







**Seit 1982**

**HOCHLEISTUNGSMEDIZIN,  
GESUNDHEITSREFORMEN UND  
NEUES LEITBILD**



*Eine anspruchsvolle Aufgabe für jedes Krankenhaus: wirtschaftlich zu arbeiten und zugleich eine optimale medizinische und menschliche Betreuung zu gewährleisten.*

## Zwischen Finanzkrise und neuen Investitionen

Die Ernennung zum Akademischen Lehrkrankenhaus war nicht zuletzt auch eine Anerkennung für die Leistungen der zurückliegenden 20 Jahre und zeigte den hohen Standard der Patientenversorgung. Geschäftsführung, Aufsichtsrat und Gesellschafter, vor allem aber die Mitarbeiter des Hauses konnten stolz auf diese Leistung sein. Aber die Ernennung zum Lehrkrankenhaus war keine Garantie für eine weitere erfolgreiche Entwicklung. Im Gegenteil: Sie verschärfte noch einmal den Druck, die Strukturen und die Verwaltung zu verbessern und mit Blick auf die Kosten zu durchleuchten. Das wurde dem Geschäftsführer und dem Aufsichtsrat noch im selben Jahr 1982 vor Augen geführt, als der Rückgang der Belegungszahlen von rund 90 Prozent auf 86,3 Prozent zu einer deutlichen Ertragsverschlechterung führte. Das Krankenhaus hatte nicht genügend Reserven, um diesen Einbruch in den Einnahmen zu verkraften. Der Aufsichtsrat forderte sofort Verwaltung, Ärzte und Pflegedienstleitung auf, Vorschläge zu machen, wie die Kosten reduziert werden könnten. Im Vergleich mit ähnlichen Krankenhäusern zeigte sich, dass im Evangelischen Krankenhaus Bergisch Gladbach zu viel Personal beschäftigt war. Die erforderlichen Einsparungen mussten daher fast zwangsläufig auch über Entlassungen erzielt werden. Diese Maßnahmen reichten aber nicht aus, so dass im Herbst 1983 ein Wirtschaftlichkeitsgutachten in Auftrag gegeben wurde, um herauszufinden, ob und wie das Krankenhaus und die gesamte GmbH kostensparender strukturiert werden könnten.

Vor allem aber sollte die Kapitalbasis verbreitert werden, um Ertragschwankungen besser auffangen zu können. Dabei mussten vor allem der Stadtkirchenverband und der Kirchenkreis Köln-Rechtsrheinisch überzeugt werden, die sich ja erst seit 1978 an der GmbH beteiligten. Der Aufsichtsratsvorsitzende HEINZ HALFWASSEN, Vertreter der Kirchengemeinde, erinnerte alle Beteiligten ausdrücklich daran, dass das Krankenhaus »keine außenstehende Gesellschaft sei, sondern als unser aller Krankenhaus bezeichnet werden müsse, in dem Diakonie im wahrsten Sinne des Wortes geleistet würde«. Im darauf folgenden Jahr 1984 beteiligten sich alle Gesellschafter an der Kapitalerhöhung von 1,6 Millionen Mark auf insgesamt 2,46 Millionen Mark. Und 1985 bot sich eine weitere Möglichkeit, die Liquidität der Krankenhausgesellschaft zu steigern, als endlich die Altenwohnungen aus den frühen Siebziger Jahren verkauft werden konnten.



*Eine professionelle Versorgung bleibt auch unter Kostendruck garantiert.*

Die Situation war Anfang der 1980er Jahre also kritisch; sie konnte aber bewältigt werden, weil alle Beteiligten ihren Teil zur Sanierung beitrugen. Ein zinsfreies Darlehen von 100.000 Mark vom »Verein für Evangelische Wohlfahrtspflege« beispielsweise konnte für notwendige Brandschutzmaßnahmen in den Altenheimen eingesetzt werden. Dies war um so bemerkenswerter, da der Verein zur gleichen Zeit auch seinen Anteil am Stammkapital der GmbH um 100.000 Mark erhöhte.

Im Zusammenhang des Sparzwangs wirkte auch die Einrichtung einer gemeinsamen Apotheke der drei Bergisch Gladbacher Krankenhäuser im Jahr 1983 wie eine Maßnahme zur Rationalisierung. Der Hintergrund dieser Entscheidung war allerdings ein anderer. Ab Anfang 1983 verpflichtete eine Novelle des Apothekengesetzes

die Krankenhäuser, ihre Arzneimittel nur noch in Vollapotheken im Haus selber oder vor Ort zu beschaffen; die bisherige kleine Lösung der hauseigenen Arzneimittelverteilstelle musste das Evangelische Krankenhaus daher aufgeben. Vorstand und Aufsichtsrat wogen in ihren Diskussionen sehr gründlich ab, welche Lösung am kostengünstigsten war. Zwar waren mit der Einrichtung einer eigenen Apotheke Kosten verbunden, andererseits konnten auf diese Weise die Arzneimittelkosten selber gesenkt werden, wenn das Haus nicht mehr in einer auswärtigen Apotheke einkaufen musste. Daher entschloss sich die Krankenhausleitung, eine eigene Apotheke einzurichten. Die Entscheidung für eine gemeinsame Apotheke der Bergisch Gladbacher Krankenhäuser fiel dann am Ende aufgrund einer Initiative des Kölner Regierungspräsidenten.

#### Die Anteile der Gesellschafter nach der Kapitalerhöhung 1984

Stammkapital:

2,46 Millionen Mark

#### Evangelische Kirchengemeinde:

38,6 Prozent

#### Verein z. Förderung Evang. Wohlfahrtspflege Bergisch Gladbach e.V.

16,3 Prozent

#### Evangelischer Stadtkirchenverband

34,5 Prozent

#### Evangelischer Kirchenkreis

Köln-Rechtsrheinisch

10,5 Prozent

### Investitionen in Ausstattung und Struktur des Hauses

Im August 1985 lag endlich das 1983 in Auftrag gegebene Wirtschaftlichkeitsgutachten vor. Um die ausführliche Schwachstellenanalyse des Wirtschaftsberaters zu erörtern, bildete die Krankenhausleitung eine Arbeitsgruppe, die sich in mehreren Sitzungen mit den Ergebnissen auseinandersetzte. Die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe flossen in den folgenden Jahren in die Modernisierungsmaßnahmen ein. Die Leitung des Krankenhauses setzte mit diesem Arbeitskreis übrigens erstmals darauf, die Mitarbeiter in die Verantwortung für das EVK einzubinden.

*Im Juli 1988 stellt Prof. Liedtke den erneuerten gynäkologischen OP-Bereich der Öffentlichkeit vor. z.v.r.: Der damalige Bürgermeister von Bergisch Gladbach, Franz Heinrich Krey, links daneben Stadtdirektor Otto Fell.*

Nachdem 1986 Landesmittel in Höhe von 2,5 Millionen Mark bewilligt wurden, um die Klimaanlage im chirurgischen und gynäkologischen OP-Bereich zu sanieren, legte das Krankenhaus einen **Investitionsplan** auf, um in den Jahren 1987 bis 1990 die Gesamtstruktur des Hauses zu verbessern. Neben der neuen Klimaanlage im OP-Bereich stand dabei der Bau einer Zentralsterilisation im Mittelpunkt, aber auch andere notwendige Baumaßnahmen, etwa zur Verbesserung des gesetzlich verschärften Brandschutzes, wurden durchgeführt. Diese teilweise beträchtlichen Investitionen in die Infrastruktur des Hauses aufgrund veränderter gesetzlicher Vorgaben dauern bis heute an.



Die Modernisierung zielte auch auf die Verwaltung und Struktur des Krankenhauses. Wieder waren die Kosten ausschlaggebend, denn Mitte der 1990er Jahre zeigte sich immer deutlicher, dass die hohen Investitionen in die Ausstattung und die wachsenden Personalkosten nicht ausreichend durch Einsparungen oder durch ein ertragsorientiertes Krankenhausmanagement gedeckt waren. Das Krankenhaus befand sich daher erneut in einer gefährlichen Finanzkrise. Als neuer Geschäftsführer stand HARALD JANUSCHEWSKI also 1994 vor der Aufgabe, das Krankenhaus wirtschaftlicher auszurichten, ohne dabei die hohe Versorgungsqualität aufs Spiel zu setzen. Seine Voraussetzungen waren dabei auch von politischer Seite aus belastet: Die großen Gesundheitsreformversuche seit 1989 unter Norbert Blüm und später unter Horst Seehofer stellten das Evangelische Krankenhaus in diesen Jahren vor eine völlig neue Situation.

#### Gesundheitsreformen liefern neuen Handlungsrahmen

Seit den 1970er Jahren versuchten die Bundesregierungen mit Kostendämpfungsgesetzen und Verordnungen, die explodierenden Kosten im Gesundheitswesen unter Kontrolle zu bringen. Wichtigstes Ziel der Politik: die Krankenkassenbeiträge möglichst stabil zu halten. Während die Ausgaben für die Leistungen der Ärzte und Krankenhäuser gedeckelt wurden und eine stärkere Transparenz der Kosten erreicht werden sollte, mussten die Patienten Versicherungsleistungen oftmals durch Eigenbeteiligungen mitfinanzieren. Auf diese Weise floss zusätzliches Geld der Versicherten in das Gesundheitssystem, ohne dass die Beiträge erhöht werden mussten.

Ende der 1980er Jahre war endgültig klar, dass die Kostendämpfungsmaßnahmen nicht ausreichten, um das Gesundheitssystem zu finanzieren. Eine grundlegende Reform war nötig. Ein erster Versuch war das 1989 unter Bundesgesundheitsminister Blüm in Kraft getretene Gesundheitsreformgesetz (GRG). Trotz seines Namens führte es vor allem die älteren Kostendämpfungsmaßnahmen fort, indem es einen neuen Katalog von Selbstbeteiligungen und Leistungsausgrenzungen aufstellte. Im ersten Jahr brachte das Gesetz tatsächlich ei-



ne Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen und wegen der sinkende Kurve der Ausgaben sprach man schon von einem »Blüm-Loch« und honorierte damit ironisch den Erfolg des Ministers. Es stellte sich aber schnell heraus, dass sich viele Versicherte mit Hilfsmitteln oder Zahnersatz versorgt hatten, bevor das Gesetz in Kraft trat. Dem »Blüm-Loch« ging also in Wirklichkeit im Jahr zuvor ein »Blüm-Bauch« voraus. Schon 1990 stiegen die Defizite der Krankenkassen erneut an.

Die wachsenden Defizite führten zu einem neuen und diesmal tiefer eingreifenden Reformversuch: Am 1. Januar 1993 trat das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) in Kraft. Das Gesetz führte die freie Kassenwahl der Patien-

*NRW-Gesundheitsministerin Birgit Fischer hielt im Sommer 2000 einen Vortrag auf einer Selbsthilfe-Fachtagung im EVK.*

ten ein (ab 1996) und begrenzte in zwei Stufen die Kapazitäten und Vergütungsansätze der Anbieter, also der Ärzte und der Krankenhäuser. Als Sofortmaßnahme wurden die Ausgaben in den Jahren 1993 bis 1995 von vorne herein begrenzt (budgetiert).

Die zweite Stufe sollte spätestens zum 1. Januar 1996 einsetzen. Für die Krankenhäuser bedeutete diese Stufe einen tiefen Einschnitt, weil das Prinzip der Selbstkostendeckung aufgegeben wurde. Die Abrechnung mit den



Gesundheitsministerin Ulla Schmidt besucht das Evangelische Krankenhaus Bergisch Gladbach.

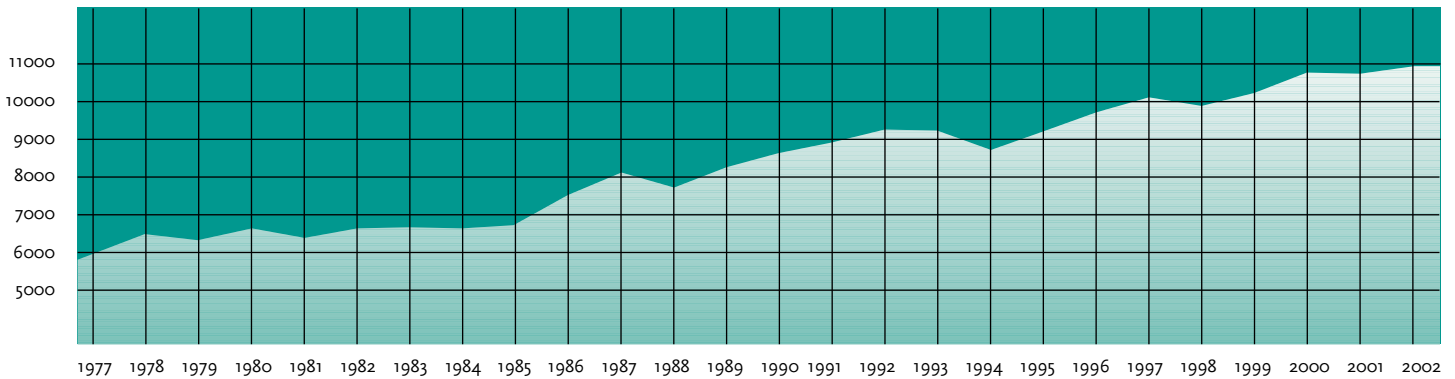
Krankenkassen erfolgte jetzt nach einem komplizierten System aus Basispflegesätzen, Abteilungspflegesätzen, pauschalierten Sondertarifen (insgesamt 160) und Fallpauschalen (40). Nach Ansicht des Gesetzgebers sollten diese »leistungsgerechten Erlöse« die Betriebskosten des Krankenhauses decken. Gleichzeitig wurden auch verschiedene Abstufungen der Krankenhausbehandlung eingeführt: die vollstationäre, teilstationäre, vor- und nachstationäre sowie ambulante Behandlung.

Mit ihren Maßnahmen zielte die Bundesregierung auf eine stärkere betriebswirtschaftliche und kostenbewusste Führung der Krankenhäuser. Außerdem sollte die Bettenzahl gesenkt werden, um auch auf diese Weise die Kosten der Akutkrankenhäuser zu verringern.

Neue einschneidende Veränderungen traten schließlich zum 1. Januar 2003 in Kraft. Nach dem »Gesundheitsreformgesetz 2000« – diesmal von der rot-grünen Regierung auf den Weg gebracht – wurde ein tief gestaffeltes System von »leistungsorientierten Fallpauschalen« eingeführt. Dem System liegen so genannte Diagnosis Related Groups (DRG) auf deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen zugrunde. Das bereits bestehende Pauschalensystem wird ersetzt, indem die Behandlungen nach der Fall schwere vergütet werden sollen. Damit soll flexibler auf den tatsächlichen Aufwand für Behandlungen reagiert und dadurch Kosten gespart werden.

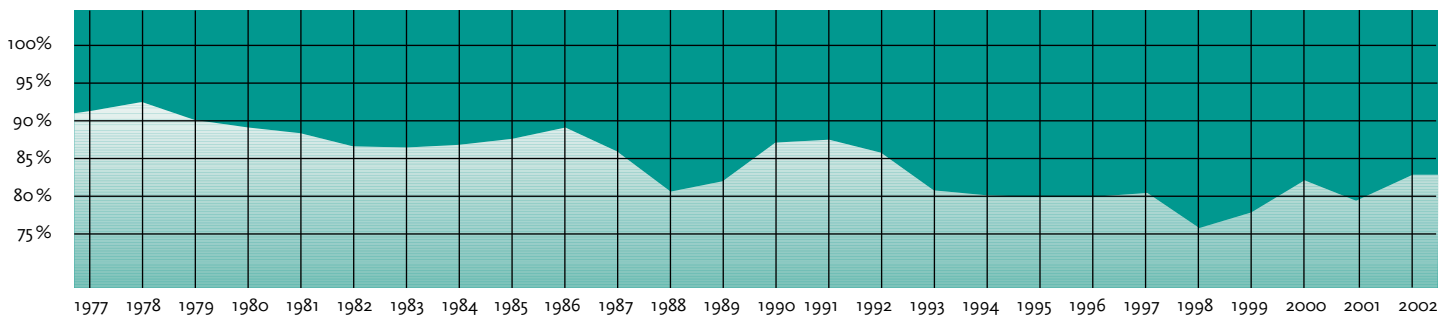
Andererseits wird für schwerere Fälle auch ein höherer Satz gezahlt. Der Anspruch auf eine höhere Vergütung muss allerdings nachgewiesen werden und für diesen Nachweis muss das Krankenhaus die Fallschwere durch eine besondere Kombination aus Haupt- und Nebendiagnosen im DRG-System feststellen. Für das Evangelische Krankenhaus Bergisch Gladbach ergeben sich daraus neue Herausforderungen, weil jetzt »die Qualität der medizinischen Dokumentation ... unmittelbare Auswirkung auf die Erlöse hat«. Das Krankenhaus muss daher eine effiziente Qualitätskontrolle nicht nur für die medizinische Versorgung, sondern auch für die Dokumentation der Arbeit gewährleisten.

Die Krankenhäuser waren bei der Einführung der zweiten Stufe der Gesundheitsreform 1996 (siehe Kasten) nicht nur von der neuen Fallpauschalenregelung betroffen, sondern sie mussten auch eine Verlängerung der Budgetdeckelung auf dem Stand von 1995 verkraften. Die Geschäftsführung des Evangelischen Krankenhauses Bergisch Gladbach zog aus der zum Teil sehr widersprüchlichen Gesetzesentwicklung die richtigen Schlüsse. Januschewski betonte gegenüber dem Aufsichtsrat die schwierige



Lage, da sich die Gesetzgebung gerade für das EVK besonders nachteilig auswirke. Den Problemen, die mit der Budgetierung zusammenhingen, könne das Krankenhaus nur aus dem Weg gehen, wenn das Budget einerseits nicht überschritten würde – dann müsste das Krankenhaus die zu viel erzielten Einnahmen an die Krankenkassen zurückzahlen –, andererseits aber auch nicht unterschritten würde – dann würden die Einnahmen die Ausgaben nicht decken. Eine Punktlandung war also nötig.

*Tabelle 1:  
Die Entwicklung der Fallzahlen 1977 bis 2002. Im Vergleich zu 1977 (rund 6000 Patienten jährlich) werden heute fast doppelt so viele Menschen im EVK behandelt (mehr als 11.000).*



Vor allem aber führte die neue Gesetzeslage nach der Auffassung Januschewskis zu einem stärkeren Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern und gerade hierin bestand und besteht die eigentliche Chance des Evangelischen Krankenhauses. Viele Entscheidungen seit 1995 dienen daher auch der Verbesserung der Wettbewerbsposition.

Die Einführung des innerbetrieblichen Vorschlagswesens im Sommer 1996 übernahm eigentlich sehr spät ein in der Industrie schon länger bewährtes Instrument, um die Betriebskenntnisse der Mitarbeiter zu nutzen und die Strukturen und Arbeitsabläufe zu verbessern. 1998/99 wurde ein modernes **Krankenhaus-Informationssystem (KIS)** eingeführt, mit dem die gesamten betriebswirtschaftlichen Vorgänge im EVK geplant, gesteuert und kontrolliert werden können. Über ein komplexes Computer-Netzwerk kann dieses moderne Management-Instrument auf alle wichtigen

*Tabelle 2:  
Die Auslastung des EVK sinkt in den Jahren 1977 bis 2002 leicht auf einem relativ hohen Niveau.*

# Erinnern Sie sich noch?? Da war doch was!?



Erinnern Sie sich noch?  
Da war doch was!?

Ja genau! In ganzer Vorzeit hatten wir doch mal irgend so ein Vorschlagswesen eingeführt. Überschattet wurden wir ja nie mit Vorschlägen, aber zeitweise tropfelten wenigstens regelmäßig Anregungen ein. Zur Zeit kann man jedoch nur noch davon sprechen, dass der Patient im Koma liegt. Selbst unser ungekrönter König des Vorschlagswesens, Herr Roger Schäfer, hält sich schon längere Zeit vornehm zurück.

Der Ausschuss, das muss man einräumen, hat sich anstecken lassen und 2 bis 3 Vorschläge aufgrund von Termenschwierigkeiten noch nicht vollständig abgearbeitet. Asche auf unsere Haupt!

Doch mit neuem Elan haben wir uns im Mai zusammengesetzt, um den Patienten zu reanimieren. Dazu besorgte er allerdings noch einige Herzmassagen und Medikamente, sprich neue Vorschläge von unseren Mitarbeitern.

Also los, beteiligen Sie sich, damit der Patient nicht endgültig verstaubt.

Ralf Edthard  
Peter Besbach  
Klaus Kocenda

Das innerbetriebliche Vorschlagswesen bewirkt viele Verbesserungen der Arbeitsabläufe und Organisation, auch wenn es sich manchmal neu in Erinnerung bringen muss.



Professor Mühlbauer koordinierte mit seinem Team den Prozess, mit dem das Umfassende Qualitätsmanagement (UQM) im EVK gestaltet wurde.

Daten der einzelnen Krankenhausbereiche zugreifen. Dabei werden sowohl die medizinischen als auch die wirtschaftlichen Informationen in Beziehung zueinander gesetzt, so dass das gesamte Krankenhaus mit Blick auf die medizinische Versorgung einerseits und auf die Wirtschaftlichkeit andererseits organisiert werden kann.

Dieses aufwändige Informationssystem dient aber nicht allein dazu, das Krankenhaus effizient zu verwalten, sondern es führt darüber hinaus alle Daten zusammen, die der Gesetzgeber vorschreibt, um die medizinische Versorgung gegenüber den Krankenkassen zu dokumentieren.

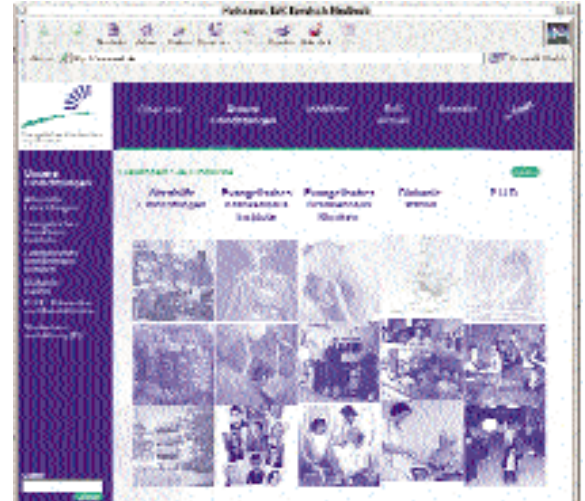
Schließlich unterstützt das KIS auch das ebenfalls gesetzlich vorgeschriebene **Qualitätsmanagement**. Dieses Qualitätsmanagement soll einen hohen Standard der Patientenversorgung sichern und gleichzeitig die Kosten für diese Versorgung begrenzen. Das bereits bestehende Qualitätsmanagement im EVK wurde – moderiert durch eine Krankenhaus- und Unternehmensberatung – seit 1998 gemeinsam mit den Mitarbeitern diskutiert und entwickelt. Ziel dieses Prozesses war unter anderem die Verbesserung der Bettenbelegung und der Ausstattung, aber auch der alltäglichen Arbeitsabläufe auf den Stationen und in den Abteilungen. Die Arbeitszeiten sollten besser koordiniert werden und alle Mitarbeiter sollten ein größeres Kostenbewusstsein entwickeln. Oberstes Ziel war aber vor allem eine verbesserte Kundenorientierung. Das Krankenhaus soll Profil als Gesundheitsdienstleister gewinnen.

**Das EVK im Internet –**

**www.evk.de**

Im Herbst 1998 ging das Evangelische Krankenhaus Bergisch Gladbach ins Internet. Dort präsentiert es sich als modernes, einfallreiches und patienten- und kundenorientiertes Krankenhaus.

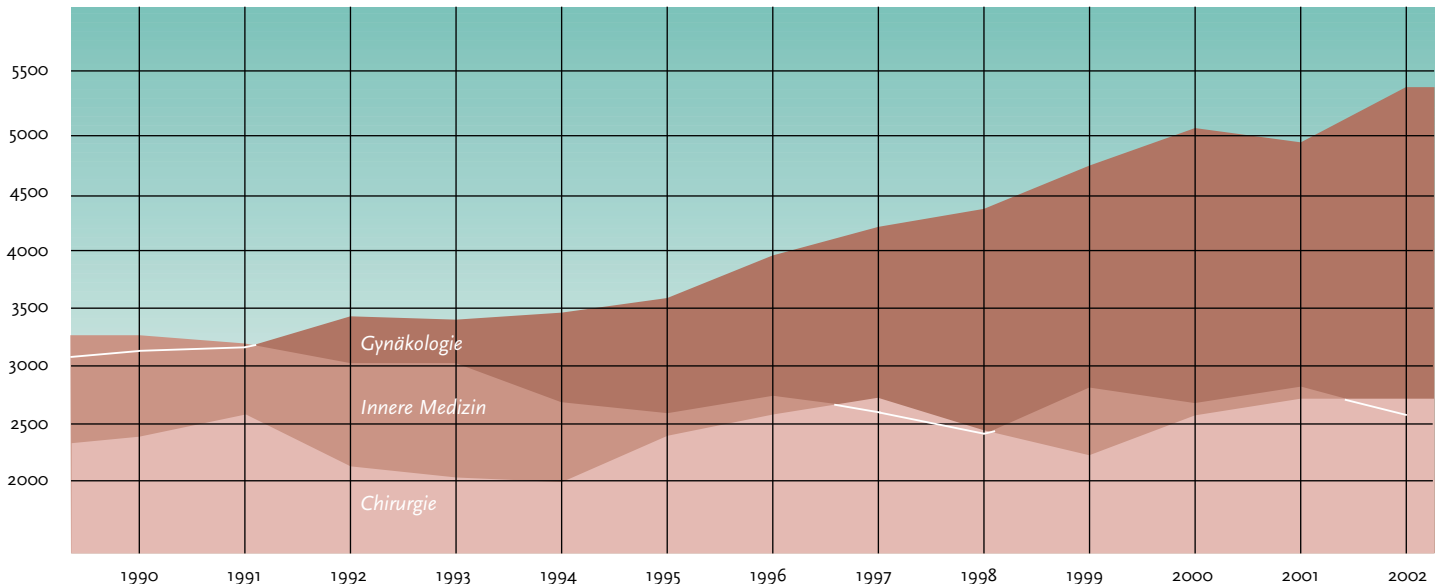
Daher wurde und wird die Ausstattung der einzelnen Abteilungen mit modernsten medizinischen Geräten ständig weiter vorangetrieben. Trotz der enorm hohen Kosten, die damit verbunden waren und sind, ist dieser Weg notwendig, um die Patienten so gut wie möglich zu versorgen. Schon die Überlegungen des Aufsichtsrates beim Ausbau der kardiologischen Abteilung



www.evk.de

*Tabelle 3:  
Die Auslastung der Abteilungen Chirurgie, Innere Medizin und Gynäkologie in den Jahren 1977 bis 2002. Auffällig ist vor allem die starke Zunahme in der inneren Medizin.*

1984 hatten gezeigt, dass sich das Krankenhaus dem Wettbewerb mit den anderen Häusern im Umkreis stellte und dass dabei eine gute Apparate-Ausstattung ein klarer Wettbewerbsvorteil ist. Geschäftsführung und Aufsichtsrat des Evangelischen Krankenhauses realisierten daher mit Nachdruck diese wichtigen Modernisierungen. In den vergangenen 20 Jahren sind auf diese Weise renommierte, leistungsfähige und über den Rheinisch-Bergischen Kreis hinaus gefragte Kliniken entstanden. Trotz der erheblichen Kosten steht das Evangelische Krankenhaus Bergisch Gladbach heute durch diesen Ausbau erstmals in seiner Geschichte auf einem soliden finanziellen Boden. Ohne das Engagement aller Mitarbeiter für das EVK wäre dieser Erfolg kaum möglich gewesen. Die medizinische Leitung der einzelnen Abteilungen machte das Evangelische Krankenhaus Bergisch Gladbach zu einer weithin anerkannten und erfolgreichen Institution.



### Ausbau der Kardiologie zur NRW-Schwerpunkt-Klinik

Zum 1. Januar 1983 kam mit Prof. Dr. PETER SCHWEIZER ein neuer Internist nach Bergisch Gladbach. Sein persönlicher Schwerpunkt war und ist die Kardiologie; unter seiner Verantwortung hat sich die Kardiologische Klinik des EVK heute zu einer überregional bedeutenden Spezialklinik entwickelt, die als kardiologischer Schwerpunkt des Landes Nordrhein-Westfalen etabliert ist.

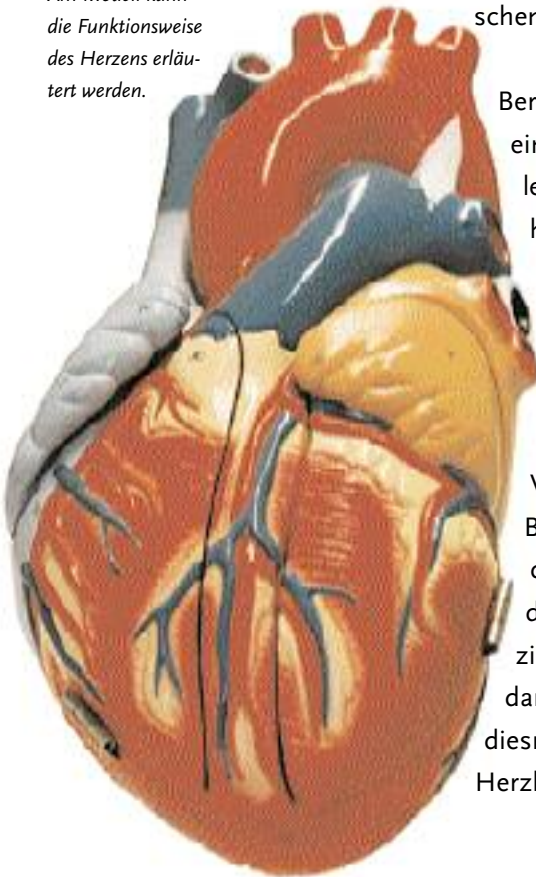
Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören weltweit zu den häufigsten und gefährlichsten Erkrankungen unserer modernen Gesellschaft. Die **Koronarangiographie** gab es als Diagnosemöglichkeit zur Untersuchung der Herzkranzgefäße seit Ende der 1950er Jahre. Die Gefäße werden mit Hilfe von Kontrastmitteln und Röntgenbildverstärkern in ständig verbesserten Verfahren betrachtet und auf ihren Zustand hin untersucht. Als in den 1970er Jahren mit der so genannten **Ballondilatation** krankhafte Gefäßverengungen mit dem Katheter auch geweitet werden konnten, entwickelte sich die Koronarangiographie von der rein diagnostischen Anwendung zu einer therapeutischen Möglichkeit.

Bereits unmittelbar nach dem Beginn seiner Tätigkeit in Bergisch Gladbach setzte Schweizer die ersten Zeichen. Nach einer Besichtigung des Krankenhauses im Juli 1983 schlug ein leitender Mediziner des NRW-Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales vor, die kardiologische Abteilung zu erweitern. Obwohl das Land die in Aussicht gestellten Mittel am Ende doch nicht bewilligte, griff das Krankenhaus auf Drängen Schweizers die Idee auf und baute 1984/85 den bereits vorhandenen Herzkatheterraum zum coronar-angiographischen Arbeitsplatz aus – eine Investition von rund 800.000 Mark. Vorstand und Aufsichtsrat wollten damit nicht zuletzt »die Bedeutung unseres Hauses im Verhältnis zu den umliegenden Krankenhäusern ... sichern ... und erhalten«. Erst 1989 kam die erwartete Unterstützung durch das Land NRW, als die Bezirksregierung den **Links-Herzkathetermessplatz** als »bedarfsgerecht« anerkannte. 1994/95 erhielt die Kardiologie, diesmal direkt durch das Land gefördert, einen neuen Links-Herzkathetermessplatz. Der Links-Herzkathetermessplatz ist der



Der Kardiologe Prof. Dr. Peter Schweizer, Chefarzt der Inneren Medizin seit 1983.

Am Modell kann die Funktionsweise des Herzens erläutert werden.



**Die Cheftärztinnen und -ärzte des EVK  
seit der GmbH-Gründung 1972**

**Dr. Stefan Vida, Chefarzt Chirurgie**

1.10.1968 bis 30.11.1988

**Dr. Rolf Spieler,**

**Chefarzt Radiologie und Nuklearmedizin**

1968 bis 31.4.1989

**Dr. Alfred Kieffer,**

**Chefarzt Gynäkologie und Geburtshilfe**

1957 bis 1984

**Dr. Herwarth Lent,**

**Chefarzt Innere Medizin**

1962 bis 31.12.1982

**Dr. Adelheid Schönecker-Nikulla,**

**Cheftärztin Anästhesie und Intensivmedizin**

1.6.1972 bis 30.6.2003

**Dr. Ruth Schmitz,**

**Cheftärztin Innere Medizin**

10.7.1976 bis 30.11.1997

**Prof. Dr. Peter Schweizer,**

**Chefarzt Innere Medizin/Kardiologie**

Seit 1.1.1983

**Prof. Dr. Bernhard Liedtke,**

**Chefarzt Gynäkologie und Geburtshilfe**

Seit 1.10.1984

**Prof. Dr. Rainer Schmitz,**

**Chefarzt Allgemein- und Viszeralchirurgie**

Seit 1.12.1988

**Dr. Gudrun Lasek,**

**Cheftärztin Radiologie und Nuklearmedizin**

Seit 1.5.1989

**Dr. Heinz Christian Rieband,**

**Chefarzt Innere Medizin/Gastroenterologie**

Seit 1.12.1997

**Prof. Dr. Ulrich Schultz-Venrath,**

**Chefarzt Psychiatrie, Psychotherapie  
und Psychosomatik**

Seit 1.1.1999

**Dr. Klaus F. Bieber,**

**Chefarzt Gefäßchirurgie**

Seit 1.1.2000

**Dr. Manfred Molls,**

**Cheftärztin Anästhesie und Intensivmedizin**

Seit 1.7.2003



*High-Tech am  
kardiologischen  
Arbeitsplatz.*

invasive Mittelpunkt der Kardiologie. Mit ihm werden die so genannten Koronaren Herzkrankheiten untersucht, aber auch Pumpschwächen des Herzens oder Herzklappenfehler. Das neue Herzkatheterlabor ermöglichte auch abgewinkelte Aufnahmen mit einer sehr hohen Präzision und vor allem mit einer hohen Geschwindigkeit. Durch diese neue Technik konnte die Strahlenbelastung der Patienten, aber auch des Personals, deutlich gesenkt werden. Im Jahr 2003 hat das Land erneut eine Ersatzbeschaffung des Links-Herzkathetermessplatzes genehmigt. »Es steht demnächst die allerneueste digitale Technik mit Flachbilddedektor zur Verfügung. Dies führt zu einer weiteren Reduktion der Strahlenbelastung. Ein Einstieg



*Das Team des  
Links-Herzkatheter-  
Messplatzes.*

in die sogenannte Navigationstechnik ist möglich, mit der in Zukunft die Untersuchung des Herzens nicht mehr manuell, sondern patientenunabhängig weitgehend computergesteuert vorgenommen werden kann.« Die Kardiologie am EVK bleibt damit auf ihrem anerkannt hohen technischen Stand und die Entwicklung seit den 1980er Jahren zeigt, dass sich die enorme finanzielle Anstrengung gelohnt hat, die dieser Ausbau für das Krankenhaus angesichts der schwierigen Finanzsituation bedeutete.

Seit 1997 verfügt die Kardiologie über das modernste Gerät zur **Farb-Duplex-Sonographie**, mit dem die Strömungsgeschwindigkeit in den Gefäßen und im Herzen mit sogenannten Matrix-Schallwandlern abgebildet und untersucht werden kann. Heute zeigen schonende, nicht-invasive Diagnosemethoden zur Vorbeugung gegen Herzinfarkte wie modernste Echokardiographiegeräte für Ultraschalluntersuchungen des Herzens bei Durchblutungsstörungen den hohen Standard der Kardiologie am EVK. Jährlich werden hier rund 6.000 Patienten stationär oder ambulant behandelt. Untersuchungsmethoden anderer Abteilungen ergänzen die Diagnose von Herzkrankungen. So besitzt die Nuklearmedizin seit 1995 eine so genannte SPECT-Kamera, die auch Herzfunktionsuntersuchungen durchführen kann.

Die Betreuung herzkranker Patienten auf hohem Niveau gehört heute zu den besonderen Anliegen des EVK. Die Ausweitung von der Diagnostik zur Therapie begann unter Prof. Schweizer Mitte der 1990er Jahre. **Ballondilatationen** werden seit 1994 durchgeführt. Dabei wird über einen speziellen Katheter ein Ballon zur verengten

*Am EVK werden modernste Herzschrittmacher eingesetzt.*





Gefäßstelle geführt und anschließend mit einem verdünnten Kontrastmittel entfaltet. Auf diese Weise wird das Gefäß gedehnt. Häufig kann dieses Verfahren die riskantere Bypass-Operation ersetzen. Durch das Implantieren von so genannten Stents können die Blutgefäße offen gehalten werden. Seit Beginn des Jahres 2003 werden in ausgesuchten Fällen auch die besonders hochwertigen arzneimittelbeschichteten Stents (Cypher-Stents) eingesetzt.

*Bei der Visite am Schlaganfallüberwachungsgerät:  
Prof. Dr. Schweizer  
mit der Neurologin  
Frau Dr. Platte.*

Modernste Technik steht auch der kardiologischen Notfallmedizin zur Verfügung. Im digitalen Herzkatheterlabor werden jährlich mehr als 2.000 Herzkatheteruntersuchungen und Eingriffe an den Herzkranzgefäßen durchgeführt. Außerdem werden hier konventionelle, aber auch ganz neue Typen von Herzschrittmachern eingesetzt. Seit dem Jahr 2000 werden auch so genannte Drei-Kammer-Schrittmacher implantiert, bei denen auch die linke Herzkammer Impulse erhält, um die Arbeit der beiden Kammern wieder zu synchronisieren.

Seit dem Jahr 2001 verfügt die Kardiologie über 74 Betten, davon 11 Betten für Patienten mit Herzinfarkt oder schweren Herzrhythmusstörungen in einer eigenen **Intensivstation**. Der Intensivstation angeschlossen ist außerdem ein **Schlaflabor**, mit dem Herz-Kreislaufbelastungen während des Schlafs untersucht und gezielt therapiert werden können. Im Jahr 2001 wurde die Intensivstation mit großem Aufwand umgebaut und an das immer höhere Patientenaufkommen angepasst. Der Förderverein des Krankenhauses unterstützte diese Maßnahme, indem er eine neue Überwachungsanlage für die Intensivpatienten anschaffte. In die kardiologische Intensivstation ist neuerdings auch eine Schlaganfalleinheit (»stroke unit«) integriert, zur interdisziplinären, optimalen Versorgung des akuten Schlaganfalls.

## Gastroenterologie – der zweite Schwerpunkt in der Inneren Medizin

1983 übernahm Prof. Dr. Schweizer, ein ausgewiesener Kardiologe, die Nachfolge von Dr. Herwarth Lent als Chefarzt der Inneren Medizin. Damals hatte das Krankenhaus bereits seit einigen Jahren zwei Chefarzte in der Abteilung, um die immer breiter werdenden fachlichen Anforderungen abzudecken. Als Kollegin von Dr. Lent arbeitete Dr. RUTH SCHMITZ bereits seit 1962 am EVK – zunächst als Assistenzärztin, dann ab 1967 als Oberärztin und seit 1976 als Chefarztin. 1997 ging sie nach über 34 Jahren



Seit 1976 arbeitet Dr. Ruth Schmitz als Chefarztin am EVK. 1997 wird sie feierlich von Aufsichtsratsvorsitzenden Heinz Halfwassen und Geschäftsführer Harald Januschewski verabschiedet.

am EVK in den Ruhestand. Ihr Nachfolger als Chefarzt wurde Dr. HEINZ CHRISTIAN RIEBAND. Sein Schwerpunkt ist die Gastroenterologie, die sich der Untersuchung und Behandlung von Krankheiten der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels widmet. Mittels moderner Ultraschallgeräte können die Bauchorgane völlig schmerz- und risikofrei untersucht werden. **Endoskopische** Untersuchungs- und Behandlungsverfahren ermöglichen darüber hinaus schonende therapeutische Eingriffe. Dünne Video-Endoskope übertragen dabei Bil-

der aus dem Bauchinneren auf den Bildschirm, gleichzeitig können sofort schonende Eingriffe vorgenommen werden, die häufig aufwändigere Operationen überflüssig machen. Wie in der Kardiologie gibt es auch in der Gastroenterologie einen rasanten Fortschritt der technischen Möglichkeiten, so dass auch hier fortdauernd investiert wird. Insgesamt gewährleisten die Abteilungen der Inneren Medizin durch diese Investitionen eine hervorragende Betreuung und Behandlung der Patienten. Modernste Technik ermöglicht dabei eine möglichst schmerzfreie und risikoarme Untersuchung und Therapie.



1997: Dr. Heinz Christian Rieband wird Nachfolger von Frau Dr. Schmitz als Chefarzt der Inneren Medizin.

## Institut für Diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin – modernste Technik für alle medizinischen Bereiche

Der Ausbau der Röntgenabteilung und ihre fortwährende Modernisierung setzte 1968 ein, als Dr. ROLF SPIELER Chefarzt der Röntgenabteilung wurde. Er leitete die Abteilung mehr als 20 Jahre und machte sie in dieser Zeit zu einem wichtigen und modernen Bestandteil der medizinischen

Dr. Rolf Spieler leitet von 1968 bis 1989 die Röntgenabteilung des Krankenhauses.





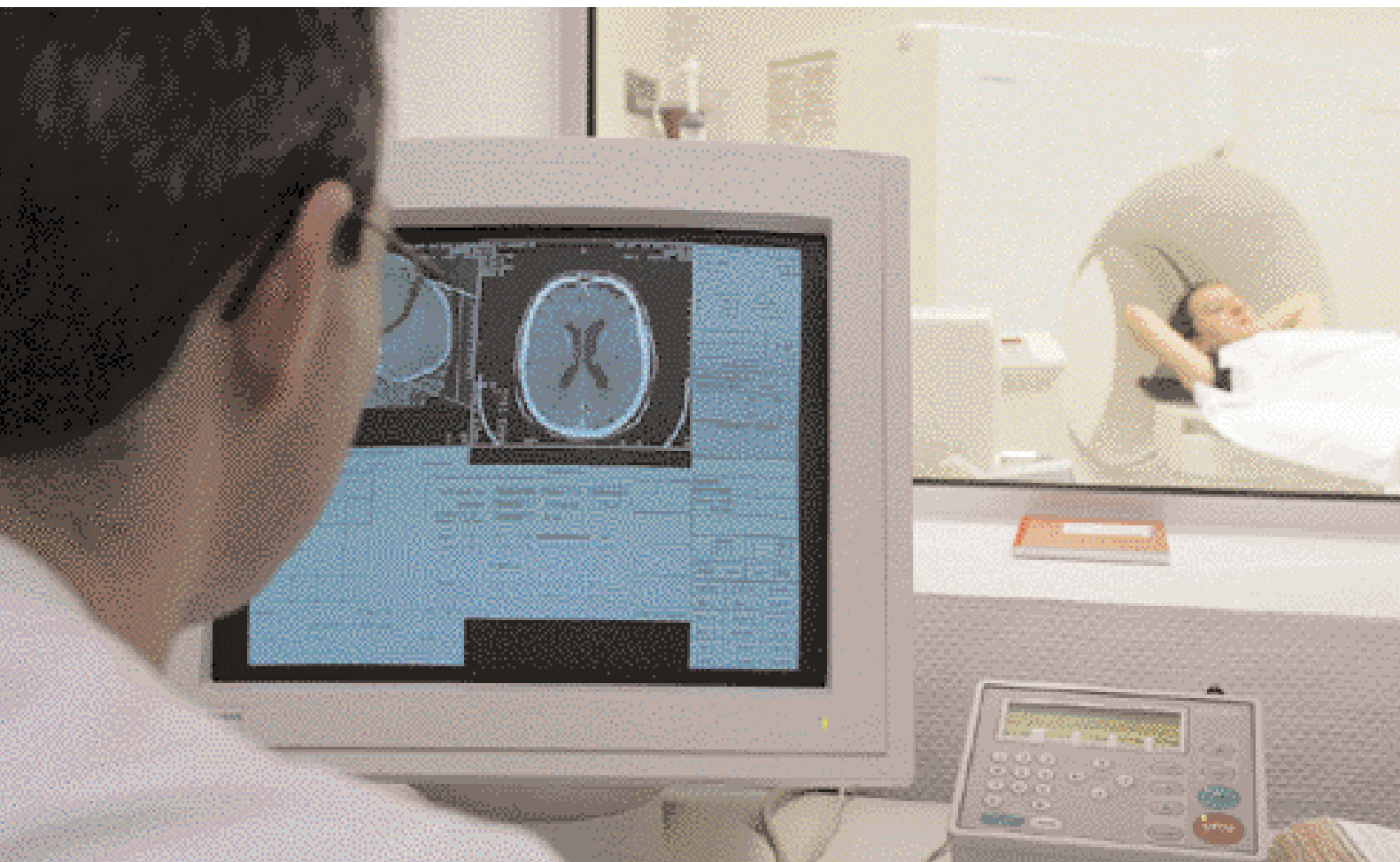
Diagnostik. Als Dr. Spieler an das Evangelische Krankenhaus kam, war gerade der große Erweiterungsbau fertig gestellt worden, der endlich auch der Röntgenabteilung einen angemessenen Platz bot. Damals wurde die Abteilung mit großem finanziellen Aufwand technisch auf den modernsten Stand gebracht. 1989 übernahm Frau Dr. GUDRUN LASEK die radiologische Abteilung des EVK als Chefärztin und baute sie seitdem beständig aus. Seit 1994 firmiert die Abteilung als Institut für Diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin.

*Dr. med. habil. Gudrun Lasek übernimmt die Abteilung 1989 und baut sie seitdem konstant weiter aus.*

Die Radiologie ist eine typische Querschnittsabteilung und steht interdisziplinär allen Abteilungen des Krankenhauses zur Verfügung. Hier fallen die Investitionen besonders ins Auge: Aufgrund der rasanten computertechnischen Entwicklung hat sich gerade der Bereich der Radiologie und Nuklearmedizin innerhalb weniger Jahre unglaublich entwickelt. Das Evangelische Krankenhaus Bergisch Gladbach hat in den vergangenen Jahren kräftig investiert und kann daher den Patienten heute die modernsten Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten anbieten.

Auf Initiative von Frau Dr. Lasek wurde die radiologische Abteilung ab 1990 für rund 1,8 Millionen Mark modernisiert. 1991 wurde eine moderne digitale Radiographieeinheit angeschafft. Mit ihr können nahezu alle Röntgenuntersuchungen von inneren Organen wie Magen, Darm, Herz, Lungen, Nieren oder Gefäßen vorgenommen werden.

*1992 erhält das EVK den ersten Computer-Tomographen. Mit ihm werden krankhafte Veränderungen im Gewebe des Körpers sichtbar.*



*Darstellung einer Hand durch die herkömmliche, analoge Radio-graphie.*

Die Digitalisierung erlaubt dabei eine wesentlich bessere Bildverarbeitung als früher und kann zugleich die Strahlenbelastung für die Patienten (und die Mitarbeiter) erheblich senken. Außerdem können an diesem hoch technisierten Arbeitsplatz arterielle und venöse Gefäße durch die so genannte Ballondilatation behandelt werden. Wie in der Kardiologie verwischen sich also auch hier durch den technischen Fortschritt die Grenzen zwischen Diagnose und Therapie.

1992 kaufte das Krankenhaus aus eigenen Mitteln für rund 890.000 Mark das erste Computer-Tomographie-Gerät (CT). Der Aufsichtsrat stimmte damals dem Kauf zu, um wie beim Ausbau der Kardiologie 1985 die Modernisierung des Krankenhauses voranzutreiben. Das EVK sollte durch diese Entscheidungen seine Wettbewerbsposition im Kreis und darüber hinaus stärken. Gleichzeitig wurde durch das Gerät die Grundlage gelegt für eine Jahre lange Zusammenarbeit mit dem Bensberger Vinzenz-Pallotti-Hospital.

Die **Computertomographie (CT)** ermöglicht die Darstellung des Körpers oder eines Körperteiles in Schichten oder Scheiben. Mit dieser diagnostischen Methode können krankhafte Veränderungen im Gewebe des Körpers sichtbar gemacht werden. Anders als bei einer normalen Röntgenaufnahme zerlegt die Schichttechnik den Körper optisch in Querscheiben von 2–8 mm Dicke. Dadurch können auch sehr geringe Dichteunterschiede in oder zwischen den einzelnen Organen betrachtet werden. So lässt sich etwa Tumorgewebe von umliegendem Gewebe deutlicher unterscheiden als bei herkömmlichen Röntgenaufnahmen.

1994 wurde die **Mammographie** und 1996 die **Sonographie** erneuert und auf den neuesten Stand gebracht. Bei den Patientinnen, die im Brustzentrum des Evangelischen Krankenhauses behandelt werden, bieten die Diagnosen der beiden Bereiche zusammen mit der Computertomographie und der Kernspintomographie die entscheidende Grundlage für alle therapeutischen Maßnahmen.

Eine wichtige Ergänzung der tomographischen Untersuchungsmethoden war 1995 die SPECT-Kamera. Bei der **SPECT-Technik** wird eine leicht radioaktive Substanz in den Körper gebracht, die mit einer Spezialkamera aufgezeichnet werden kann. Die Bilder der Kamera liefern wichtige Informationen vor allem über die Funktionsfähigkeit der Organe und ergänzen auf diese Weise die anatomischen Darstellungen von Röntgen- und Tomographieapparaten.



*Darstellung einer Hand durch die digitale Radio-graphie.*

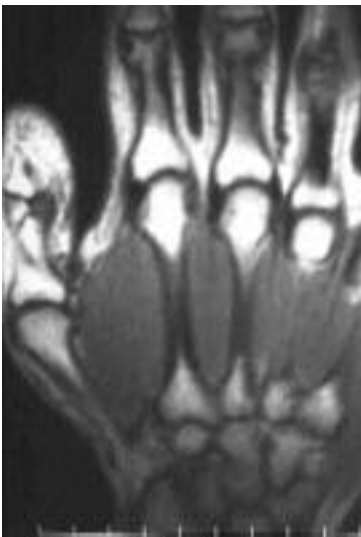


Im interdisziplinären Brustzentrum des EVK werden auch die diagnostischen Möglichkeiten des Instituts für Diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin genutzt, um Gewebeveränderungen der Brust frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.



1999 konnte durch das Engagement von Frau Dr. Lasek ein Kernspintomograph in Betrieb genommen werden. Die Kernspin- oder auch **Magnetresonanztomographie (MRT)** ist ein weiteres Diagnoseverfahren, das Bilder aus dem Körperinnern liefert. Wie bei der Computertomographie (CT) lässt sich der untersuchte Körperabschnitt bei der Kernspintomographie optisch in Längs- oder Querschichten zerlegen, die einzeln betrachtet werden können. Das Verfahren, wie die Bilder gewonnen werden, ist aber völlig anders. Die Kernspintomographie arbeitet nicht mit energiereichen Röntgenstrahlen, sondern mit einem starken Magnetfeld. Ein starkes Magnetfeld richtet die positiv geladenen Kerne der Wasserstoffatome (Protonen) im Organismus in eine Richtung aus und dann werden diese Protonen durch Radiowellen kurz aus ihrer Ausrichtungsachse abgelenkt. Wenn die Radiowellen abgeschaltet werden, kehren die Protonen in ihre Ausgangsposition zurück und geben dabei die aufgenommene Energie in Form schwacher Radiowellen wieder ab (Echo). Dieses Echo wird von einer Antenne aufgefangen und mit Hilfe eines Computers in ein Bild des Körperinneren umgesetzt. Das Verfahren ist schonender als das ältere CT-Verfahren, weil es ohne belastende Röntgenstrahlen auskommt und es liefert zugleich einen höheren Kontrast bei der Abbildung von Weichteilen. So können mit diesem Verfahren auch Knorpel, Gelenkbänder oder Sehnen abgebildet werden.

Neuester technologischer Fortschritt in der Abteilung Radiologie und Nuklearmedizin ist seit Oktober 2001 ein mobiles **Positronen-Emissions-Tomographie-Gerät (PET)**, das auf einem Sattelschlepper alle zwei Wochen das Krankenhaus anfährt. Diese High-Tech-Anlage bietet eine weitere nuklearmedizinische Methode, um das Körper-



1999 erhält das EVK einen Kernspin-Tomographen (MRT). Die Darstellbarkeit der Handweichteile ist deutlich verbessert.

*Darstellung eines Tumors im linken Lungen-Oberlappen durch das PET.*

innere schichtweise abzubilden. Das Gerät misst den Energiestoffwechsel von Organen, Organsystemen und Tumoren. Dem Verfahren liegt die wichtige Erkenntnis zugrunde, dass Tumore aufgrund ihres aggressiven Wachstumsdrangs einen erhöhten Glukosestoffwechsel haben. Dieser Glukosestoffwechsel wird durch PET gemessen und lokalisiert. Das Verfahren ist so genau, dass es auch kleinste Tumore lokalisieren kann. Bei der Krebsbehandlung hat sich PET daher besonders als Früherkennungssystem bewährt.



Im Herbst 2003 nimmt das Institut einen neuen Hochfeld-Kernspintomographen in Betrieb und erweitert damit erneut sein Methodenspektrum. Das Gerät verbessert die Herz-, Hirn- und Brustdiagnostik und führt auf diese Weise zu einer Intensivierung der interdisziplinären Zusammenarbeit insbesondere mit der Kardiologie.

Das Institut für Diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin arbeitet eng mit den Fachabteilungen des EVK und anderer Krankenhäuser wie dem Vinzenz-Pallotti-

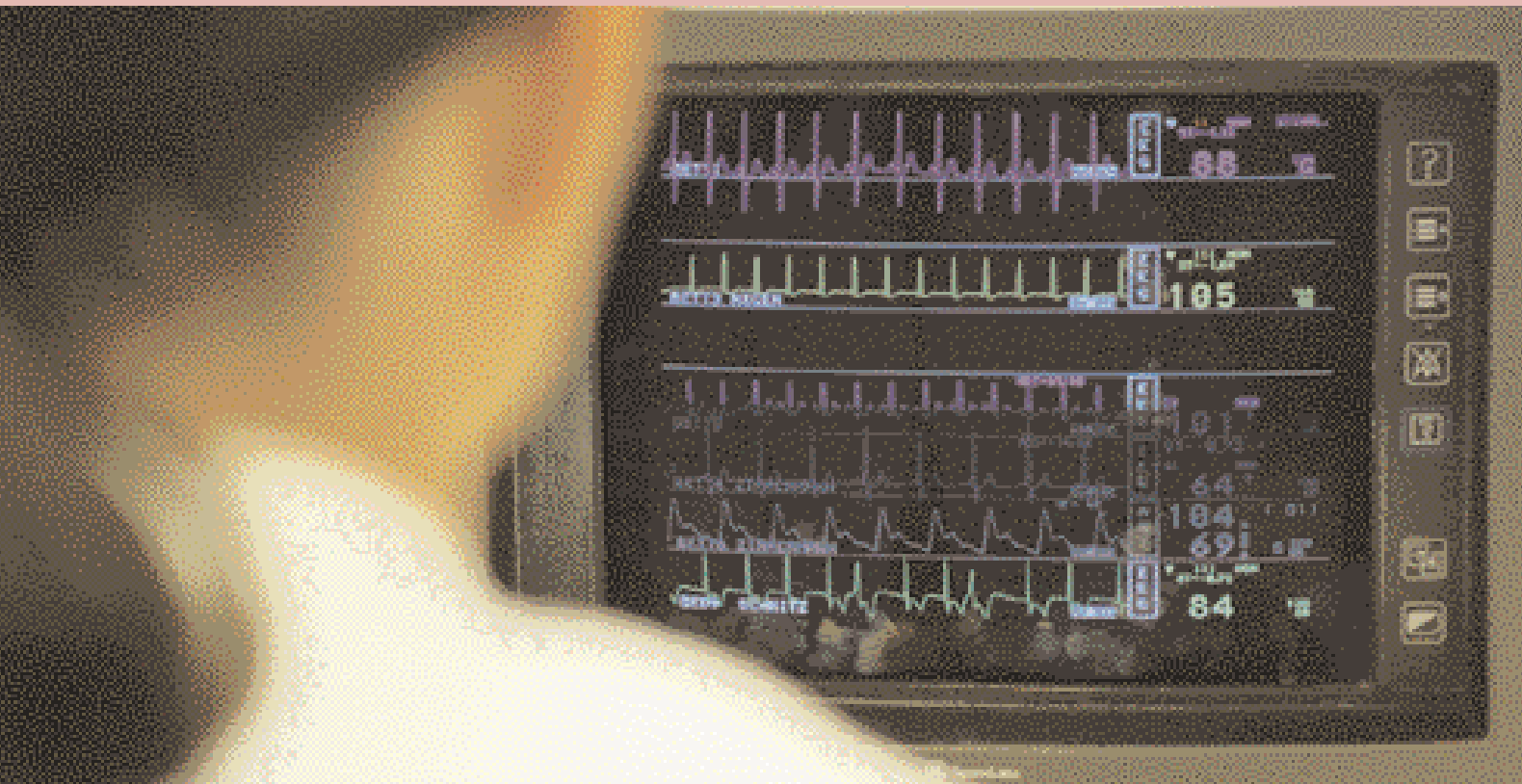
Hospital oder dem Marienkrankenhaus, aber auch mit niedergelassenen Ärzten zusammen.



*Von 1972 bis 2003 leitete Dr. Adelheid Schönecker-Nikulla die Anästhesie und Intensivmedizin.*

### **Anästhesiologie und Intensivmedizin**

Rund 30 Jahre lang, von 1972 bis Sommer 2003, leitete Dr. ADELHEID SCHÖNECKER-NIKULLA die Anästhesie und Intensivmedizin. In dieser Zeit baute sie den Bereich zu einer anerkannten Einrichtung der Notfallmedizin für Schwerstverletzte und Schwerstkranke aus. Wie alle Abteilungen des Krankenhauses setzt die Intensivstation hochmoderne Technik ein, um die wichtigsten Körperfunktionen der Patienten zu überwachen oder sie im Bedarfsfall über einen längeren Zeitraum zu beatmen. Dabei ist die Intensivstation wie die Radiologie eine interdisziplinäre Abteilung, die mit allen medizinischen Disziplinen zusammenarbeitet. Ein Schwerpunkt liegt aber naturgemäß in der Zusammenarbeit mit den Ärzten der operativen Kliniken. 1993 wurde die Intensivstation auf zehn Betten ausgebaut und gleichzeitig grundlegend modernisiert. Die kardiologische Abteilung verfügt im Übrigen über eine eigene Intensivstation. Auf diese Weise sind heute am EVK auch schwierige Operationen in den verschiedensten Fachgebieten möglich, die eine optimale anästhesiologische Vorbereitung und intensivmedizinische Nachsorge und Betreuung der Patienten erfordern.



*Hochmoderne Technik auf der Intensivstation, um die wichtigsten Körperfunktionen der Patienten zu überwachen.*

Die Anästhesiologie hat in den vergangenen 30 Jahren eine rasante Entwicklung erfahren und ermöglichte damit, dass das operative Spektrum des EVK erheblich ausgeweitet werden konnte. Sie war damit ebenso Teil der Modernisierung und des Ausbaus des Krankenhauses wie die neue Generation leitender Ärzte mit ihrem modernen Fachwissen.

Wie in anderen medizinischen Bereichen ereignete sich in den vergangenen Jahrzehnten auch in der Anästhesie ein enormer Fortschritt. Heute sucht der Anästhesist aus vielfältigen Möglichkeiten die individuell für jeden Patienten am besten geeignete Narkose aus. Generell werden dabei vor allem drei verschiedene Methoden unterschieden: Vollnarkosen, Regionalanästhesie und Periphere Nervenblockaden. Ziel ist es, dem Patienten eine möglichst schonende, aber zweckmäßige Narkose zu geben.

Die Vermeidung von Schmerzen bei der Operation ist das ursprüngliche Ziel der Anästhesisten.

Schmerzen treten aber nicht nur während eines operativen Eingriffs auf, sondern auch nach der Operation oder durch chronische Krankheiten. Daher bietet das Team der Anästhesieabteilung heute auch **Schmerztherapien** nach der Operation, aber auch bei chronischen Schmerzen auf den Stationen des Krankenhauses an. Inzwi-



*In der technisierten Umgebung einer Intensivstation darf menschliche Zuwendung nicht zu kurz kommen.*

schen wurde dieses Angebot auch ambulant ausgeweitet. Patienten, die Hilfe wegen ihrer Schmerzen suchen, können sich im EVK kompetent beraten und behandeln lassen und erhalten Therapie-vorschläge, die sie gemeinsam mit ihrem Hausarzt umsetzen können.

Seit Sommer 2003 leitet Dr. MANFRED MOLLS als neuer Chefarzt der Anästhesie die Abteilung.

Seit 1988 leitet Dr. Rainer Schmitz die Chirurgie am Evangelischen Krankenhaus.



### Chirurgie

Im April 1988 wurde Dr. RAINER SCHMITZ Chefarzt der chirurgischen Klinik, unter dessen Leitung sich die so genannte Allgemeinchirurgie in Viszeralchirurgie (Operationen gut- oder bösartiger Bauchraumerkrankungen), Unfallchirurgie und Gefäßchirurgie differenzierte.

Wie in allen anderen Bereichen auch, stiegen die Anforderungen an das Fachgebiet der Chirurgie in den vergangenen Jahren parallel zu ihren wachsenden Möglichkeiten. Neue Operationsmethoden und ständig modernisierte Technik erfordern auch in diesem zentralen Bereich des Krankenhauses fortwährende Investitionen. Um den veränderten Ansprüchen der verschiedenen chirurgischen Bereiche gerecht zu werden, wurden beispielsweise im Jahr 1994 die chirurgischen Operationssäle grundlegend umgebaut und erweitert.



Sommer 2003: Dr. Manfred Molls wird Chefarzt der Anästhesie und Intensivmedizin.

Klassische Operationsmethoden, aber nach Möglichkeit auch modernste minimal-invasive endoskopische Operationsverfahren werden am EVK eingesetzt.



Durch das Engagement von Prof. Dr. Schmitz und seinem Team haben sich in den vergangenen 15 Jahren zwei Bereiche der Chirurgie als anerkannte Schwerpunkte am EVK herauskristallisiert. Im Bereich der Viszeralchirurgie handelt es sich um die Therapie im Bauch- und Brustraum bei gutartigen oder bösartigen Erkrankungen. Dabei werden mit Hilfe moderner OP-Techniken klassische Operationsverfahren angewandt, aber nach Möglichkeit auch so genannte minimal-invasive Techniken, d.h. endoskopische Operationen, die äußerlich weniger Narben hinterlassen.

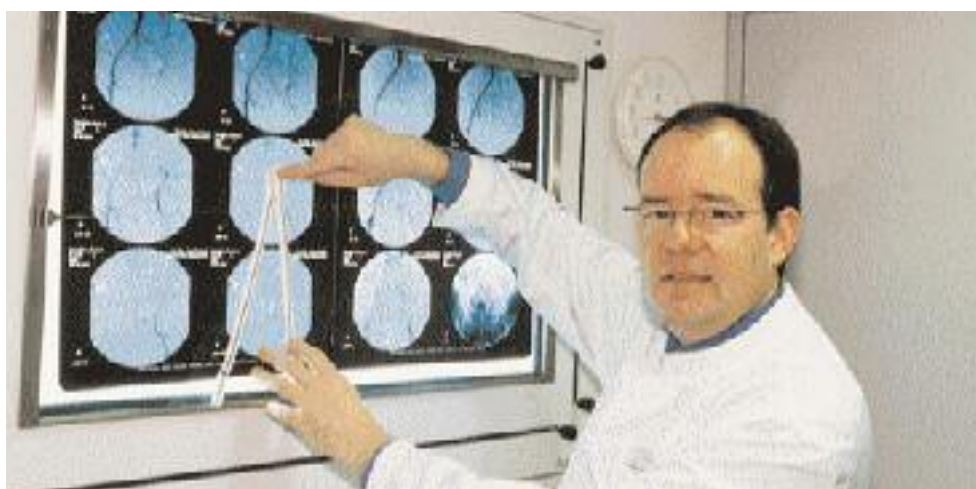
An der chirurgischen Klinik können Ärzte unter der Leitung von Prof. Dr. Schmitz ihre Dissertation erarbeiten. Seit 1994 wird überdies mit den ungarischen Universitäten in Budapest und Peszc ein Studentenaustausch durchgeführt. Seitdem werden ständig zwei ungarische Studenten im letzten Ausbildungsjahr der Chirurgie acht Wochen lang im EVK ausgebildet und erhalten hier ihr Zeugnis zur Vorbereitung auf das Examen.

Die Unfallchirurgie, die für das Evangelische Krankenhaus ein wichtiger Bestandteil seiner Funktion als Notfallkrankenhaus ist, behandelt alle Patienten bis hin zu Schwerstverletzten. Die Chirurgie am EVK ist voll zum BG-Verfahren und damit zur Behandlung von Berufsunfällen nach den Richtlinien der Berufsgenossenschaften zugelassen. Dabei hat sich neben der Versorgung von Verletzungen am Rumpf, den inneren Organen, der Wirbelsäule oder von Armen und Beinen ein wichtiger weiterer Schwerpunkt in der Hand- und Fußchirurgie gebildet. Prof. Schmitz wird seit vielen Jahren von Oberarzt Dr. Siegert als berufsgenossenschaftlicher D-Arztvertreter unterstützt.

Die **Gefäßchirurgie** ist die neueste Spezialisierung der Klinik und existiert seit Januar 2003 als eigene anerkannte Abteilung am EVK. Chefarzt ist Dr. KLAUS F. BIEBER.



*Als Notfallkrankenhaus hat das EVK auch die Unfallchirurgie ausgebaut und ist voll zur Behandlung von Berufsunfällen nach den Richtlinien der Berufsgenossenschaften zugelassen.*



*Dr. Klaus F. Bieber leitet die Gefäßchirurgie am EVK.*

Das Krankenhaus reagierte mit dieser neuen Abteilung auf die steigende Zahl von Patienten mit Gefäßerkrankungen des Venen- oder Arteriensystems. Demographisch gesehen werden die Patienten immer älter, so dass das EVK mit der Gründung dieser Abteilung eine auf die entsprechenden Krankheitsbilder spezialisierte und zugleich wohnortnahe Versorgung sicherstellt. Zu diesem Zweck arbeiten die Chirurgen eng mit den niedergelassenen Ärzten des Rheinisch-Bergischen Kreises zusammen. Die neue Abteilung wurde mit neuen Geräten modern ausgestattet und kann auf diese

Weise die verschiedensten Krankheitsbilder bis hin zu bestimmten Formen des Schlaganfalls chirurgisch behandeln.



### Gynäkologie und Geburtshilfe

Die Entwicklung der gynäkologischen Klinik ist ebenfalls von einem rasanten technischen und methodischen Fortschritt in den vergangenen 20 Jahren geprägt. Noch grundlegender ist allerdings der Wandel in der »Lehre von der Erkrankung der Frau«. Heute verfolgt die Gynäkologie ein ganzheitliches Betreuungs- und Behandlungs-konzept, bei dem es neben der konkreten medizinischen Behandlung von Frauenkrankheiten auch um die weibliche Gesundheitsvorsorge und die psychosoziale Begleitung geht. Im EVK steht Prof. BERNHARD LIEDTKE für diesen Wandel. Er leitet die gynäkologische Klinik seit Oktober 1984.

Die moderne **Geburtshilfe** im Evangelischen Krankenhaus unterstützt einen natürlichen Geburtsablauf. In der krankenhauseigenen Elternschule lernen die werdenden Mütter und Väter den Geburtsvorgang kennen. Gleichzeitig erfahren die Schwangeren, wie sie ihre körpereigenen Kräfte aktivieren können, um der Geburt ohne Ängste entgegen sehen zu können. Die Schwangere, ihr Partner, die Hebamme und der geburtshelfende Arzt bilden ein Team, in dem sich

Seit Oktober 1984  
leitet Prof. Dr.  
Bernhard Liedtke  
die Gynäkologie  
und Geburtshilfe  
am EVK.



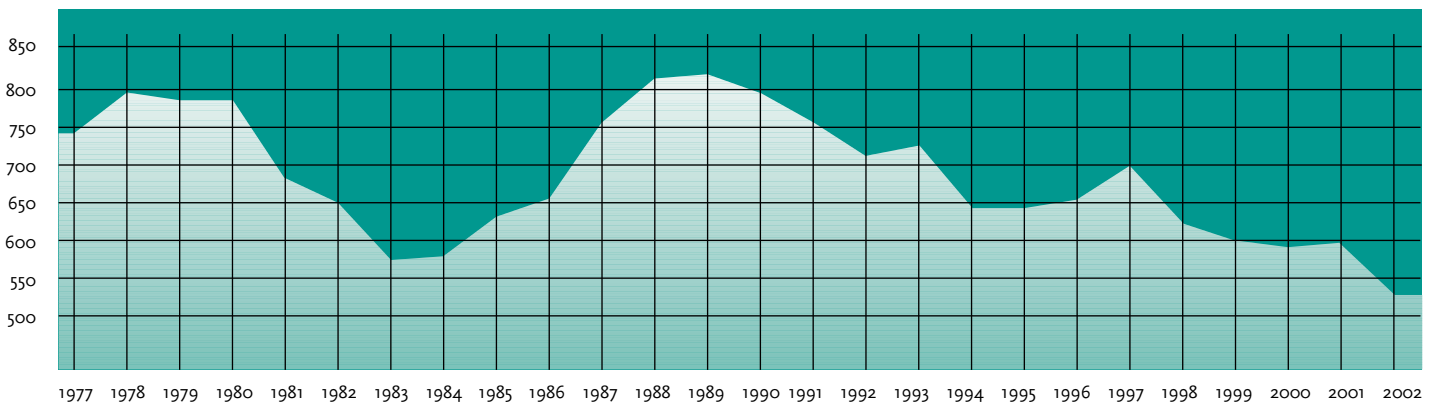
Die Zusammenarbeit mit Neonatologen (kinderärztlichen Spezialisten für Früh- und Neugeborene) sichert die Versorgung der Neugeborenen bei Komplikationen.



die Gebärende sicher und geborgen fühlen kann. Sie steht dabei im Mittelpunkt und entscheidet selber, welche Möglichkeiten der Geburtserleichterung sie nutzen möchte (Homöopathie, Akupunktur, Entspannungsbad oder Periduralanästhesie). In der persönlichen, fast privaten Atmosphäre der Entbindungsstation gewährleistet das EVK mit seiner modernen Geburtsmedizin eine optimale Sicherheit für Mutter und Kind. Sollten unerwartete Probleme bei den Neugeborenen auftreten, garantiert ein Kooperationsvertrag mit den Neonatologen (kinderärztlichen Spezialisten für Früh- und Neugeborene) rund um die Uhr eine sofortige, fachkompetente Unterstützung.

Die individuelle Betreuung ermöglicht den Eltern ein persönliches und positives Geburtserleben. Der frühe Kontakt zwischen Mutter und Kind, das Annehmen und das Kennenlernen, der Hautkontakt und frühes Stillen werden dabei besonders unterstützt. Nach dem Umbau der Wochenstation können die Väter mit in die modern eingerichteten Zweibettzimmer mit Dusche und Toilette einziehen. Mutter, Vater und Kind verbringen auf diese Weise die ersten Lebenstage des Neugeborenen zusammen.

Tabelle 4:  
Die Entwicklung der Geburtenzahlen am EVK zwischen 1977 und 2002.





*In der modernen gynäkologischen Chirurgie stehen die so genannten minimal-invasiven OP-Techniken im Vordergrund.*

In der modernen gynäkologischen Chirurgie stehen die so genannten minimal-invasiven OP-Techniken im Vordergrund. Viele Eingriffe, die früher nur mit Bauchschnitt möglich waren, werden heute endoskopisch durchgeführt. Durch die »**Bauchspiegelung**« (**Laparoskopie**) sind nahezu alle Operationen an der Gebärmutter, an den Eileitern und den Eierstöcken möglich. Die Belastung des Organismus wird dadurch vermindert, die Schmerzen sind geringer und die Patientinnen sind schneller wieder auf den Beinen. Gebärmutter Spiegelungen (Hysteroskopie) und Operationen mit dem Laser sind ebenfalls ein fester Bestandteil der operativen Methoden am EVK. Bei Krebserkrankungen der Gebärmutter, Eileiter oder Eierstöcke sind auch heute noch radikale Operationen erforderlich. Sie werden je nach Situation interdisziplinär in Zusammenarbeit mit den Viszeralchirurgen oder Urologen vorgenommen.

Die Zunahme der Brustkrebserkrankungen in der westlichen Industrielwelt stellt eine große Herausforderung dar. Für eine optimale Diagnose

*Prof. Dr. Bernhard Liedtke präsentiert das neue Mammoth zur Untersuchung der weiblichen Brust.*



und Therapie dieser Erkrankungen müssen verschiedene Fachdisziplinen zusammenwirken. Im Jahr 2000 haben sich daher im EVK fünf verschiedene Fachdisziplinen zu einem »**Interdisziplinären Brustzentrum**« zusammengeschlossen. Sein Ziel ist es, die Diagnose- und Therapiequalität zu verbessern und zugleich die Patientinnen durch eine optimale Zusammenarbeit der einzelnen Fachbereiche zufrieden zu stellen. Seit 2003 ist das Evangelische Krankenhaus Bergisch Gladbach im Rahmen des DMP-Programmes Brustkrebschwerpunkt. Die ärztliche Leitung liegt in der Frauenklinik in den Händen von Prof. Liedtke. Neben den modernen plastisch-operativen Verfahren zur Brusterhaltung werden auch onkoplastische Operationen zur Brustrekonstruktion angeboten. Dabei werden die Patienten selbstverständlich in den Entscheidungsprozess einbezogen. Ohnehin spielt im interdisziplinären Ansatz



2000: Am EVK schließen sich fünf verschiedene Fachdisziplinen zu einem »Interdisziplinären Brustzentrum« zusammen.

### Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Eine der wichtigsten neuen Abteilungen des Evangelischen Krankenhauses ist die am 1. Januar 1999 eröffnete Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik unter der Leitung des Chefarztes Prof. Dr. ULRICH SCHULTZ-VENRATH. Diese Abteilung hatte eine nahezu zehnjährige Vorgeschichte. Der Rheinisch-Bergische Kreis besaß keine eigene psychiatrische Abteilung und die Patienten wurden stattdessen außerhalb des Kreises etwa in Köln oder in Gummersbach behandelt. Bereits 1989/90 hatten jedoch die Ärzte der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses in Gummersbach darauf

des Brustzentrums die Psychoonkologie und die psychosomatische Betreuung der Patientinnen einen wichtige Rolle. Eventuell notwendige Chemotherapien werden in der Frauenklinik ambulant durchgeführt.

Eine Vielzahl plastisch-ästhetischer Brustoperationen – teilweise unter Verwendung moderner Implantate – werden in der Frauenklinik vorgenommen. Hierzu gehören Bruststraffungen, Lifting, Brustverkleinerungen oder Brustvergrößerungen oder der Symmetrieausgleich bei Brustfehlanlagen.

2003: Der erste Bauabschnitt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik wird eröffnet und die Arbeiten am zweiten Bauabschnitt beginnen.  
Im Bild: Projektion der fertigen Klinik.



Seit 1999 leitet Prof. Dr. Ulrich Schultz-Venrath die neu eröffnete Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



hingewiesen, dass dies nicht im Interesse der Patienten sei und der Kreis eine eigene Abteilung einrichten solle. Das Evangelische Krankenhaus erklärte sich damals gegenüber dem NRW-Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales bereit, eine solche Abteilung einzurichten. Offensichtlich waren aber die Vorbereitungen schwierig. Hinzu kam, dass die Gesundheitsreformen auch auf eine Verminderung der Bettenzahl setzte. Daher mussten

Mitte der 1990er Jahre erst in anderen Abteilungen Betten abgebaut werden und dieser Abbau danach als Kompensation für die neue Abteilung anerkannt werden, bevor diese dann tatsächlich realisiert werden konnte. Am 28. Juli 1997 stimmte der Aufsichtsrat des Krankenhauses der raschen Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung mit 22 Betten zu und am 1. Januar 1999 fand die Eröffnung statt.

Im Jahr 2003 eröffnete die Klinik in einem Neubau drei Stationen mit je 17-18 Betten sowie eine psychotherapeutische Tagesklinik mit 18 Plätzen. Behandelt werden hier Patienten mit unterschiedlichsten Krankheitsbildern: Psychosen und affektive Störungen, Angststörungen, Depressionen, suizidale Krisen, Somatisierungsstörungen, so genannte Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen.

*Mit großen Investitionen und erheblichem Aufwand wird das Krankenhaus modernisiert.*

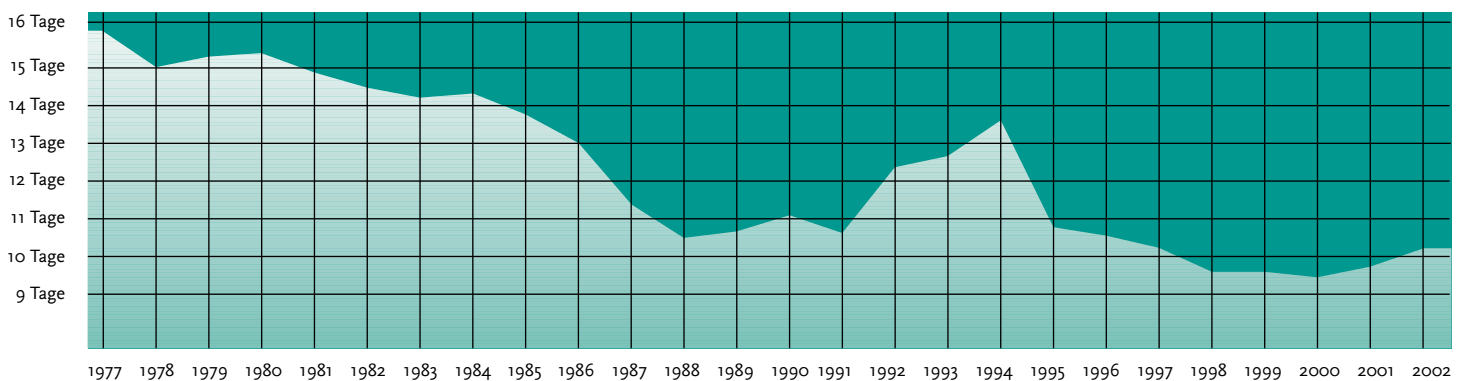
### **Wie kann man den Krankenhausaufenthalt angenehmer gestalten?**

Mit dem Ausbau der einzelnen Fachabteilungen und Kliniken zu modernen, leistungs- und wettbewerbsfähigen Einrichtungen hat das Evangelische Krankenhaus einen sehr hohen Standard in der Versorgung seiner Patienten erreicht. Die Patienten wissen, dass sie den Ärzten und Pflegekräften im EVK vertrauen können. Dieser hohe Standard in der medizinischen Versorgung kann aber nicht darüber hinweg täuschen, dass für alle Patienten der Aufenthalt im Krankenhaus eine Belastung darstellt. Schmerzen und Angst, häufig auch das Gefühl, ausgeliefert zu



sein, bestimmen für viele Menschen den Alltag im Krankenhaus. Daher bemüht sich das EVK seit langem darum, den Patienten ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich zu machen. Neue Fenster sowie die Neugestaltung der Krankenzimmer und ihrer sanitären Einrichtungen sollen, so weit dies möglich ist, eine wohnliche Umgebung herstellen. Das Bettenhaus wurde mit großem Aufwand aufgestockt, um dem Gebäude insgesamt mehr Großzügigkeit und ein besseres Ambiente zu verschaffen. Ein völlig neu gestalteter Eingangstrakt ist in diesem Jahr fertig geworden und löst den alten, und nicht mehr zeitgemäßen Empfangsbereich ab. Ein großes Problem des EVK ist der gravierende Parkplatzmangel. Er soll in den kommenden Jahren durch ein neu errichtetes Parkhaus behoben werden.

*Tabelle 5:  
Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten im Krankenhaus sinkt seit Jahrzehnten. Der Anstieg der Fallzahlen (vgl. Tabelle 1, S. 127) wäre sonst kaum möglich.*



### Ein neues Angebot: Ambulante Pflege

Nicht zuletzt die verschiedenen Versuche des Staates, das Gesundheitswesen zu reformieren, erfordern auch angesichts des erreichten hohen medizinischen Standards ständig weitere Veränderungen, um auch dauerhaft wirtschaftlich arbeiten zu können. Das Evangelische Krankenhaus Bergisch Gladbach hat aus diesem Grund seit den 1990er Jahren wichtige Schritte unternommen, um sich vom reinen Krankenhaus zum umfassenden Gesundheitsdienstleister zu entwickeln.

*1995: Eine ambulante Pflegestation ergänzt die stationäre Versorgung im Krankenhaus.*



Eine absehbare Folge der geschilderten Abrechnung nach Pauschalen seit den 1990er Jahren war eine verkürzte Verweildauer der Patienten im Krankenhaus. Zusätzlich führte auch die ebenfalls 1995 in Kraft getretene Pflegeversicherung dazu, dass die Dauer der stationären Versorgung zurückging. Lagen die Patienten früher beispielsweise nach einer Operation durchschnittlich zehn bis vierzehn Tage im Krankenhaus, häufig sogar deutlich mehr, verkürzte sich diese Zeit durch die verbesserten Therapiemöglichkeiten und schließlich durch das Gesundheitsstrukturgesetz auf durchschnittlich neun Tage. Aus diesem Grund entschied sich das Evangelische Krankenhaus sehr schnell, zusätzlich zum traditionellen Krankenhausangebot der stationären Versorgung eine **ambulante Pflegestation** einzurichten. Die Geschäftsführung sah darin »eine innovative Alternative, um auf die Herausforderungen des Gesundheitsstrukturgesetzes zu reagieren«. Nachdem der Aufsichtsrat im März 1995 die Pläne von Geschäftsführer JANUSCHEWSKI genehmigte, wurde die Station zügig eingerichtet, so dass bereits am 1. Juli die Arbeit beginnen konnte.

*Die ambulante Pflege ermöglicht vielen Patienten, früher nach Hause entlassen zu werden. Der Sozialdienst des Krankenhauses unterstützt die Patienten bei diesem Übergang.*



nären Versorgung eine **ambulante Pflegestation** einzurichten. Die Geschäftsführung sah darin »eine innovative Alternative, um auf die Herausforderungen des Gesundheitsstrukturgesetzes zu reagieren«. Nachdem der Aufsichtsrat im März 1995 die Pläne von Geschäftsführer JANUSCHEWSKI genehmigte, wurde die Station zügig eingerichtet, so dass bereits am 1. Juli die Arbeit beginnen konnte.

Die ambulante Pflege veränderte zugleich auch die bisherige Form der so genannten Überleitung der Patienten. Weil die meisten Patienten heute viel kürzer im Krankenhaus liegen als früher, werden oftmals ambulante Pflegeleistungen zu Hause notwendig. Daher muss die herkömmliche »**soziale Überleitung**«, bei der der Sozialdienst des Evangelischen Krankenhauses die Patienten unterstützt, wenn sie beispielsweise einen Heim- oder Reha-Platz benötigen, durch eine Pflegeüberleitung ergänzt werden. Die Patienten und Angehörigen werden darüber informiert, welche pflegerischen Leistungen möglich und sinnvoll sind und wie sie finanziert werden können. Die Zusammenarbeit zwischen dem Sozialdienst und dem ambulanten Pflegedienst vereinfacht dabei die Abwicklung; Pflegedienst, Hausarzt und Krankenkasse gewährleisten gemeinsam eine optimale Betreuung.

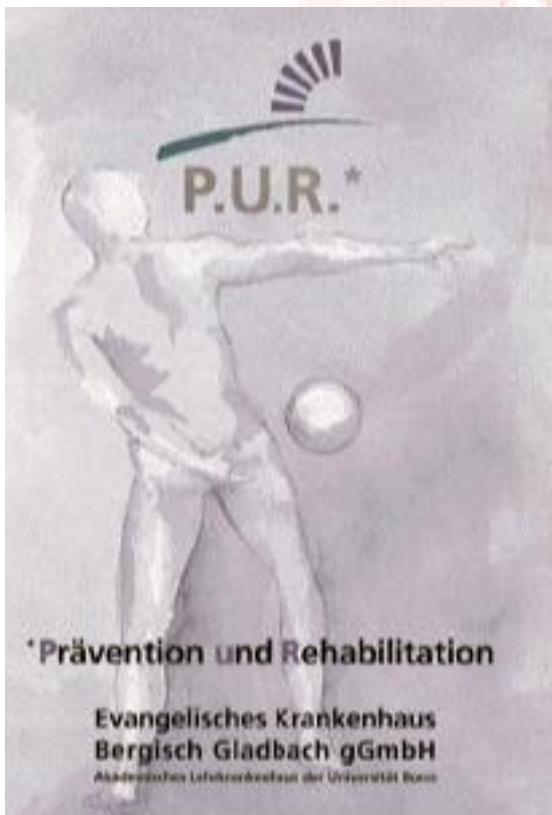
Seit dem 1. Januar 1999 hat das Krankenhaus auch die Aufgaben der **Diakoniestation** der Evangelischen Kirchengemeinden in Bergisch Gladbach und Bensberg übernommen. Da in den Gemeinden keine eigenen Diakonieschwestern mehr tätig waren, gaben die Gemeinden diese wichtigen Teile der Gemeindegemeinschaft ab, obwohl gerade sie besonders von der Öffentlichkeit wahrgenommen wurden. Die Kirchengemeinden sahen sich aber grundlegenden Veränderungen der Rahmenbedingungen gegenüber, die sie nur schwer sel-



ber bewältigen konnten. Zum einen wurde ihnen durch die Gesundheitsreform und die Pflegeversicherung mit ihren strukturellen Veränderungen der Pflegearbeit und ihrer genauen Abrechnung ein wirtschaftliches Arbeiten erschwert. Zum anderen konnten die Gemeinden aber ohnehin wegen rückläufiger Kirchensteuereinnahmen die Arbeit nicht mehr im notwendigen Maß finanzieren. Das Krankenhaus dagegen konnte durch diese zusätzlichen Aufgaben seine Ressourcen in der ambulanten Pflege besser nutzen und den Kostendruck verringern, ohne dass zugleich die Qualität der Pflege darunter litt. Die sehr gut ausgebildeten Pflegekräfte der Sozialstation wurden reibungslos in das Pflgeteam der ambulanten Pflege integriert. Für das Krankenhaus ist die neue »Diakoniestation des Evangelischen Krankenhauses Bergisch Gladbach« ein wichtiger Schritt in Richtung Diversifizierung.

Mit der Pflegestation befindet sich das Krankenhaus erfolgreich auf einem Arbeitsfeld, auf dem es in einem starken Wettbewerb mit anderen, in der Regel privaten Anbietern steht. Auch dem Wettbewerb der Krankenhäuser stellt es sich nicht nur mit der hohen Qualität seiner medizinischen Versorgung: Mit dem Projekt »Gesundheitszentrum« präsentiert es sich als ein innovatives und kundenorientiertes Krankenhaus für alle gesundheitsbewussten Bürger und nicht allein für Kranke.

1995: „Prävention und Rehabilitation“ (P.U.R.) – ein neues Gesundheitsprogramm für Bergisch-Gladbach.



#### P.U.R. – Das EVK wird zum Gesundheitszentrum

Bereits seit November 1994 beschäftigten sich Geschäftsführung und Aufsichtsrat damit, ob und wie man dem Krankenhaus ein »Gesundheitszentrum« eingliedern könnte. Geschäftsführer Januschewski stellte im März 1995 seine konkreten Pläne vor: »In Zusammenarbeit mit der bestehenden Krankenpflegeschule sollen zukünftig neben den bereits bestehenden Aktivitäten weitere Kurse im Fortbildungs-, Präventions- und Rehabilitationsbereich angeboten werden.« Zusätzlich zu den bereits existierenden Angeboten wie der koronaren Sportgruppe oder in der Geburtsbegleitung sollten anfangs eine Rückenschule, Bewegungsübungen für Kleinkinder, Baby-massage, Kurse für die häusliche Krankenpflege oder im Ernährungsbereich und eine Diabetikerschulung angeboten werden. Mittelfristiges Ziel war ein Ge-

sundheitszentrum, »das von der Bevölkerung in einem hohen Maße in Anspruch genommen wird«. Durch diese Angebote in den wichtigen Bereichen Prävention und Nachsorge sollte das Krankenhaus langfristig in der Bevölkerung ein differenzierteres Erscheinungsbild bekommen: Neben der vollstationären Krankenhausversorgung sollte es für seine Angebote zur Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung bekannt werden. Heute präsentiert sich das Gesundheitszentrum erfolgreich mit seinem umfangreichen Programm P.U.R. (Die Abkürzung steht für »**Prävention und Rehabilitation**«.) So nahmen etwa im Jahr 2001 rund 3.000 Menschen die Angebote wahr. Dass dieses Konzept wirklich ausgezeichnet ist, zeigte sich im September 2001, als P.U.R. Sieger des bundesweiten Wettbewerbs »Projekte der Gesundheitsförderung im Deutschen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser« wurde. Teilnehmen konnten an diesem Wettbewerb nur Einrichtungen, die die anspruchsvollen Kriterien der Weltgesundheitsorganisation für das Konzept »Gesundheitsfördernde Krankenhäuser« erfüllten. Mit Stolz wies das P.U.R.-Team daher auf diesen Preis hin, »wurde er doch im Umfeld hoch qualifizierter Mitbewerber errungen«.

*Die unterschiedlichsten Kurse werden im Rahmen von P.U.R. angeboten – ein ausgezeichnetes Programm.*



Eine Zwischenbilanz auf dem eingeschlagenen Weg zog das Evangelische Krankenhaus am 26. September 1998, als es sein 70-jähriges Jubiläum feierte. Mit einem Tag der offenen Tür unter dem Motto: »Gemeinsame Kräfte nutzen – füreinander Dasein« präsentierte es sich als ein modernes und leistungsstarkes Unternehmen im Dienst der Gesundheit. Neben den neun Fachabteilungen informierten auch 35 Selbsthilfegruppen aus dem Rheinisch-Bergischen Kreis über ihre Arbeit, denn seit 1998 vermittelt das Krankenhaus seinen Patienten in einer eigens geschaffenen »Koordinationsstelle für Selbsthilfegruppen« bei Bedarf den Kontakt zu den Gruppen und unterstützt diese in ihrer Arbeit.

#### Das Gemeindehaus – Raum für das Gesundheitszentrum

Im Jahr 1956 errichtete die Evangelische Gemeinde Bergisch Gladbach oberhalb der Gnadenkirche auf dem Quirlsberg ein neues Gemeindehaus. Das Krankenhaus übernahm das Gebäude 1998 von der Gemeinde und nutzt es heute für die Angebote von P.U.R. und für die ambulanten Reha-Massnahmen für Herzpatienten.



Ein engagiertes Team bildet sich zur Vorbereitung der Gesundheitsmesse.

#### EVK-Gesundheitsmesse Bergisch Gladbach

Eine neue Form, die Öffentlichkeit als Gesundheitsdienstleister anzusprechen, ist seit 2000 die EVK-Gesundheitsmesse Bergisch Gladbach. Alle zwei Jahre bieten eine Vielzahl von Ausstellern umfassende Informationen über gesunde Ernährung, neue Therapie- und Diagnoseverfahren oder die verschieden-

sten Möglichkeiten der Gesundheitsförderung. Der Erfolg war bereits bei der Premiere überragend und das Interesse der Bevölkerung riesig. Ende Juni 2002 beteiligten sich bereits 95 Aussteller aus den unterschiedlichsten Gesundheitsbereichen an der zweiten Messe, die durch namhafte Kooperationspartner (Kreissparkasse Köln, AOK Rheinland, Radio Berg) unterstützt wurde. Das EVK geht mit diesem Konzept der Gesundheitsmesse ein nicht unerhebliches unternehmerisches Risiko ein, aber der Erfolg hat den Verantwortlichen bislang eindrucksvoll Recht gegeben. An den beiden Tagen der Veranstaltung wurden vor dem interessierten Publikum insgesamt 37 Vorträge gehalten, zahlreiche Demonstrationen und Workshops boten spannende Ein-

Als moderner Gesundheitsdienstleister präsentiert sich das Krankenhaus mit der jährlichen EVK-Gesundheitsmesse Bergisch Gladbach.



blicke in die verschiedenen Themen. Obwohl an den beiden Tagen auch die Endspiele der Fußballweltmeisterschaft ausgetragen wurden, kamen rund 9.000 Menschen zur EVK-Gesundheitsmesse.

**Die Anteile der Gesellschafter nach Kapitalerhöhung und Euroangleichung 2002**

**Stammkapital:  
2 Millionen Euro**

<b>Evangelische Kirchengemeinde:</b>	25,7 Prozent
<b>Verein z. Förderung Evang. Wohlfahrtspflege Bergisch Gladbach e.V.</b>	32,8 Prozent
<b>Evangelischer Stadtkirchenverband</b>	31,8 Prozent
<b>Evangelischer Kirchenkreis Köln-Rechtsrheinisch</b>	9,7 Prozent

Parallel zur Messe stellten auch 30 **Selbsthilfegruppen** aus dem Rheinisch-Bergischen Kreis ihre Arbeit der Öffentlichkeit vor, wieder vorbereitet von der »Koordinationsstelle für Selbsthilfegruppen« am EVK. Mit den Angeboten von P.U.R. und EVK-Gesundheitsmesse, aber auch mit der Betreuung der Selbsthilfeorganisationen hat sich das Evangelische Krankenhaus endgültig zum wichtigen Gesundheitsdienstleister entwickelt.





*Durch das neue Pflegegesetz sind heute immer mehr Heimbewohner tatsächlich Pflegefälle. Das verändert die Arbeit in den Heimen erheblich.*

In Bergisch Gladbach machte das Evangelische Krankenhaus mit seinen beiden Altenheimen bereits 1995 erste Pläne für die Einrichtung einer Tages- und Kurzzeitpflege im heutigen Helmut-Hochstetter-Haus. Am 9. Dezember 1998 wurde schließlich die Tages- und Kurzzeitpflege offiziell eröffnet. Insgesamt bietet das Krankenhaus den alten Menschen damit sehr breit gefächerte Möglichkeiten der Betreuung. Neben den ambulanten Diensten der Diakoniestation und der stationären Versorgung im Altenheim können die Senioren auch die Tagesbetreuung in Anspruch nehmen. Ein Fahrdienst holt sie dann morgens ab und bringt sie abends wieder nach Hause. Wird jemand zu Hause betreut, kann er oder sie zur Kurzzeitpflege in das Helmut-Hochstetter-Haus kommen, wenn die Angehörigen zum Beispiel einige Tage in Urlaub fahren. Der Handlungsbedarf, der durch das Pflegegesetz entstanden ist, hat auf diese Weise zu einer seniorenorientierten Auffächerung des Angebotes beigetragen.

### Die Altenheime nach der Pflegeversicherung

Mit der neuen Pflegeversicherung änderten sich die Bedingungen für die beiden Altenheime der Krankenhausgesellschaft natürlich auch grundlegend. Die Festsetzung von abgestuften Pflegesätzen führt dazu, dass immer weniger Senioren, die laut Einstufung in Gruppe eins oder zwei nur bedingt pflegebedürftig sind, in ein Altenheim gehen. Anders gesagt: Immer mehr Heimbewohner heute sind tatsächlich Pflegefälle. Das verändert die Arbeit im Heim ebenso wie den Alltag der Heimbewohner. Andererseits müssen viele alte Menschen trotzdem versorgt werden, auch wenn sie nicht in einem Heim wohnen. In der Altenpflege setzte daher mit der Pflegeversicherung ein Umdenken ein, wie weiterhin eine gute und menschenfreundliche Versorgung der alten Menschen gewährleistet werden kann.

*Dezember 1998: Am Helmut-Hochstetter-Haus wird die Tages- und Kurzzeitpflege als neues Betreuungsangebot eröffnet.*





*Bei allem technischen und medizinischen Fortschritt bleibt das Evangelische Krankenhaus doch immer dem christlichen Menschenbild verpflichtet.*

### Christliches Selbstverständnis zwischen Hochleistungsmedizin und Gesundheitsreformen

Zwischen den Bedingungen der High-Tech-Apparate-Medizin, dem Sparzwang und den Anforderungen der verschiedenen Gesundheitsreformen blieb das Krankenhaus immer eine christliche, diakonische Einrichtung, auch wenn dies manchmal im Tagesgeschäft unterzugehen droht. Die Bemühung um das Evangelische Selbstverständnis muss neben der medizinischen Arbeit und der wirtschaftlichen Sicherung immer eine Aufgabe der Krankenhausleitung bleiben. Die wichtige Arbeit der Krankenhauseelsorger oder das Engagement der Gemeindepfarrer stehen für dieses wichtige Fundament ein. So mahnte im März 1987 Pfarrerin Behrendt, dass sich die Seelsorge und der christliche Charakter des Hauses noch viel zu wenig im Betriebsablauf und Erscheinungsbild des Krankenhauses spiegeln würden.

*15. Januar 1988:  
Mit Oberschwester  
Elisabeth Dahmlos  
und ihren Mitschwester  
verlassen die Diakonissen  
endgültig das  
Krankenhaus.  
Eine Ära endet.*

Ein wichtiger Einschnitt war es für das Krankenhaus in diesem Zusammenhang, als die letzten Diakonieschwester das Haus verließen: Oberschwester ELISABETH DAHMLOS und ihre Mitschwester wurden am 15.1.1988 verabschiedet. Das Mutterhaus sah sich damals nicht mehr in der Lage, die Arbeit in Bergisch Gladbach fortzusetzen, als Schwester Elisabeth Dahmlos in Ruhestand ging. Neben dem grundsätzlichen Nachwuchsproblem kam in Bergisch Gladbach erschwerend hinzu, dass kein Diakonie-Seminar in der Nähe war; es gab also ein Ausbildungsproblem vor Ort und von anderen Häusern konnten keine Diakonissen abgezogen werden. Die Bergische Landzeitung titelte damals mit Wehmut: »Gute Geister im grauen Kleid nehmen Abschied – Im Evangelischen Krankenhaus geht eine Ära zu Ende.«



## Moderne Corporate Identity und Leitbild: Zwischen Unternehmenskultur und evangelischem Selbstverständnis

Im Herbst 1997 gab sich das Evangelische Krankenhaus Bergisch Gladbach nach einer längeren und intensiven Diskussionsphase ein neues Logo. Mit dem Logo bekennt das Krankenhaus nach eigener Aussage Farbe nach innen wie nach außen. Es bekennt sich zu seinem Haus und zu dessen Zielen.

Die Suche nach einer verbindlichen Unternehmenskultur, in der sowohl die modernen Anforderungen an ein wirtschaftlich geführtes Unternehmen und an seine Mitarbeiter aufgehoben sind, als auch die christlichen Wurzeln der Arbeit im Krankenhaus, ging nach 1997 weiter. Diese Suche mündete in einem längeren Leitbildprozess, in dem das Bekenntnis zum diakonischen Auftrag mit einem modernen Konzept aus der Führungslehre verbunden wurde. Das Ergebnis dieser ausführlichen Diskussionen in verschiedenen Arbeitskreisen ist ein formuliertes Leitbild als Konzept eines christlichen Unternehmens.

Gleich zu Beginn dieses Leitbildes werden die ethischen Grundlagen festgestellt, auf denen die Arbeit des Krankenhauses und der Alteneinrichtungen beruhen: »Wert und Würde menschlichen Lebens sind für uns Maßstab allen Handelns. Der Träger der Evangelischen Krankenhausgesellschaft sieht diese Einzigartigkeit jedes Menschen im christlichen Glauben begründet.«

Das Leitbild liefert eine Begründung für die Arbeit (»Unsere christliche Orientierung mit dem zentralen Grundsatz der praktizierten Nächstenliebe kommt in diesem Leitbild zum Ausdruck«)



### Zeichen setzen

Mit seinem neuen Logo will das Evangelische Krankenhaus Bergisch Gladbach seine Identität nach außen und innen sichtbar machen. Dabei greifen grafische Gestaltung und Farbgebung ineinander:

■ Die ansteigende, sich verjüngende Linie zeigt den Ursprung, das aus der Rheinebene ansteigende Bergische Land, und den Entwicklungstrend des Evangelischen Krankenhauses. Diese Linie steigt von links nach rechts an. Die meisten Menschen empfinden das als positiv und dynamisch ... wie das Engagement aller im Hause Beschäftigten.

■ Von dieser Linie gehen sechs Balken aus, die sich nach innen verjüngen und einen Viertelkreis bilden:

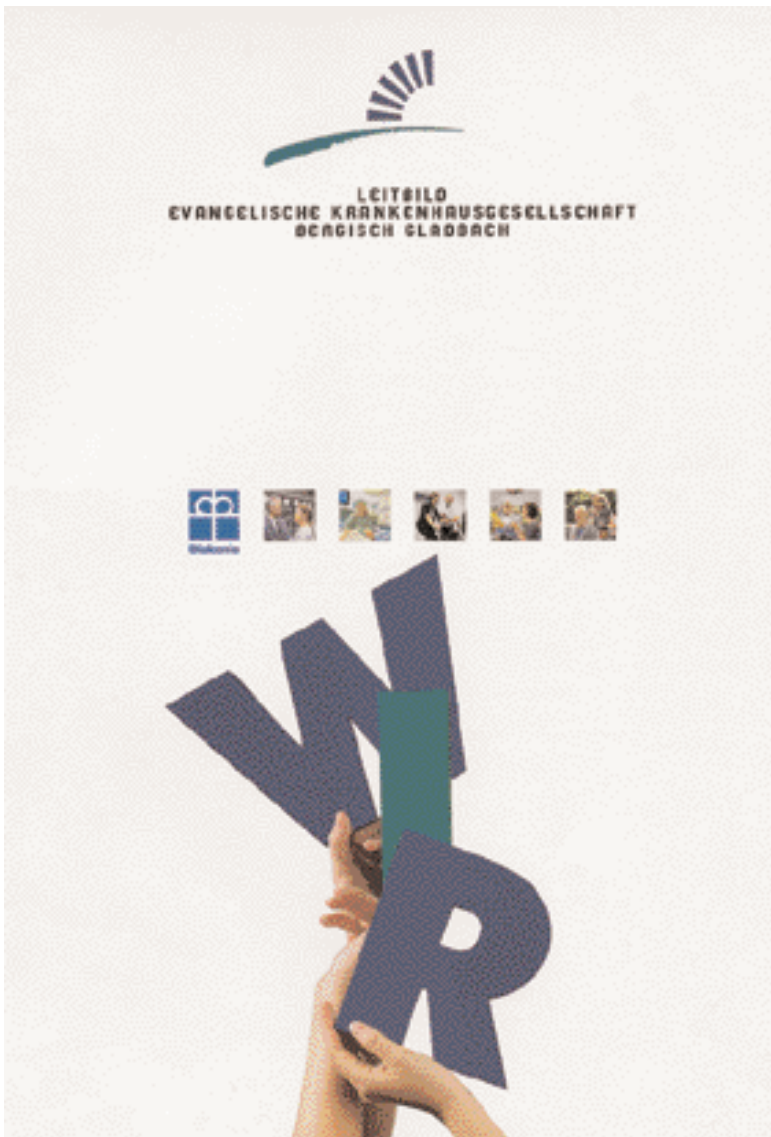
■ Sechs Balken – für die sechs Einrichtungen, die das runde Programm des Evangelischen Krankenhauses ausmachen: Vollstationäre Leistung, ambulante Pflege, Seniorenheime, Prävention und Aufklärung, Rehabilitation und Schulen.

■ Balken, die sich nach außen wie Strahlen verbreitern – Symbol für die Ausstrahlungskraft unseres Hauses.

■ Sechs Balken, die sich nach innen verjüngen, auf den Kreis konzentrieren, auf den Mittelpunkt unseres Hauses, auf den Patienten.

■ Insgesamt ein offener Gesamteindruck, ein Signal für die Offenheit gegenüber allen Patientenbelangen.

■ Die Farbgebung unterstützt das noch. Das dunkle Blau betont den weißen, freundlichen Mittelpunkt, in dem der Patient steht. Und das lebensbejahende Grün steht sowohl für die Natur in der Umgebung als auch für die Hoffnung des Patienten.



*Das Leitbild des EVK verbindet das Bekenntnis zum diakonischen Auftrag mit einem modernen Managementkonzept.*

und es setzt zugleich Ziele für die Zukunft (»Das Leitbild soll verbindliches Selbstverständnis für alle werden, die in den Einrichtungen der Gesellschaft arbeiten«). Es entspricht damit der christlichen Form eines Katechismus, der ebenfalls Grundsätze und zugleich Erwartungen an die Gläubigen formuliert, und es entspricht zugleich auch modernen Unternehmensführungsstrategien, wo mit Hilfe von Leitbildern eine bereits vorhandene Firmenkultur aufgegriffen wird, um sie auf ein ausdrückliches Ziel hin weiter zu entwickeln.

In diesem Zusammenhang legt das Leitbild der Krankenhausgesellschaft nicht alleine die christlichen Wurzeln der Arbeit für und mit den Patienten offen, sondern es will zugleich eine besondere Firmenkultur des Krankenhauses weiterentwickeln. Das EVK verpflichtet sich daher nicht

nur auf die »Patienten-, Bewohner- und Kundenorientierung«, sondern ausdrücklich auch auf eine besondere »Mitarbeiterorientierung«. Das Leitbild selbst ist in einem langen und intensiven Diskussionsprozess innerhalb der Belegschaft entstanden.

Mit seinem Leitbild steht das Evangelische Krankenhaus Bergisch Gladbach nicht allein. Die Sorge um das evangelische Profil der Krankenhäuser treibt angesichts der »Herausforderungen der Moderne« alle evangelischen Krankenhäuser um und mit ihnen auch den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV). Zwischen Kostendruck und effizientem Management, zwischen medizinischem Fortschritt und Apparatedizin suchen die Krankenhäuser einen eigenen Weg, um ihr modernes Verständnis christlicher Nächstenliebe erfolgreich umsetzen zu können. Bereits 1981 veröffentlichte der DEKV Ergebnisse eines Pilotprojektes zur patientenbezogenen

Wo bitte geht's denn hier zum EKG?

Ein Theaterstück des Unternehmensleiters im EVK

- Donnerstag, 8. November 2001 19:00 Uhr
- Freitag, 9. November 2001 11:00 Uhr
- Jeweils im Gemeinssaal des Krankenhauses
- Eintritt: DM 5,- (Die Einnahmen werden an den Förderverein des Krankenhauses gespendet.)

Evangelische Krankenhäuser

Gestaltung des Krankenhausbetriebs und setzte damit einen bis heute andauernden Leitbildprozess in Gang. Bis Ende 2000 verzeichneten der Verband und das Diakonische Werk mehr als 200 Leitbilder evangelischer Einrichtungen.

Das EVK ist also in guter Gesellschaft und gemeinsam werden die evangelischen Krankenhäuser ihren Weg in der modernen säkularisierten Welt weitergehen können. Das Evangelische Krankenhaus Bergisch Gladbach hat in der Vergangenheit alles getan, um auch in den kommenden 75 Jahren eine professionelle Medizin und Pflege in christlichen Häusern anbieten zu können.

*Oder: Wie geht's weiter mit dem EVK? Das Krankenhaus ist gut aufgestellt für die Zukunft.*

## **Bildnachweis**

*Archiv der Evangelischen Gemeinde Bergisch Gladbach* Titel, 6, 8/9, 11 oben rechts und links, 12, 13, 16, 17, 18 unten, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30/31, 32, 34, 35 oben, 36, 38 oben, 39, 40, 41, 42, 43 oben, 44, 47, 48, 49, 50, 53, 60, 61, 62, 63 unten, 64, 65, 66, 68, 74 unten, 75, 76

*Stadtarchiv Bergisch Gladbach* 10, 15, 45, 56, 124 (Bildrechte: Charlotte Günther)

*Stiftung Zanders* 14, 18 oben

*Archiv der Kaiserswerther Diakonie, Düsseldorf* 11 unten

*Archiv Diakonissenhaus Friedenswarte, Bad Ems* 35 unten

*Archiv Diakonieverein Berlin-Zehlendorf* 67

Alle übrigen: *Evangelisches Krankenhaus Bergisch Gladbach gGmbH*

## **Quellen**

Unterlagen zur Gründung, zum Bau und zur Geschichte des Krankenhauses als Einrichtung der Evangelischen Gemeinde Bergisch Gladbach befinden sich im Gemeindearchiv. Sie wurden für das Krankenhaus umfassend ausgewertet von Ferenc Csapó. Für die hier vorgelegte chronologische Darstellung wurde über diese Dokumentation hinaus weitere Unterlagen des Gemeindearchivs ausgewertet, vor allem Protokolle des Presbyteriums sowie zahlreiche ungeordnete Unterlagen, die offensichtlich für eine geplante Gemeindegeschichte von Pfarrer Dr. Hochstetter und vor einigen Jahren von Hermann Deeters für sein Buch »Geschichte der Evangelischen Kirchengemeinde Bergisch Gladbach 1918-1945« angelegt wurden. Für die Zeit der gGmbH wurden die Aufsichtsratsprotokolle, die Protokolle der Gesellschafterversammlungen, die Mitarbeiter- und Patientenzeitungen sowie weitere Unterlagen des EVK genutzt. Gespräche mit dem Geschäftsführer Herrn Januschewski, dem Aufsichtsratsvorsitzenden Heinz Halfwassen und dem Aufsichtsratsmitglied Ekkehard Schmidt waren wichtige Hilfen für die Darstellung der vergangenen 20 bis 30 Jahre. Darüber hinaus danke ich den Chefarzten der einzelnen Kliniken und Abteilungen für ihre konstruktiven Korrekturen und hoffe, dass sie nicht zu sehr an meiner Unkenntnis verzweifeln. Allen, die zu dieser Krankenhausgeschichte beigetragen haben – last but not least der immer geduldigen Edeltraud Kolter – danke ich dafür herzlich.

**Literaturauswahl**

- v. Alemann-Schwartz, Monika*, ... dem Menschen verpflichtet. Die Geschichte der Stiftung Evangelisches Kranken- und Versorgungshaus zu Mülheim an der Ruhr 1850 - 2000, Mülheim 2000
- Deeters, Hermann*, Geschichte der Evangelischen Kirchengemeinde Bergisch Gladbach 1918-1945, Köln 1998
- Kaiser, Jochen-Christoph (Hg.)*, Sozialer Protestantismus und Sozialstaat. Diakonie und Wohlfahrtspflege in Deutschland 1890-1939, Stuttgart 1996
- Knickenberg, Dieter*, Das Gesundheitswesen in Bergisch Gladbach von den Anfängen bis heute, Masch. Diss. 1974
- Labisch, Alfons / Spree, Reinhard (Hg.)*, Krankenhausreport 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten, Frankfurt/M. 2001
- Murken, Axel Hinrich*, Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart, Köln 1988
- Riege, Fritz*, Kurzer Abriß der Gesundheitspolitik. Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, Frankfurt/M. 1999
- Schmuhl, Hans-Walter*, Evangelische Krankenhäuser und die Herausforderung der Moderne. 75 Jahre Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (1926 - 2001), Leipzig 2002