckerstoffwechsel immer im Blick. Sie schützen und geben unter anderem Eltern und ihren an Typ-1-Diabetes erkrankten Kindern Sicherheit in allen Lebenssituationen. Auch für Dr. Jörg Reindel aus der Karlsburger Diabetologie sind die cloudbasierten und freigegebenen Daten der Betroffenen aus der Ferne zur Stoffwechselführung und Beratung einsehbar. Die Betreuung außerhalb der Klinik gehört zum Alltag dazu und beschäftigt auch Prof. Raila Busch, Chefärztin der Allgemeinen Inneren Medizin am KKH Wolgast. Beide berichten von Veränderungen in ihrem Arbeitsalltag – und von den Voraussetzungen, unter denen Forschungsergebnisse in der Region angewendet werden können.



Mehr technische Möglichkeiten erhöhen die Therapieoptionen. Das vertrauensvolle Beratungsgespräch bleibt auch in der Zukunft unverzichtbar, um den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden.

Prof. Busch ist Chefärztin der Inneren Medizin am Kreiskrankenhaus Wolgast. Bei der Betreuung und poststationären Nachsorge der Patienten zu Hause verweist sie auf Aufgaben, die auch mit der Auswertung von Daten in Zusammenhang stehen, und auf die Frage, wer das übernimmt. „Die Krankenhausreform erfordert eine verstärkte Ambulantisierung“, erklärt sie. „Dazu braucht es auch funktionierende Strukturen in der Peripherie, die Patientensicherheit gewährleisten.“ Sie wünscht sich dafür eine gesicherte ambulante Struktur für die Versorgung der Patient*innen im Umland, etwa ein an das KKH Wolgast angebundenes Medizinisches Versorgungszentrum. Dieses könnte neben Nachsorge und Betreuung auch die Auswertung von Messdaten übernehmen.

Die Innere Medizin in Wolgast behandelt Patient*innen mit einer großen Bandbreite an internistischen Erkrankungen und entlastet somit die UMG, die sich auf spezialisierte Krankheitsbilder fokussieren kann. Benötigt ein Patient z.B. eine Herzkatheteruntersuchung, organisiert das Wolgaster Team die Weiterbehandlung in Karlsburg. „Die Zusammenarbeit mit den Karlsburger Kollegen der Kardiologie und Herzchirurgie funktioniert sehr gut“, sagt Prof. Busch. „Der digitale Austausch von Bildern und Befunden hingegen muss jedoch dringend verbessert werden“, fordert sie. „Beispielsweise werden immer noch echokardiographische Befunde von Endokarditis-Patienten auf CD per Post geschickt.“

> „Die Krankenhausreform erfordert eine verstärkte Ambulantisierung.“
>
> Prof. Raila Busch

Prof. Busch beschäftigt sich auch wissenschaftlich mit Herz- und Gefäßerkrankungen. In ihrer experimentellen Forschung untersuchte die Internistin und Kardiologin mit ihrer Arbeitsgruppe, wie das Blut- und Gefäßsystem auf Materialien von Herzimplantaten reagiert. Ein weiterer Schwerpunkt ihres wissenschaftlichen Interesses ist die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie die frühzeitige Erkennung von Risikofaktoren wie Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen. Neben ihrer klinischen und wissenschaftlichen Arbeit liegt Prof. Busch die Aus- und Weiterbildung von jungen Ärzt*innen sehr am Herzen. In ihrer Abteilung werden derzeit u.a. vier angehende Allgemeinmediziner*innen weitergebildet, so dass diese ein gutes internistisches Wissen für ihre spätere Arbeit in der Hausarztpraxis an die Hand bekommen. Die Weiterbildung möchte Prof. Busch stärker mit den Hausarztpraxen der Wolgaster Umgebung und Insel Usedom vernetzen. Ihr Anliegen ist, die stationäre und ambulante Behandlung sowie die langfristige Begleitung in der Praxis während der Weiterbildung miteinander zu verbinden.

Das berührt auch zwei Ziele des Entwurfs für die Strategie Forschung und Lehre: die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und die berufliche Integration von Absolventinnen und Absolventen in die Region. Im Fakultätsworkshop wurden dafür unter anderem Weiterbildungsangebote mit regionalen Partnern diskutiert. Prof. Buschs Betreuung von Promotionen und ihre Pläne für die internistische Weiterbildung knüpfen an diese beiden Bereiche an.

In Karlsburg beschreibt Dr. Reindel am Beispiel des Typ-1-Diabetes, wie die technischen Entwicklungen die Diabetesbehandlung verändert und insgesamt deutlich verbessert und vereinfacht haben. Die technischen Möglichkeiten sind heute so weit fortgeschritten, dass automatisierte Insulinpumpensysteme in der Lage sind, zunächst über kleine Hautsensoren fortlaufend Glukosewerte zu erfassen, die mit dem Pumpensystem kommunizieren und die Insulinapplikation steuern. Über KI-ähnliche, spezifische Algorithmen kann die Insulinapplikation zusätzlich an den aktuellen Glukoseverlauf und die unterschiedlichen Lebenssituationen variiert und automatisch angepasst werden. Gerade bei Kindern habe das die Behandlung deutlich erleichtert, berichtet er.



Dr. Jörg Reindel, Direktor der Klinik für Diabetes und Stoffwechselerkrankungen in Karlsburg



Prof. Raila Busch, Chefärztin der Allgemeinen Inneren Medizin am KKH Wolgast

Dr. Reindel betreut aber auch Menschen, die unter anderem seit Jahrzehnten mit Typ-1-Diabetes leben und trotz moderner Diabetestechnologien weiterhin den Blutzucker selbst messen und Insulin spritzen möchten. Manche hätten über lange Zeit gelernt, die Reaktionen ihres Körpers einzuschätzen, und wollten diese Aufgaben nicht an ein technisches System abgeben, berichtet er. Neue Systeme und bisherige Verfahren bestehen deshalb in seiner Klinik nebeneinander. Welche Möglichkeit eingesetzt wird, ist individuell. Dr. Reindel beschreibt technische Entwicklung damit als einen Teil der Therapieentscheidung. „Ich muss mit dem Patienten die Therapie besprechen und ihm anbieten, welche Möglichkeiten es gibt.“ Zustimmung findet dieser Ansatz auch bei Prof. Busch, die oftmals Zurückhaltung bei manchen Patient*innen bzgl. technischer Neuerungen beobachtet. „Die passende Therapie muss gemeinsam mit den Patient*innen besprochen und gefunden werden. Patientengerechte Aufklärung ist alles.“

Die Karlsburger Diabetologie untersucht neben dem Stoffwechsel routinemäßig auch mögliche diabetesassoziierte Folgeerkrankungen. Dazu gehören Veränderungen an Augen, Nieren, Nerven und Gefäßen. Dies ist wichtig, da gerade ein Typ-2-Diabetes schon längere Zeit unerkannt bestehen kann und somit durchaus Folgeschäden bereits existieren können, wenn die Erkrankung diagnostiziert wird. Die Untersuchungen sollen solche Veränderungen möglichst frühzeitig aufdecken und eine spezifische Mitbehandlung ermöglichen.

Im Speziellen arbeitet zum Beispiel die Karlsburger Diabetologie seit Jahrzehnten mit der Greifswalder Universitätsaugenklinik zusammen. Dr. Reindel berichtet von regelmäßigen Konsultationen der Augenärztinnen und Augenärzte in Karlsburg, die jedem Patienten angeboten und empfohlen werden. Mittels der augenärztlichen Expertise können diabetische Augenhintergrundsveränderungen so frühzeitig erkannt und erfolgreich therapiert werden, dass ein Fortschreiten mit zunehmendem Sehverlust und drohender Erblindung heute sicher verhindert werden kann und klinisch kaum noch eine Rolle spielt. Eines der aktuellen gemeinsamen wissenschaftlichen Projekte ist die Etablierung der künstlichen Intelligenz, um primär unabhängig vom Augenarzt auch in der Fläche möglichst alle Menschen mit Diabetes regelmäßig auf diabetische Veränderungen am Augenhintergrund zu screenen, diese zuverlässig zu erkennen und dann einer gezielten augenärztlichen Behandlung zuzuführen. Dazu wurde eine Vielzahl an Aufnahmen mithilfe von KI ausgewertet und die Ergebnisse mit parallel durchgeführten augenärztlichen Untersuchungen verglichen. In Karlsburg konnten dafür Menschen mit Diabetes unterschiedlicher Altersgruppen untersucht werden, dabei international einmalig und hervorzuheben ein hoher Anteil an untersuchten Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes. „Jetzt geht es darum, die künstliche Intelligenz für alle Menschen mit Diabetes in die Breite zu bringen“, beschreibt Dr. Reindel die Anwendung gemeinsam mit niedergelassenen Praxen. Dort könnten Aufnahmen des Augenhintergrunds entstehen und mithilfe von KI ausgewertet werden. Bei auffälligen Befunden würde eine augenärztliche Abklärung folgen. hm

> „Jetzt geht es darum, die künstliche Intelligenz für alle Menschen mit Diabetes in die Breite zu bringen."
>
> Dr. Jörg Reindel

Neues Leitungspersonal

Der Vorstand der Unimedizin
Prof. Klaus Hahnenkamp ist Ärztlicher Vorstand und zugleich Vorstandsvorsitzender. Er wurde vom Aufsichtsrat für zwei Jahre ernannt. Er übt diese Positionen im Nebenamt aus, bleibt also weiter Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv-, Notfall- und Schmerzmedizin. Unterstützt wird er von Prof. Stephan Kersting, der für denselben Zeitraum zum Stellvertretenden Ärztlichen Vorstand ernannt wurde, ebenfalls im Nebenamt. Er ist Direktor der Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie und übernimmt regelhaft einige ÄV-Aufgaben.
Unverändert: **Toralf Giebe** ist Kaufmännischer Vorstand und stellvertretender Vorstandsvorsitzender, **Prof. Karlhans Endlich** ist Wissenschaftlicher Vorstand und Dekan, **Jana Luntz** ist Pflegevorständin der Unimedizin.

Thomas Hildebrandt ist Kommissarischer Leiter der Abteilung Personalcontrolling. Diese gehört zum GB Personal. Er folgt auf Verena Hanke-Wessel, die das Haus verlassen hat.

Anne Schulze hat zum 1. September die Pflegedienstleitung in Karlsburg übernommen. Sie war vorher Bereichsleiterin auf der Greifswalder Station B.1.

Ebenfalls seit dem 1. September leitet **Jenny Boldt** den neu gegründeten GB strategische Pflegeentwicklung. In einer Übergangsphase bis Ende Oktober wird Boldt zusätzlich ihre bisherigen Bereiche als Pflegedienstleitung weiter betreuen. Ausnahme ist das Hospiz.

Prof. Christian Templin leitet seit Juli die Karlsburger Kardiologie. Templin ist Direktor der Klinik für Innere Medizin B. Damit wurden die kardiologischen Kliniken Greifswalds und Karlsburgs bereits ein halbes Jahr vor der Fusion der Häuser vereint.

Prof. Hans-Joachim Goetze ist kommissarischer Direktor des Instituts für Pflegewissenschaft und Interprofessionelles Lernen. Er war bereits 2021 in den Ruhestand getreten, blieb aber akademisch tätig und war bis Juli am Lehrstuhl für Pflegewissenschaft der UMR beschäftigt. Prof. Goetze folgt auf Prof. Steve Strupeit, der im Sommer überraschend verstorben ist.

Prof. Lino Möhrmann hat die W2-Professur für Onkologie mit Schwerpunkt Pulmoonkologie angetreten. Er kommt aus Boston zu uns, wo er im Rahmen eines DFG-Stipendiums an der Harvard Medical School tätig war. Zuvor war er am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden in den Bereichen Notaufnahme, Hämatologie und Onkologie tätig.

Ellen Augstein ist als Leiterin des GB Strategische Unternehmensentwicklung bestätigt worden. Sie hatte den GB nach dem Weggang von Raphael Ryba bereits kommissarisch geleitet.

Seit Juli ist **Nadine Boldt** neue Stationsleitung auf der D.2; sie wechselte von der E.2, wo sie ebenfalls als Leiterin tätig war.

Jenny Diedrich ist neue Bereichsleitung für die Sonderwachen.

Neuer Leiter der Abteilung Servicemanagement ist **Sergiy Esposito.** Die Abteilung gehört zum GB IT.

Bereits im Sommer hat **Hannes Janisch** die OP-Abteilungsleitung im Zentral-OP übernommen.

Dr. Juliane Nießen-Erkel ist neue Leiterin des Geschäftsbereichs Patientensicherheit und Qualität. Sie war vorher 16 Jahre lang bei Cheplapharm, zuletzt als Prokuristin und Senior Direktorin für Pharmakovigilanz und Medizin & Wissenschaft.

Prof. Andreas Teufel ist Direktor der Klinik für Innere Medizin A. Er hatte sie bereits seit April im Rahmen einer Vertretungsprofessur kommissarisch geleitet. Teufel hat nun auch regulär die W3-Professur für Gastroenterologie inne.

Dr. Robert Fleischmann leitet als Kongresspräsident der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft den Deutschen Schmerzkongress 2026 in Mannheim. Der Kongress steht unter dem Oberthema „Wandel bewegt“. Fleischmann ist Geschäftsführender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Neurologie.

Prof. Vera Schellerer, die Leiterin der Kinderchirurgie, ist neue Kongresspräsidentin der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie (DGKJCH) 2027. Sie repräsentiert damit den pädiatrischen Teil des Deutschen Chirurgie Kongresses (DCK 2027) in München sowie den chirurgischen Part des Kongresses für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ-Kongress) in Berlin.

Prof. Maik Gollasch und **Prof. Henry Völzke** sind Mitglieder des internationalen „Global Healthspan Extension Consortium“. Der Forschungsverbund untersucht, wie Menschen länger gesund und selbstständig leben können. Im Mittelpunkt stehen die Alterung von Organen sowie die Frage, wie Lebensstil und medizinische Maßnahmen diese beeinflussen.
Nach eigenen Angaben vereint das Netzwerk acht Langzeit-Beobachtungsstudien und zehn klinische Studien mit insgesamt mehr als 178.000 Teilnehmenden. Untersucht wird unter anderem, wie Lebensstil und Medikamente die Alterung von Muskeln, Herz-Kreislauf-System, Gehirn und Immunsystem beeinflussen.

Prof. Wolfgang Hoffmann wurde erneut zum Vorsitzenden des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung gewählt. Auf der Mitgliederversammlung des Netzwerks wählten die Teilnehmenden zudem **Prof. Neeltje van den Berg** in den zehnköpfigen Vorstand.

4 von 4444

Auf dieser Seite stellen wir vier Persönlichkeiten aus unserer UMG-Welt vor. Hier geht es mal nicht nur um die Position und die Aufgabe, sondern um den Menschen hinter der Funktion. Natürlich haben wir nicht genau 4.444 Mitarbeitende. So klingt der Titel der Rubrik aber besser.



Von den Bergen an den Greifswalder Bodden: Die gebürtige Allgäuerin **Hannah Wein** promoviert an der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Schon während ihres Studiums der Molekularen Medizin in Regensburg interessierte sie sich für die Reproduktionsbiologie, insbesondere für die weibliche Fortpflanzung. „Das ist wissenschaftlich extrem spannend, denn dazu wissen wir noch zu wenig.“ 2022 bewarb sie sich in Greifswald, um ihre Masterarbeit zu schreiben. Anschließend blieb sie als Stipendiatin zur Promotion. Ausschlaggebend für den Umzug weit weg von ihrer Heimat war das Forschungslabor: „Es gibt in diesem Feld nicht viele Labore in Deutschland und die Unimedizin liefert hier tolle Grundlagen.“ Abseits der Forschung entdeckte Hannah Wein ein neues Interesse: Sie machte einen Segel- und einen Motorbootführerschein. „Ich hatte vorher nie groß mit Wassersport zu tun. Die Möglichkeit, das hier machen zu können, hat mir unheimlich viel Freude bereitet.“ hm



Torsten Götting sieht sich „als Dolmetscher zwischen Klinik und IT“. Der 39-Jährige ist Medizinischer Dokumentar in der Klinik für Anästhesie. Hat dort jemand ein Problem, kann er dank seines technischen Know-hows komplizierte Zusammenhänge verständlich und praxisnah erklären – oder das Anliegen aus der Klinik fachkundig an die IT herantragen.
Seit 2020 arbeitet der gebürtige Greifswalder an der UMG. Im Alltag betreut er die Software-Programme der Klinik und wertet Daten aus. Dabei analysiert er insbesondere Prozesse, um diese weiterentwickeln zu können. „Dabei mache ich natürlich nicht den Kontrolletti“, sagt er lachend.
Im Privaten verbringt der selbsterklärte „Hobby-Handwerker“ viel Zeit im Garten, wo er „am liebsten alles selbst“ macht. Zudem zieht es ihn und seine Familie immer wieder aufs Wasser: zu Kajak, SUP und Segelboot. Die erforderliche Fitness holt er sich ganz nebenbei bei der Arbeit: dank der vielen Treppenstufen zu seinem Büro im 5. Obergeschoss. jt



„Das kann ich gerne übernehmen“, sagt **Clara Ziemer** über eine kurzfristig anfallende Arbeit, die eigentlich nicht zu ihren Aufgaben gehört. „Muss ja gemacht werden“, begründet sie ganz selbstverständlich, „außerdem kann ich da bestimmt etwas bei lernen.“ Stillstand kommt für sie nicht in Frage. Die gebürtige Greifswalderin arbeitet seit drei Jahren an der Unimedizin. Zunächst im Sekretariat des GB Technik & Bau, seit Sommer als Kommunikationsreferentin in der Stabsstelle Kommunikation und Marketing. Dort kümmert sie sich ums Veranstaltungsmanagement und hat im Blick, wann die heiß begehrten Rahmen in Fluren und Fahrstühlen mit welchen Postern bestückt werden. Zudem unterstützt sie das Team an allen Ecken und Enden, denn sie bemerkt schnell, wenn etwas erledigt werden muss.
Clara Ziemer ist wissbegierig und offen für Neues. „Ich brauche einfach das Gefühl, dass es weitergeht.“ Neben der Arbeit sorgt vor allem ihre vierbeinige Mitbewohnerin dafür, dass es nicht langweilig wird. „Mein Hobby wird bald 4“, sagt Clara Ziemer über ihre Hündin Holly. ca.



"Für mich ist Leben Bewegung und lebenslanges Lernen", sagt **Gesine Jenz**. Ihr Berufsweg erzählt davon: 1988 begann sie ihre Ausbildung zur Laborassistentin an der Unimedizin Greifswald. Nach der Wende zog sie nach Hamburg und ließ sich zusätzlich zur Röntgenassistentin ausbilden. Über das Klinikum Karlsburg und eine Weiterbildung zur Praxisanleiterin in Münster führte ihr Weg 1999 zurück nach Greifswald. Auch danach blieb es nicht bei einem Beruf: 2018 begann sie an der UMG eine kaufmännische Ausbildung, seit 2020 arbeitet sie am Greifswalder Standort des CCC-MV in der Organisation. Am CCC-MV organisiert sie Abläufe, vernetzt die Beteiligten und hält die Fäden im Hintergrund zusammen. Neben dem Klinikalltag gibt es ihr „Paralleluniversum“, wie Gesine Jenz es selbst nennt: Sie praktiziert seit 2005 Yoga und ist seit 2021 Yogalehrerin, hinzu kam Kinesiologie. Bei all den Erfahrungen ist ihr der Ausgleich wichtig: „Mein Mantra ist Balance: Yoga ist für mich wie das Leben: Es geht immer darum, sich selber auszubalancieren. hm



Alle unter einem Dach:
Ein neues Haus für die Community Medicine Forschung

Noch in diesem Jahr ist es soweit: Das neue William B. Kannel Center wird fertig, die ersten Kolleginnen und Kollegen des Instituts für Community Medicine ziehen bereits Anfang 2027 ein. Das Gebäude nimmt Tag für Tag mehr Gestalt an, auch innen tut sich viel. Selbst ein neues MRT ist schon vor Ort. Hinzu kommen Arbeitsplätze für 350 Menschen, Untersuchungsräume, ein Schlaflabor und eine Bioprobenbank. Insgesamt stehen der vereinten Community Medicine Forschung rund 7.000 Quadratmeter Nutzfläche unter einem Dach zur Verfügung.

Für die Strategie Forschung und Lehre 2035 ist das Gebäude eine wesentliche infrastrukturelle Grundlage. „Community Medicine Forschung bekommt ab Dezember eine einzige Adresse in Greifswald“, sagt der Institutsleiter Prof. Wolfgang Hoffmann. „Im April nächsten Jahres werden wir unsere neue Heimat feierlich eröffnen.“ Im William B. Kannel Center sollen künftig neben den Abteilungen des Instituts für Community Medicine die Community Dentistry, das Team der NAKO, das Institut für Pflegewissenschaft und Interprofessionelles Lernen sowie die Greifswalder Forschungsgruppen der Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung (DZNE, DZKJ, DZHK) arbeiten.

Im Kannel Center werden große Studien der Versorgungsforschung umgesetzt sowie Konzepte für die regionale Versorgung und Prävention entwickelt. Die Community Medicine liefert mit den SHIP-Kohorten eine beständige Grundlage für umfangreiche Datensätze zur epidemiologischen Forschung und inzwischen auch für KI-Untersuchungen. „Seit 1997 untersuchen wir die Menschen der Region. Im März begann die mittlerweile 6. Untersuchungswelle. Über 900 Menschen haben an allen fünf bisherigen Untersuchungsrunden teilgenommen“, sagt Prof. Hoffmann. Die Forschungsprojekte im Kannel Center liefern genau die Daten, die der Strategie Unimedizin 2035 von der Geschlechtersensibilität über die Betrachtung von Lebensphasen bis hin zur Berücksichtigung des demografischen Wandels entsprechen. Das „Kannel Center,“ wie es mittlerweile landläufig im Sprachgebrauch abgekürzt wird, ist mit seinem Institut für Community Medicine somit Grundlage für die Strategie Universitätsmedizin Greifswald 2035.

Von Daten zu neuen Forschungsfragen

Die Verbindung zwischen Forschung und Versorgung findet sich auch im Entwurf der Strategie für Forschung und Lehre wieder. Beim Fakultätsworkshop wurde diskutiert, Erkenntnisse aus SHIP stärker mit klinischen Daten und Krebsregisterdaten zu verknüpfen. Gleichzeitig sollen die Erkenntnisse aus der Versorgungs- und Präventionsforschung genutzt werden, um Herausforderungen präventiv anzugehen. „Hier ist präventive Medizin das Stichwort“, sagt Prof. Hoffmann. „Schon systemisch ist es notwendig, die Belastung im Gesundheitssystem zu senken. Wenn durch Prävention Erkrankungen vermieden werden können, haben sowohl die Menschen als auch das Gesundheitssystem einen Vorteil.“

Im neuen Center werden die beteiligten Institute, Abteilungen und Forschungsgruppen künftig auch räumlich zusammenarbeiten. „Wir wollen den Austausch im Alltag nutzen, um gemeinsam neue Forschungsfragen zu entwickeln“, sagt Prof. Hoffmann. „Dabei geht es immer auch darum, was unsere Ergebnisse für die Menschen in der Region bedeuten – und wie daraus Angebote entstehen können, die ihnen helfen, gesund zu bleiben.“ Hauke Meier

William B. Kannel (1923–2011)



Der US-amerikanische Arzt und Epidemiologe ist der Begründer der Kohortenforschung. Von 1966 bis 1979 leitete er die Framingham Heart Study. Die Langzeitstudie untersucht, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen entstehen. Kannels Forschung trug dazu bei, Bluthochdruck, erhöhte Cholesterinwerte, Rauchen und Diabetes als Risikofaktoren für Herzinfarkt und Schlaganfall zu erkennen. Seine Arbeiten prägten damit die medizinische Prävention.
Zum Start von SHIP kam er vor 30 Jahren nach Greifswald. Nach ihm ist das neue Center for Community Medicine benannt.

Vorbereitung auf den Notfall

Die Unimedizin muss sich wie alle Krankenhäuser noch intensiver auf kritische Ausnahmesituationen vorbereiten. Dazu werden Verfahren für zahlreiche Szenarien entwickelt, mit den Beteiligten abgestimmt und geübt. Denn eine Alarm- und Einsatzplanung ist mittlerweile gesetzlich vorgeschrieben.

Das Gesicht des Mannes auf der Trage ist blutverschmiert, er stöhnt wegen seiner Schmerzen. Ärztin Sophia Sperling in der Notaufnahme untersucht ihn konzentriert, aber zügig. Dahinter steht der nächste Stretcher mit einer Verletzten. Weitere Notfälle hat der Rettungsdienst schon angekündigt. Bei Hinrichshagen hat es einen Unfall eines Zuges mit zwei Autos gegeben, es gibt viele Verletzte. Die Ärztin in Weiterbildung wertet den stöhnenden Mann mit den Schnitten im Gesicht als Patienten, der zunächst noch etwas warten muss; die auffällig stille Frau dahinter lässt sie jedoch sofort als „rot“ in den Schockraum bringen. Noch zwei weitere Einschätzungen, dann ist die Triage vorüber.



Hätte es hier wirklich einen Massenanfall an Verletzten gegeben, müssten die Ärzt*innen in der Notaufnahme in kürzester Zeit entscheiden, wer mit welcher Dringlichkeit behandelt wird. Diese Triage wurde jetzt trainiert.

„Alles klar, herzlichen Dank“, sagt Oberarzt Torsten Eck. Die eben noch wimmernden Patienten verstummen und erheben sich. Eck bedankt sich und wünscht ihnen einen schönen Tag. Sophia Sperling atmet tief durch. Auch wenn es nur eine Übung war: So eine Triage im Schnellverfahren ist anstrengend.

„Eigentlich war das in Hinrichshagen eine große Übung für Feuerwehr und Technisches Hilfswerk“, erklärt Eck: „Aber wenn die Darsteller schon mal gut geschminkt ihre Rolle spielen, nutzen wir das gerne.“ Denn auch die Unimedizin ist verpflichtet, ein umfangreiches System aufzubauen, um auf besonders herausfordernde Situationen vorbereitet zu sein (s. Kasten).

Ob der Strom ausfällt und das Krankenhaus so gut wie möglich weiterbetrieben werden soll, ob es auf einer Station brennt oder ob es wegen einer Epidemie zu einem Massenanfall von Erkrankten kommt: „Wir wollen und müssen vorbereitet sein“, fordert Dr. Esther Henning, die das Projekt im GB Organisation und Entwicklung der Krankenversorgung vorantreibt: „Für vieles haben wir seit Jahren Pläne, hinzu kommt natürlich die Erfahrung mit besonderen Situationen, etwa in der Zentralen Notaufnahme.“ Doch die formalen Anforderungen seien deutlich erhöht worden und: „Ab diesem Monat wird alles extern begutachtet und regelmäßig dem Ministerium vorgelegt.“

Im Vordergrund stehen zunächst Alarmierungs- und Einsatzübungen, erklärt Henning. Dabei werden festgelegte Informationswege, Zuständigkeiten und grundlegende Abläufe überprüft. Die zentralen Fragen lauten: Erreichen die Informationen schnell alle Personen, die eingebunden sein müssen? Und wissen sie genau, was zu tun ist?

„Bei uns in der Notaufnahme muss dann zum Beispiel allen klar sein, dass bei einem Massenanfall an Verletzten der große Überwachungsraum zum Schockraum wird“, sagt ZNA-Chefarzt Dr. Matthias Napp. Er ist für die Krankenhausalarm- und -einsatzplanung zuständig und erläutert: „Wir erhöhen die Zahl der Plätze so in kürzester Zeit von zwei auf acht. Dazu muss aber auch das entsprechende Fachpersonal rangeholt werden, die entsendenden Bereiche müssen also ebenfalls Bescheid wissen.“

Künftig wird alle drei Jahre praktisch geübt. Dabei geht es um den Umgang mit konkreten Schadenslagen wie dem Unfall mit zahlreichen Verletzten. Hinzu kommen Situationen wie Bergungen aus einem brennenden Krankenhausbereich, aber auch der Umgang mit einem massiven Hackerangriff und der zumindest zeitweiligen Trennung unserer Rechner vom Netz. Hier geht es um die bestmögliche Betriebsfortführung. Zuständig für dieses Business Continuity Management ist Prof. Ulf Glende, der Datenschutz- und Informationssicherheitsbeauftragte. Doch zuvor sind die umfassenden Konzepte und Schulungen dran, stellt Esther Henning klar: „Auch dort, wo wir bereits viel Erfahrung haben, müssen wir unsere Abläufe und Regeln an die neue Gesetzeslage anpassen und genauer festlegen.“ Christian Arns.

Auf neun Situationen müssen wir uns vorbereiten:

Externe Szenarien (Erhöhter Patientenzustrom)

1. Massenanfall von Verletzten
2. Massenanfall von Erkrankten
3. Zustrom von Patienten, die dekontaminiert werden müssen
4. Versorgung von Opfern nach Gewalttaten (z.B. Anschlag)

Interne Szenarien (Störung der eigenen Infrastruktur)

5. Blackout, kompletter Ausfall des öffentlichen Stromnetzes
6. Ausfall der IT-Infrastruktur / Cyberangriff
7. Ausfall der Wasserversorgung / kritischer Gase
8. Evakuierung wegen Brand im Krankenhaus
9. Ressourcenmangel durch kriegerische Konflikte oder Sabotage

Bessere Gespräche und schmerzfreier Rücken

Die Situation der Pflegenden soll verbessert werden: durch eine genaue Analyse ihrer Situation und durch vielfältige Angebote zu ihrer Verbesserung. Dazu gehören Gesundheitsförderung, Verbesserungen des Arbeitsplatzes und Hilfe in belastenden Situationen. Seit bald drei Jahren läuft das Projekt „Schicht für Schicht gesund“. Es wird maßgeblich von der Techniker Krankenkasse gefördert. Auch andere Berufsgruppen profitieren.

„Ich hatte Rückenschmerzen“, sagt Sebastian Rother-Wald aus dem GB Technik & Bau. Er habe sich nicht mehr so beweglich gefühlt, wie er es von sich kannte, daher war er begeistert, im Intranet von der Körpermessung zu lesen. Der Fachbereichsleiter für die automatischen Warentransporte fand das Angebot auch deshalb interessant, weil eine Kontrolle des angestrebten Fortschritts angekündigt wurde. Lächelnd fügt er hinzu: „Als Mann geht man wegen so etwas ja nicht zum Arzt.“

Gleich der erste Termin half ihm: „Meine Wirbelsäule sah wie ein Fragezeichen aus, daran arbeite ich seitdem.“ Denn zur Messung gehörten auch konkrete Tipps und Übungen. Die Messungen und die Angebote des Betrieblichen Gesundheitsmanagements empfindet er als „tolles Angebot des Arbeitgebers, auch noch kostenlos und in der Arbeitszeit“. Dass sich die meisten Angebote des Projekts „Schicht für Schicht gesund“ an Pflegekräfte richten, findet er berechtigt: „Ich habe enormen Respekt vor der Arbeit und der körperlichen Leistung der Pflege“, versichert er. Nachdenklich fügt er hinzu: „So etwas wie für den Körper müsste es auch für den Geist geben.“ „Gibt es“, sagt Anne Snoppek deutlich: „Insgesamt gehören sieben Teilprojekte zu ‚Schicht für Schicht gesund‘, darunter auch Stressbewältigung und die Mitarbeitenden-Sprechstunde.“ (s. Kasten)

Die sieben Teilprojekte von „Schicht für Schicht gesund“

- Mitarbeitenden-Sprechstunde
- Angebote zur Stressbewältigung
- Messungen und Kurse der Betrieblichen Gesundheitsförderung
- Pflegepool-Systemische Flexibilisierung
- Befragung
- Hygge in der Pflege
- Arbeiten 5.0

Alle Angebote werden im Intranet im Bereich der Pflege beschrieben. Dort sind auch sämtliche Webinare genannt, die innerhalb des Projekts „Schicht für Schicht gesund“ auf der Plattform Relias angeboten werden.



Stella Beck hat vom eintägigen „Hygge“-Kurs profitiert, wie sie sagt, vor allem in der Kommunikation. Für andere war eher die richtige Wandfarbe entscheidend.

Projektmanagerin Snoppek verweist beispielhaft auf das Angebot „Hygge in der Pflege“: Das Wort komme aus dem Dänischen und stehe für Wohlbefinden. „In den Workshops arbeiten die Teilnehmenden daran, wie sie selbst zu besserem Arbeitsklima beitragen können oder was sie dazu brauchen. Das reicht von der zwischenmenschlichen Kommunikation bis zur Gestaltung der Pausenräume.“

„Ich war da wirklich skeptisch“, gibt Stella Beck unumwunden zu. Die Mitarbeiterin im FlexHafen wurde ermuntert, an dem eintägigen Workshop teilzunehmen. Doch sie hatte gehört, dass man sich über Wandfarbe unterhalte: „Die ist mir ziemlich egal, zumal ich als Flexerin sowieso immer wieder auf einer anderen Station bin.“ Doch da auch eine befreundete Kollegin mitmachte, nahm sie teil – und profitierte von Beginn an: „Als erstes wurde mir klarer, dass manche Kritik einfach nur ein Verbesserungsvorschlag ist, und dass ein rauer Ton gar nichts mit mir zu tun haben muss.“ Beides helfe ihr seitdem, sogar im Privaten. „Ich muss nicht immer direkt reagieren. Ich kann auch erst kurz nachdenken, was gerade passiert ist. Das hilft mir selbst, aber auch meinem Gegenüber.“

Stella Beck arbeitet seit über fünf Jahren an der Unimedizin. Sie hat sich damals für den Pool entschieden, weil sie die Abwechslung wollte. Durch die Arbeit auf verschiedenen Stationen erlebt sie, wie unterschiedlich einzelne Aufgaben erledigt werden. „In meinen Anfängen als Schwester hörte ich mehrmals, dass ich etwas ‚falsch‘ mache, mit der Begründung: ‚weil es hier schon immer so gemacht wurde‘.“

Genau diese Erfahrung möchte sie weitergeben: „Man muss nicht aus jedem Alltagsthema ein Drama machen. Manchmal reicht es, kurz durchzuatmen, zuzuhören und sich dann sachlich damit auseinandersetzen.“ Die Erkenntnis ist für sie ein weiterer Erfolg des Workshops. „Acht Stunden mal raus aus dem Alltag zu sein und sich mit solchen Themen beschäftigen zu können, das ist wirklich gut.“ Sie habe vorher nicht gedacht, „dass ich etwas für meinen Alltag mitnehmen kann. Aber genau das ist passiert. Wenn ich heute anderen dazu raten soll, kann ich nur sagen: Macht es! Manchmal lohnt es eben, sich seine Meinung erst nach dem Workshop zu bilden. Diese Erfahrung gebe ich gerne weiter, ich kann das wirklich empfehlen!“

„Das ist ein großartiges Projekt“, betont Pflegevorständin Jana Luntz. Zugleich würdigt sie das Engagement ihres Vorgängers Peter Hingst, der das Projekt maßgeblich mit auf den Weg gebracht hat, sowie die Unterstützung der Techniker Krankenkasse, die das Vorhaben mit mehr als drei Millionen Euro fördert. „Ein vergleichbares Unterstützungsangebot für Mitarbeitende in der Pflege gibt es im gesamten Norden nicht. Wir können uns daher wirklich glücklich schätzen, eine so wertvolle Unterstützung durch die TK zu erhalten.“ – Dieser Meinung ist auch Sebastian Rother-Wald: Sein Rücken schmerzt nicht mehr. Christian Arns.

Tapfere Greta im südkoreanischen Fernsehen



Greta und ihr Vater (2.v.r.) mit dem südkoreanischen Fernsehteam im Gespräch mit Prof. Holger Lode.

Die gute Nachricht zuerst: Greta ist vom Krebs geheilt. Die heute 15-jährige Stralsunderin war noch ein kleines Kind, als die Krankheit diagnostiziert wurde. Unter Leitung von Klinikdirektor Prof. Holger Lode wurde sie über eine lange Zeit behandelt. Zwei Jahre später galt sie als krebsfrei, als geheilt. Bis heute kommt Greta zur Nachsorge-Sprechstunde in die Greifswalder Kinderklinik.

Sie wurde mehrfach operiert, denn die Chemotherapie griff die Knochen an. Das Mädchen blieb tapfer. Dabei half ihr Musik, wie sie der UMG-live erzählt, vor allem die Songs der südkoreanischen Band BTS. Und genau die gaben jüngst ein Konzert in München: kurz vor einer Hüft-OP. Der Vater wäre gerne mit seiner Tochter hingefahren, doch zunächst waren keine Tickets zu bekommen. Sogar die südkoreanische Botschaft schaltete sich ein. Als Tickets zu bekommen waren, kosteten sie unfassbare Summen. Hier sprang der Verein „Kinderträume“ ein und übernahm die Kosten: für die Karten für Vater und Tochter, die Reise und eine Hotelübernachtung. Während er von dieser unerwarteten Hilfe erzählt, schießen dem Vater Tränen in die Augen.

Die Botschaft informierte den größten Fernsehsender des Landes. Und in der Tat: Ein Team der Munhwa Broadcasting Corporation kam mit Greta zur Nachsorge-Untersuchung bei Prof. Lode nach Greifswald, fuhr dann mit ihr und ihrem Vater zum Konzert nach München. Allen Beteiligten sei gesagt: Gut gemacht! ca.



Der dankbare Kitesurfer

Es war ein heftiger Unfall beim Kitesurfen im Bodden. Holger Michael aus Berlin erlitt Knochenbrüche, sein Bewegungsapparat war erheblich eingeschränkt. Weil er mehrere Meter mit dem Gesicht nach unten über den Boden geschleift wurde, war auch sein rechtes Auge erheblich betroffen. Er sei in der Zentralen Notaufnahme „notfallmedizinisch versorgt und anschließend 36 Stunden zur Beobachtung stationär aufgenommen worden“, berichtet er. Als das wieder möglich war, brachte ihn seine Frau zurück nach Berlin.

Von dort meldete er sich umgehend bei uns: „Könnten Sie mir bitte mitteilen, wo ich auf der Website des Klinikums ein Dankeschreiben posten bzw. hinterlassen kann? Ich möchte die interessierte Leserschaft wissen lassen, dass ich mich jederzeit sehr gut bei Ihnen aufgehoben gefühlt habe.“ Für die Hinweise auf das Lob- und Beschwerde-Management sowie die Möglichkeit, eine Bewertung bei Google zu hinterlassen, bedankte er sich erneut herzlich und betonte: „Für die jederzeit freundliche Behandlung durch die diensthabenden Ärzte/innen sowie das Pflegepersonal möchte ich mich ausdrücklich beim Klinikum bedanken.“

Er habe „Schwein gehabt“, schreibt er, und dass er dank der guten Versorgung „einige Dinge, deren Verrichtung noch vor wenigen Tagen unmöglich erschienen oder zumindest mit großen Schmerzen verbunden“, mittlerweile wieder einigermaßen ausführen könne.

Großes Lob fürs Team der ZNA – und die besten Genesungswünsche nach Berlin! ca.

Das gute Gefühl,
erst einmal starten zu können

Der Tag der Fusion rückt näher, immer mehr Kolleginnen und Kollegen beider Seiten sind vorbereitet. Wichtiger Punkt: Das ärztliche und pflegerische Personal in Karlsburg muss sich bis zum Jahreswechsel in den wichtigsten IT-Systemen auskennen. Dazu gibt es Schulungen und Hinweise, Notfallpläne, einen Flyer zu den Unterstützungsangeboten und in den ersten Januartagen eine Hotline. Mittendrin: Michael Grimmberger, im Hauptamt Leiter der Stabsstelle Pflege-IT. Die UMG-live hat ihn zu einem Schulungstag nach Karlsburg begleitet.



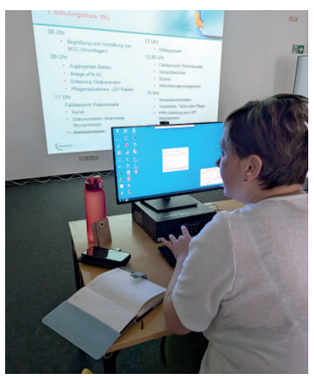
7 Uhr 30

Ankunft im Seminarraum des Mensa-Gebäudes. Michael Grimmberger fährt die Rechner hoch. In Greifswald säßen üblicherweise höchstens acht Personen in einem Kurs. In Karlsburg könnten es auch mal mehr sein, „wir wollen ja alle erreichen“. Aber heute und morgen schult er Key-User aus der Pflege. Das sind diejenigen, die bei der Umstellung zum Jahreswechsel von ihrer pflegerischen Arbeit befreit sind, um ihren Kolleg*innen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen.

„Mir geht es vor allem darum, dass alle Kollegen in den ersten Tagen nach der Umstellung wissen, was zu tun ist, wenn ein Patient kommt“, sagt Grimmberger der UMG-live: „Nach der Schulung sollen sie selber wissen, dass sie im Januar erst mal sicher die Dokumentation starten können.“ Er bespricht noch technische Details mit Cornelia Sell. Die Kollegin der Greifswalder IT ist für den Start des Kurses mitgekommen: „Wenn das Technische nicht läuft, wenn jemand gar nicht bis zum Programm M-KIS kommt, dann kann ich helfen.“

8 Uhr

Die Schulung beginnt. Michael Grimmberger begrüßt die sieben Kolleginnen zu zwei gemeinsamen Tagen und stellt sich vor. Er komme aus der Stabsstelle Pflege-IT, sagt er, dort kümmere er sich „hauptsächlich um M-KIS, APM und alles, was drumrum kommt“.



Heute gehe es um M-KIS, also das Krankenhaus-Informationssystem der Firma Meierhofer. „Wir gehen das gemeinsam durch“, kündigt er an: „Ich habe frische Patienten für Sie vorbereitet, die sind wirklich taufrisch.“ Beruhigend versichert er: „Das sind alles erfundene Daten, da können Sie wirklich hemmungslos rumprobieren.“ Der Plan für den Tag: „Wir werden die Schritt für Schritt durchdokumentieren“, sagt er.

Rein ins M-KIS, erst mal die Rollenauswahl. „Arbeite ich in der Ambulanz oder auf Station? Je nach Rolle haben Sie auch Rechte und Zugriff auf Daten“, erklärt Grimmberger. Die Teilnehmenden klicken neugierig auf der Seite herum, immer wieder ermuntert vom Referenten, das „einfach zu probieren“. Die Scheu vor dem Neuen ist bald überwunden, jetzt überwiegt das Interesse am Programm.

9 Uhr 45

„Wir machen eine kleine Kaffeepause“, schlägt Grimmberger vor. Doch niemand springt auf, es gibt so viel zu fragen. Das Grundlegende ist den Teilnehmenden mittlerweile klar, sie stellen präzise Einzelfragen. Grimmberger hat immer eine hilfreiche Antwort und vermittelt dabei, dass jede dieser Fragen so verständlich wie berechtigt ist. Dass er Bescheid weiß, ist kein Wunder:

„Wir haben das Programm seit 2018“, berichtet er während der Pause, er ist seitdem für die Pflege zuständig.

Der volle Bildschirm wird immer verständlicher: Jedes Feld, jeder noch so fremd wirkende Button ist für eine Information vorgesehen, die natürlich auch jetzt erfasst wird. Ob es Hinweise zu regelmäßig eingenommenen Medikamenten sind, die Telefonnummer einer Kontaktperson ist oder „die Station, auf der unser Patient gerade liegt“ – nur die Oberfläche des Systems ist anders, nicht der Inhalt.

„Mit dem Schloss-Symbol können Sie die Akte schließen“, erklärt der Dozent. „Das System prüft dann automatisch, ob alle Pflichtfelder ausgefüllt sind und ob alles passt.“ „Bei mir stimmt was nicht“, ruft kurz darauf eine Teilnehmerin. „Das ist doch gut“, antwortet Grimmberger, denn es zeige, dass das System funktioniert. Die Nachbarin lehnt sich zur Kollegin mit dem Fehler und sieht auf den Bildschirm. Gemeinsam finden beide in kürzester Zeit das Feld, in dem eine Angabe fehlt. Sie tragen sie nach und schließen die Datei.

12 Uhr

Mittagspause. Seit deutlich über einer Stunde haben die Teilnehmenden nun praktisch geübt. Sie haben Krankheiten und Vorbefunde erfunden, Untersuchungsergebnisse eingetragen und begonnen, einen Pflegeplan zu erstellen.

In der Pause wird Grimmberger auf Greifswalder Kritik am M-KIS angesprochen, sie hat sich nach Karlsburg rumgesprochen. „Es gibt an der UMG Bereiche, in denen mehr als 90 Prozent wie Sie eine Schulung durchlaufen haben. Da klappt es meines Wissens gut.“ Aber es gebe eben auch Bereiche, fährt er vorsichtig fort, „in denen nur ein knappes Drittel mitgemacht hat…“

Kurz darauf geht es weiter. Die Teilnehmenden nehmen Patient*innen auf, kontrollieren Listen und die dort enthaltenen Aufgaben. Vitamine und süße Nervennahrung haben die Kolleg*innen mitgebracht und ermuntern sich wechselseitig, sich zu bedienen.

13 Uhr 05

„Bei mir steht, der Patient sei verstorben.“ Nach diesem Zwischenruf horchen alle auf. „Den hat einer von Ihnen umgebracht“, kontert Grimmberger und löst schallendes Gelächter aus.

Schnell zeigt sich, dass nur ein Filter falsch gesetzt war: Die Kollegin hatte auf „alle Patienten“ geklickt und daher sämtliche Übungspatienten vor sich, die Grimmberger je erfunden hat. Der reagiert umgehend und bespricht kurzerhand die verschiedenen Filter. Die Aufmerksamkeit ist groß; der erheiternde Fehler hat allen die Bedeutung dieser Filter vor Augen geführt.

14 Uhr

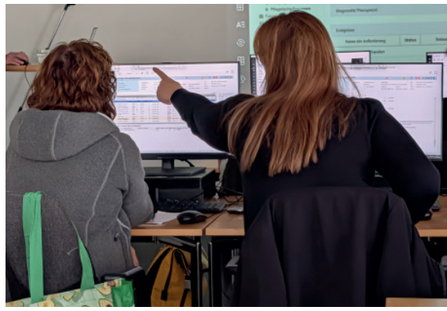
Vorsicht, aufgepasst: Der Cave-Bogen ist wichtig, betont Grimmberger: „Wenn Ihnen ein Patient bei der Aufnahme sagt, dass er eine Allergie gegen Chrom hat: Wissen Sie, in wie vielen Medikamenten Chrom ist? M-KIS weiß das und kann warnen, wenn jemand ein solches Präparat verschreiben will. Deswegen müssen Sie das eintragen!“

Die erfundenen Übungspatient*innen haben natürlich keine Vorgeschichte, erinnert der IT-Fachmann der Pflege: „Im echten Leben wundert sich mancher, dass er jemanden aufnimmt und einen neuen Fall anlegt, bei dem dann mit einem Mal Allergien stehen. Das zieht sich das Programm halt rüber, wenn der Patient schon mal im Haus war.“

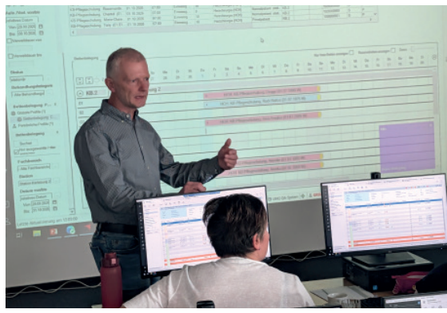
Dann geht es zur Wunddokumentation. Alle öffnen die Maske, betrachten den gezeichneten Menschen und was sich alles eintragen lässt. „Ich gebe ihm eine Bisswunde am Zeh“, sagt eine Teilnehmerin fröhlich und markiert den Fuß im Dokument.

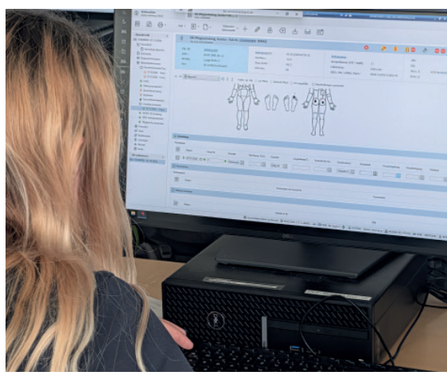
Nachdem alle auch das Sturzprotokoll geübt haben, ist der Schulungstag geschafft. Alle bestätigen, viel gelernt zu haben, aber nun auch geschafft zu sein. Michael Grimmberger lächelt und sagt: „Morgen machen wir Medikation und die richtig coolen Sachen.“

Christian Arns.











Wenn ein Patient rund um die Uhr überwacht werden muss, ist die stationäre Aufnahme begründet. Die jeweilige Patientenakte muss diesen Grund ebenso enthalten wie die Mess-Ergebnisse.

„Wir brauchen eine aktive Fallsteuerung!“

Die Krankenkassen können ab dem nächsten Jahr deutlich mehr Abrechnungen überprüfen lassen als bisher. Möglich ist sogar, dass sie bei einzelnen Krankenhäusern sämtliche Rechnungen hinterfragen. Die Verbände befürchten Verluste in Millionenhöhe: pro Haus! Wie kann das sein? Bekommen wir nicht bezahlt, was wir machen? Jetzt mal Butter bei die Fische.

„Die Gefahr besteht auf jeden Fall“, sagt Dr. Heiko Stute deutlich. Der Leiter der Abteilung Medizinisches Leistungsmanagement sieht drei Hauptgründe: Schon der mit den Überprüfungen verbundene Aufwand sei riesig und koste viel Geld. Das bestätigt der Verband der Universitätsklinika Deutschlands, aus dessen Sicht „die momentanen Prüfverfahren insbesondere aufgrund des enormen bürokratischen Aufwands nicht zukunftstauglich“ sind.

Noch deutlicher wird unser Kaufmännischer Vorstand Toralf Giebe, der die Gesetzesänderung als „volkswirtschaftliches Desaster“ bezeichnet, „da sich in erheblichem Umfang medizinisches Personal mit Dokumentation, Abrechnung und Abrechnungsprüfung beschäftigen muss, anstatt Patienten zu versorgen“.

Riskant sind aus Sicht von Dr. Heiko Stute auch unterschiedliche Einschätzungen darüber, ob eine erbrachte Leistung im jeweiligen Umfang erforderlich war oder nicht. „Wenn auf die Prüfung der Widerspruch folgt und wir den Aufwand nicht nachweisen können, bekommen wir für den umstrittenen Teil keine Vergütung“, bringt er es auf den Punkt: „Dann müssen wir das Geld an die Krankenkassen zurückzahlen.“ Der Medizinische Dienst (MD) prüft in deren Auftrag und die Krankenkassen fordern Zahlungen zurück, wenn sie diese so nicht angemessen ansieht. Die jahrelange Erfahrung zeigt Stute, dass es jedoch drittens an uns liegt, das Risiko einer Rückzahlung deutlich zu minimieren. „Dazu brauchen wir eine aktive Fallsteuerung“, sagt der Abteilungsleiter aus dem Geschäftsbereich Patientenmanagement.

Konkret heißt das im ersten Schritt: „Für jeden Patienten muss jeden Tag genau überlegt und entschieden werden, ob er, falls das möglich ist, noch stationär behandelt werden muss oder ob er entweder teilstationär weiterbehandelt oder sogar entlassen werden kann.“ Eine stationäre Behandlung sei immer dann erforderlich, wenn die betroffene Person auf die besonderen Mittel eines Krankenhauses angewiesen ist, also Überwachung mit der Möglichkeit sofortiger pflegerischer oder ärztlicher Hilfe, zudem diagnostische Geräte und im Notfall die Fähigkeit, operativ einzugreifen.

Ist die Entscheidung getroffen, muss diese im zweiten Schritt mit Begründung dokumentiert werden, wie Stute betont: „Wenn in der Akte drinsteht, dass der Betroffene sturzgefährdet ist und deswegen auch nachts überwacht werden muss, dann ist das schon mal gut.“ Niemand bezweifle, dass die einzelne Entscheidung wohlüberlegt getroffen werde. „Wir müssen dem Medizinischen Dienst aber noch besser helfen, diese Entscheidung nachzuvollziehen, indem die Begründung schriftlich vorliegt.“

Im dritten Schritt müssen auch die Überwachung und die Behandlung dokumentiert werden. „Wenn nachts eine Pflegefachperson ans Bett des Betroffenen gehe und beispielsweise den Blutdruck messe, „müsse das in die Unterlagen: „Alles, was nicht in der Akte dokumentiert wurde, kann vor dem Sozialgericht nicht belegt werden. Nicht dokumentiert ist wie nicht erbracht.“.

Bisher prüft der MD rund ein Zehntel aller Rechnungen; bei den Rechnungen der Unimedizin Greifswald geht diese Prüfung etwa je zur Hälfte für uns aus, zur anderen für die Krankenkassen. Dabei fällt auf, dass es bei etwa drei Viertel der verlorenen Fälle um die Verweildauer geht. Auf deren verstärkte Kontrolle müssten sich die Häuser daher vorbereiten, ist sich Stute sicher.

Hintergrund ist das vieldiskutierte Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dessen Ziel ist, die Versorgung strikt auf medizinisch Notwendiges zu beschränken und so die Kosten zu senken. Daher ist es so wichtig, täglich zu entscheiden und schriftlich zu begründen sowie die entsprechenden Tätigkeiten zu dokumentieren. Christian Arns.

Sieger im Intranet-Tippspiel zur WM





OP-Roboter da Vinci für Karlsburg

Der Standort Karlsburg wird weiter gestärkt. Mit einem so genannten Letter of Intent hat das Land Mecklenburg-Vorpommern seine Absicht erklärt, für das Klinikum Karlsburg die Anschaffung weiterer medizinischer Großgeräte zu fördern. Dabei handelt es sich um ein da Vinci 5-Operationssystem und einen Magnetresonanztomographen (MRT). Wissenschaftsministerin Bettina Martin, Finanz- und Digitalisierungsminister Dr. Heiko Geue, die Staatssekretärin im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport, Sylvia Grimm, sowie der Vorstandsvorsitzende der Unimedizin, Prof. Klaus Hahnenkamp, und Prof. Wolfgang Motz als Ärztlicher Direktor des Klinikums Karlsburg haben eine entsprechende Erklärung in Karlsburg unterzeichnet.

Projekte der Unimedizin als Vorbilder für alle Grenzregionen



Die grenzübergreifende Notfallversorgung soll bundesweit verbessert werden. Dazu kommen Verantwortliche für Rettungsdienste aus allen Grenzregionen Deutschlands Ende des Monats in Berlin zusammen. Dort findet die **Bundesweite Fachkonferenz zur praktischen Umsetzung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Rettungswesen** statt. Im Vordergrund stehen Themen wie gemeinsame Fortbildungseinheiten und Sprachkenntnisse.
Der Knaller: Veranstalter dieser Tagung ist unsere Unimedizin. Das Bundesgesundheitsministerium hat das Team der Klinik für Anästhesie, Intensiv-, Notfall- und Schmerzmedizin beauftragt, diesen Kongress auszurichten. Denn die seit Jahren laufende Zusammenarbeit mit den polnischen Partnern in Projekten wie NaReT, InGRiP und GeKoM gilt als vorbildlich.
Klinikdirektor Prof. Klaus Hahnenkamp wird die Konferenz in Berlin-Mitte eröffnen und die rund 150 Teilnehmenden aus Leitstellen, Kreisverwaltungen und Rettungsdiensten sowie den jeweiligen Verantwortlichen beispielsweise der belgischen, dänischen, französischen und polnischen Grenzregionen begrüßen. Hahnenkamp, inzwischen auch Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Vorstand der Unimedizin (s. S. 10), ist Initiator der Projekte, deren Partnerlisten beiderseits der Grenze jedes Mal länger werden. Projektleiterin ist Dr. Dorothea Orsson. ca.


VORSICHT:
KÖDER MIT
ABSICHT!
PLAN
B
Sie wollen
dich ködern!
@
Cyber Security
Bist du dabei?
KI
unterstützt