

150

Jahre

EVK

Für Dich.
Deine Gesundheit.
Dein Leben.



150
Evangelisches Klinikum
Gelsenkirchen

1872

VERÖFFENTLICHUNG ANLÄSSLICH DES 100-JÄHRIGEN JUBILÄUMS

Nach dem Krieg 1870 regte sich in unserer Gemeinde Gelsenkirchen der Gedanke, ein Krankenhaus zu bauen. Besonders wurde er gepflegt in unserem Frauenverein und in der Kirchenvertretung. Bald fing man mit Sammlungen und Vorarbeiten an. 1872 wurde das evangelische Krankenhaus an der Friedrich (später Schalker) = Straße, in der späteren Lutherschule, dem Dienst übergeben. Der leitende Arzt wurde Dr. Wirth. Das Diakonissenhaus Sarepta schickte uns einige Schwestern, an ihrer Spitze die Oberin Mathilde Kötter.

1877

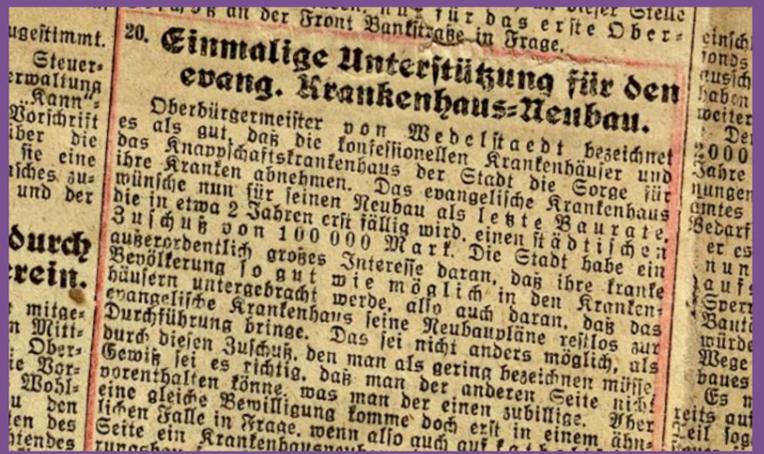
AUS DEM FESTVORTRAG ANLÄSSLICH DES 100-JÄHRIGEN JUBILÄUMS

... 1877 wurden 285 Patienten wegen folgender Krankheiten behandelt:

- a) Nerven-Typhus und gastrisches Fieber 23
- b) Gemüts- und Geistesstörung 01
- c) Epilepsie 01
- d) Wechsel- und Malariafieber 24
- e) Rheumatismus 09
- f) Allgemeine Körperschwäche 12
- g) Katarrh, Brustleiden, Lungenentzündung 23
- h) Entzündungen, Geschwulst, Geschwüre 27
- i) Masern und Rose 04
- h) Wassersucht 02
- l) Augenleiden 05
- m) Verletzungen bei der Arbeit 96
- n) Verletzungen bei Schlägereien 12
- o) Hautausschläge, Krätze, Flechten 25
- p) Syphilis 02
- q) Ruhr 03
- r) Cholérine 01
- s) Lendenbruch 01
- t) unbestimmte Leiden 14

1892

ZEITUNGSARTIKEL



1968



1930

ZEITUNGSARTIKEL ANLÄSSLICH DIVERSER DIENSTJUBILÄEN

»... 1910 waren es 2.762 Aufnahmen, 1920 3937, 1928 6940, 1929 7.251 Aufnahmen. Mit dieser Zahl ist wohl der Höhepunkt erreicht; denn die verheerenden Auswirkungen der gegenwärtigen Not, die Zurückhaltung der Ärzte und Kassen bei Überweisungen in das Krankenhaus, die Mehrkosten, die die Patienten durch die Neuordnung der Krankenkassenbeiträge bei Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung zu leisten haben, tragen dazu bei, daß diese Zahl von über 7.000 Aufnahmen wohl in diesem Jahr nicht überschritten werden wird ...«



Jesus war in der Stadt!

Heiner Montanus und Bernd Naumann

Jesus war in der Stadt! Sie erinnern sich? Und wie immer, wenn es so war, gab es einen großen Auflauf. Alle wollten ihn sehen und hören. Alle wollten geheilt werden. Denn er war ja auch einer, der heilen konnte. Die Menschenmenge war so gewaltig, dass es weder rein noch raus ging aus dem Haus, in dem er zu Besuch war. Und spät kam dann einer, der bettlägerig war. Er ließ sich von Verwandten auf einer Trage bringen. Zu spät – sie gehörten zu den letzten Ankömmlingen, und es gab keinen Weg mehr ins Haus. Aber seine letzte Hoffnung war eben Jesus. Vielleicht konnte der ihn heilen, wenn er ihn nur berührte. Er musste ihn sehen, koste es, was es wolle. Das war den Verwandten, die ihn trugen, eine Verpflichtung. Und so stiegen sie unter vielen Mühen aufs Dach. Sie deckten es ein Stück ab und bugsierten die Trage mit dem Kranken hoch und durch die Lücke ins Haus. Jesus war beeindruckt. Er berührte ihn und heilte ihn. Der Mann kam liegend an und ging auf seinen beiden Füßen – geheilt – durch die staunende und beeindruckte Menge hinaus.

So mag es für die Gelsenkirchener vor 150 Jahren auch gewesen sein. Gelsenkirchen: eine Stadt der rasant wachsenden Schwerindustrie und Bevölkerung, mit beengten und wenig hygienischen Wohn- und Lebensverhältnissen sowie gefährlichen Arbeitsplätzen über und unter Tage. Und dann bauten sie 1872 ein Haus. Sehr viele kamen, damit sie angeschaut, berührt und geheilt würden. Das Vertrauen war groß – und so blieb es in den nächsten 150 Jahren bis heute. Vertrauen auf Heilung.

150 Jahre Evangelische Kliniken bedeuten 150 Jahre Versorgung und Heilung der Menschen in Gelsenkirchen. 150 Jahre Wachstum: von der Grundversorgung eines einfachen Krankenhauses hin zu einem Klinikum mit hochspezialisierten Abteilungen, mit Strahlkraft sogar über die Stadtgrenzen hinaus, mit liebevoller Zuwendung und Pflege.

»150 Jahre Wachstum: von der Grundversorgung eines einfachen Krankenhauses hin zu einem Klinikum mit hochspezialisierten Abteilungen, mit Strahlkraft sogar über die Stadtgrenzen hinaus.«

Wir sind stolz auf die Entwicklung bis heute – durch die oft sehr unruhigen und politisch turbulenten Zeiten.

Unsere Geschichte ist uns eine Verpflichtung gegenüber den Menschen unserer Stadt, aber auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unseres Klinikums. Die Verpflichtung besteht darin, für diese Menschen ein Höchstmaß an Professionalität in den Bereichen der medizinischen Versorgung und der Pflege sicherzustellen und dabei immer innovativ und zugewandt zu bleiben.

Unsere Motivation ist auch, ein guter Arbeitgeber in einem schwierigen Aufgabenbereich zu sein. Dabei greifen wir auf unsere 150-jährige Tradition zurück, ein modernes kirchliches Unternehmen zu sein. Wir haben eine diakonisch-ethische Verpflichtung dem einzelnen Menschen gegenüber – das ist unsere ganz eigene DNA.

Unsere diakonischen Wurzeln sind ein wichtiges Alleinstellungsmerkmal in einer Zeit, in der medizinische Versorgung gewinnorientiert und wachstumssteigernd zu sein hat. Auch das wollen und müssen wir sein. Aber niemals, ohne die einzelne Patientin und den einzelnen Patienten oder die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Blick zu verlieren. Dieser Spagat ist, wie beim Turnen, ein kleines Kunststück, zumal am Hochseil einer auskömmlichen (Re-)Finanzierung notwendiger medizinischer Leistungen. Dieser Spagat bleibt unser kirchlich-diakonischer Anspruch auch in der Zukunft.

Die Menschen, die zu uns kommen, müssen das Dach nicht mehr abdecken, um eingelassen zu werden. Sie erreichen unser Klinikum über die Liegandanfahrt oder zu Fuß durch den Haupteingang – meist sogar ohne Gedränge oder lange Wartezeiten. Wie vor 2.000 Jahren haben Menschen immer noch das volle Vertrauen und die Hoffnung, gesund zu werden.

»Unsere Geschichte ist uns eine Verpflichtung gegenüber den Menschen unserer Stadt.«

Sie setzen dieses Vertrauen in die Ärztinnen und Ärzte, in die Pflegerinnen und Pfleger und in alle anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres Klinikums. Sie setzen ihr Vertrauen in unseren gesamten professionellen und motivierten Apparat. Sie kommen in der Hoffnung und mit der Bitte: »Rühr mich an, und mach mich gesund!« Kann es einen größeren Ansporn und ein besseres Gefühl geben, solch ein Vertrauen zu spüren? Wir denken nicht.

Selbst Jesus war damals total beeindruckt vom Vertrauen der Menschen. So sagen die Aufsichtsgremien von Diakoniewerk und Diakoniewerksverbund Danke: Danke für die Rechtfertigung dieses Vertrauens – durch professionelle Arbeit in den letzten 150 Jahren. Danke für die Rechtfertigung des leuchtenden Kronenkreuzes auf dem Gebäude – durch Ihre Arbeit und Ihr Engagement, niemals stehen zu bleiben und sich zufriedenzugeben mit dem, was gerade ist. Danke für 150 Jahre medizinischer Dienst am Menschen – indem Sie die, die gekommen sind, angerührt haben.



Superintendent Heiner Montanus
Vorsitzender des Aufsichtsrats



Pfarrer Bernd Naumann
Vorsitzender des Verwaltungsrats

Penunzen, Prozesse, Pandemie? Personal und Patienten!

Olaf Walter



Olaf Walter
Geschäftsführer

»Bei allem berechtigten Ringen um die Finanzierbarkeit guter Gesundheitsversorgung: Haben wir in den letzten Jahrzehnten die Prioritäten immer richtig gesetzt?«

Fast auf den Tag genau, an dem diese Zeilen geschrieben werden, hat der Bundesgesundheitsminister eine Regierungskommission ins Leben gerufen, die Eckdaten zur Umgestaltung der Krankenhauslandschaft in Deutschland erarbeiten soll. Wenn wir 150 Jahre Evangelisches Klinikum Gelsenkirchen feiern, wissen wir also, dass es auch zukünftig spannend bleiben wird.

In der langen Zeit seines Bestehens hat das EVK viele Turbulenzen hinter sich gebracht. Zwei Weltkriege, zwei Pandemien – von denen die eine heute noch längst nicht überwunden ist – und nicht zuletzt viele politische Reformen.

Werfen Sie gerne einen Blick auf die Mittelseite dieser Festschrift. Dort haben wir Momente der 150-jährigen Geschichte des EVK festgehalten und diesen zumindest für die letzten gut 30 Jahre die politischen Reformen gegenübergestellt, die deutsche Krankenhäuser betroffen haben. Es sind viele. Und das ist eigentlich auch gut so.

Das deutsche Gesundheitssystem gilt als eines der weltbesten. Damit das so bleibt, muss das System in Bewegung bleiben. Wir aber auch.

Die Menschen in Deutschland werden im Durchschnitt immer älter, die Medizin macht enorme Fortschritte. Das bedeutet: Immer mehr Menschen in unserem Land benötigen gesundheitliche Unterstützung. Gleichzeitig sind wir immer besser in der Lage, den Menschen mit guter Medizin und Pflege nachhaltig zu helfen. Das aber muss finanziert werden.

Es bedarf keines Ökonomiestudiums, um zu erkennen, dass gute Gesundheitsversorgung für alle in unserer Gesellschaft eine große wirtschaftliche Herausforderung ist.

Superintendent Heiner Montanus und Pfarrer Bernd Naumann gehen in ihrem Grußwort darauf ein, dass in Zeiten, »in denen Medizin gewinnorientiert und wachstumssteigernd zu sein hat«, wir mit unseren diakonischen Wurzeln über ein wichtiges Alleinstellungsmerkmal verfügen. Wir sind vor allem anderen dem Dienst am Menschen verpflichtet. Dies ökonomisch bedacht zu tun, ist nicht mehr als Mittel zum Zweck.

Aber gerade deswegen müssen wir uns immer wieder fragen und fragen lassen, ob die Balance zwischen unserem diakonischen Auftrag und der unternehmerischen Steuerung noch stimmt. Ein Krankenhaus, das 150 Jahre besteht, darf stolz zurückblicken.

Zumindest für die jüngere Vergangenheit möchte ich aber – stellvertretend für meinen Berufsstand, die Klinikmanagerinnen und -manager – dem Rückblick selbstkritische Akzente beifügen.

Bei allem berechtigten Ringen um die Finanzierbarkeit guter Gesundheitsversorgung: Haben wir in den letzten Jahrzehnten die Prioritäten immer richtig gesetzt? Alles dreht sich in guten Krankenhäusern um das gesundheitliche Wohl der Patientinnen und Patienten, daran zweifelt niemand. Aber ist tatsächlich immer alles so organisiert, dass diese durchweg im sprichwörtlichen Mittelpunkt stehen?

Nutzen wir beispielsweise die Chancen, die uns die Digitalisierung bietet, um es den Menschen, für die wir da sind, in schwierigen Lebenssituationen so einfach wie möglich zu machen? Haben deutsche Krankenhäuser im Vergleich zu anderen Branchen da nicht erheblichen Nachholbedarf?

Wir engagieren uns für die Gesundheit der Menschen, die zu uns kommen. Wir können viel, leider können wir nicht immer alle gesund machen. Was aber immer ausnahmslos unser Ziel ist: Wir wollen das Leben derer, die sich uns anvertrauen, verbessern. Es geht um Lebensqualität.

Unser »Produkt« ist Lebensqualität, aus diakonischem Auftrag. Kein anderes Unternehmen in unserer Gesellschaft hat ähnlich Wertvolles zu bieten.

Was müssen wir tun, dass in jeder Phase eines Klinikaufenthalts genau das »Produktversprechen Lebensqualität« unterbreitet und eingehalten wird?

Das führt nahtlos zur nächsten Frage: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Krankenhäusern sind das Fundament. Von allem, was wir für die Gesundheit der Menschen tun.

Haben wir in den vergangenen Jahrzehnten unseren Teams gebührende Wertschätzung entgegengebracht? Haben sich rasch verändernde Rahmenbedingungen und steigender Kostendruck dazu geführt, dass wir nicht genug getan haben für die Lebensqualität unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter? In diesem Zusammenhang sei in diesem Festjournal auch der Beitrag von Staatssekretär a. D. Dr. h. c. Andreas Westerfellhaus zur Lektüre empfohlen.

Ich beziehe mich mit diesen Fragen auf die deutsche Krankenhauslandschaft insgesamt. Für das EVK sollen sie aber Grundlage sein, nach 150 Jahren mutig und mit Gestaltungswillen nach vorne zu schauen. Es gibt noch viel zu tun.

Wir am EVK Gelsenkirchen haben das Zeug zu einem besonderen Krankenhaus. Auf in die Zukunft!

Für Dich. Deine Gesundheit. Deine Lebensqualität.

1515

AUS DEM FESTVORTRAG ANLÄSSLICH DES
100-JÄHRIGEN JUBILÄUMS



hat einen Eid zu schwören, daß er dem Spital treu dienen und die armen Siechen gleich wie reiche, von denen er eine besondere Bezahlung zu erwarten hätte, behandeln wird. Er soll ein sittliches Verhalten, namentlich auch den Mägden und dem Gesinde zeigen. Wo es angängig ist, soll er die Kranken statt mit Arzneien mit Diätvorschriften behandeln, damit das Spital nicht mit unnötigen Kosten belastet wird. Wo aber Arzneien unentbehrlich sind, soll er, sofern dies möglich ist, einfache und billige Mittel statt der kostspieligen Zusammensetzungen, die etwa eigens hergestellt werden müssen, benutzen. Wenn Kranke gegen Klästiere und Arzneien eine Abscheu haben, darf der Arzt keinen Zwang ausüben. Wenn aber ein Leichtkranker die Arznei, mit der ihm wohl zu helfen wäre, vermeidet, um desto länger im Spital zu bleiben

Dienstanweisung für den Spitalarzt der Stadt Straßburg aus dem Jahr 1515:

... Wo es angängig ist, soll er die Kranken statt mit Arzneien mit Diätvorschriften behandeln, damit das Spital nicht mit unnötigen Kosten belastet wird. Wo aber Arzneien unentbehrlich sind, soll er, sofern dies möglich ist, einfache und billige Mittel statt der kostspieligen Zusammensetzungen, die etwa eigens hergestellt werden müssen, benutzen ...

1959

STADTARCHIV GELSENKIRCHEN

Dienstag, den 24. März

In einer von der SPD einberufenen interfraktionellen Sitzung kamen brennende Fragen des Gelsenkirchener Krankenhauswesens zur Sprache. Prälat Mertens (Marienhospital Buer) und Verwaltungsdirektor Behrenbeck (Evangelisches Krankenhaus in Alt-Gelsenkirchen) hatten dabei Gelegenheit, ihre Sorgen vorzutragen. Auf Fragen der Stadtverordneten Scharley und Gertzen (SPD) nannten sie die Summe von 1,2 Mill.DM als notwendig für die Erfüllung des gesamten Nachholbedarfs. Dieser Betrag könne aber nur dann ausreichen, wenn eine Korrektur der Pflegesätze vorgenommen werde; bei den augenblicklichen Sätzen sei eine ausgeglichene Bilanz nicht möglich.

1972

Festvortrag von
Chefarzt Dr. med. Karl Kollmeier
anlässlich der Jubiläumsfeier
am 29. Oktober 1972

»Seit einigen Jahren ist das Krankenhaus in Deutschland Gegenstand kritischer Betrachtungen geworden. Man spricht davon, daß es selbst krank sei ...«

...

»Der Ausbildungsstand der heutigen Schwester, der MTA, der Apothekerin und des Arztes ist natürlich weit fortgeschritten gegenüber dem vor 30 oder 50 Jahren. Ein Blick auf Fieberkurve und Krankenblatt von 1950 erklärt beim Vergleich mit denen von heute, warum wir alle überlastet sind.«

Exzellenz braucht Kooperation – erst recht in schwerem Fahrwasser!

Josef Hilbert

Das Evangelische Klinikum Gelsenkirchen ist eine führende Adresse für Gesundheit im nördlichen Ruhrgebiet. Wer sich hier für mehr Gesundheit stark macht, hat keinen »Allerweltsjob«, sondern ist mit besonderen Herausforderungen konfrontiert. Das nördliche Ruhrgebiet ist eine Region, in der sich die Licht- und Schattenseiten des Strukturwandels besonders drastisch darstellen. Hier gelang zwar ein sozialverträglicher Ausstieg aus der Montanindustrie, jedoch besteht weiterhin viel Gestaltungsbedarf bei der Schaffung zukunftsorientierter Lebens-, Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen.

Die gesundheitliche Verfassung der Menschen in der Region

Die Probleme des Strukturwandels haben sich auch beim Thema Gesundheit niedergeschlagen. Die Region leidet unter einer überdurchschnittlichen Morbidität – viele kämpfen mit mehreren Erkrankungen gleichzeitig – und auch an einer überhöhten Mortalität. Im Durchschnitt sind die Menschen hier häufiger und ernsthafter erkrankt als anderswo – und sie sterben auch früher. Auch von langfristigen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit sind die Menschen in vielen Teilen des Ruhrgebiets härter betroffen. Die besonderen gesundheitlichen Probleme treffen allerdings nicht alle Einwohnerinnen und Einwohner gleichermaßen, sondern sind zwischen verschiedenen Bevölkerungssegmenten ungleich verteilt. Besonders die sogenannten vulnerablen Gruppen, also (Langzeit-) Arbeitslose, Menschen mit Migrationshintergrund sowie bildungs- und einkommenschwache Bevölkerungsteile, haben öfter mit einer Vielzahl von Krankheiten zu kämpfen. Die Ursachen für diese besonderen Probleme sind in der Arbeits-, Lebens- und Umwelt der Menschen in Regionen des Strukturwandels zu suchen, sie haben mithin nicht nur einen engen fachmedizinischen, sondern auch einen sozialmedizinischen Hintergrund.

Die regional vernetzte, patientenorientierte Kooperation als Lösungsansatz

Dass es im nördlichen Ruhrgebiet bei der Gesundheit spezielle Probleme gibt, ist in der Forschung seit langem bekannt. Als Lösungsperspektive schält sich vor allem eine Suchrichtung als besonders aussichtsreich heraus: die regional vernetzte, patientenorientierte Zusammenarbeit. Sowohl in der Akutmedizin als auch bei der Prävention, Rehabilitation und Pflege sollen die verschiedenen fachlichen Disziplinen kooperieren – mit Blick auf die einzelnen Patientinnen und Patienten sowie auf die vulnerablen Patientengruppen. Ein Beispiel ist etwa das Zusammenspiel der geriatrischen Medizin mit ambulanten Pflegediensten, die besondere Herausforderungen bei Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund stellt. Medizinische Exzellenz, die insbesondere im Ruhrgebiet vielerorts vorhanden ist, kann dadurch wirkungsvoller und nachhaltiger werden – so jedenfalls die Meinung der allermeisten Expertinnen und Experten. Ergänzend drängt sich der Brückenschlag zu einer Sozialarbeit auf, die mit den besonderen Lebensbedingungen und Gesundheitsvorstellungen der zumeist multiethnisch geprägten Bevölkerung vertraut ist.

Die Zukunft der Medizin im Ruhrgebiet

Beim Strukturwandel im Ruhrgebiet hat sich die Gesundheits- und Sozialwirtschaft zu einem prägenden Faktor entwickelt. Seit Mitte der 10er Jahre ist sie in dieser Region beschäftigungsmäßig größer als das gesamte produzierende Gewerbe und setzte auch bei Hightechthemen überregional beachtete Akzente. Und in fast allen Jahren der letzten zwei Jahrzehnte lag das Wachstum der Krankenhäuser, Praxen, Altenhilfeanbieter sowie der Medizin- und Gerontechnikunternehmen deutlich über dem der Gesamtwirtschaft. Parallel zu etlichen neuen Akzenten in der Ruhrgebietsindustrie erwies sich Gesundheitswirtschaft als eine »heimliche Heldin des Strukturwandels«.

In diesem Zusammenhang hat es in den letzten Jahren erste Pilotprojekte für eine patientenorientierte Vernetzung gegeben. Wegweisende, überregional beachtete fachliche Akzente für die Stärkung des Gesundheitswirtschaftsstandorts Ruhrgebiet wurden gerade auch von Kliniken und Gesundheitseinrichtungen aus dem nördlichen Ruhrgebiet gesetzt. Für die kommenden Jahre ist damit eine Basis gelegt, um die oben umrissenen besonderen Anforderungen anzugehen. Die fachlichen Kompetenzen dafür sind weitestgehend vorhanden, viele Akteur:innen aus der Branche sind hochinteressiert, sich zu engagieren. Jetzt steht an, angemessene Konzepte, Geschäftsmodelle und Finanzierungswege für die regionale und patientenorientierte Vernetzung zu finden.

Gelingt es im nördlichen Ruhrgebiet, durch regional vernetzte und patientenorientierte Zusammenarbeit Antworten auf die sozialmedizinischen Herausforderungen von Städten und Regionen im Strukturwandel zu finden, nutzt dies vor allem den betroffenen Menschen, wird aber auch für weiter wachsende überregionale und internationale Aufmerksamkeit für den Gesundheitswirtschaftsstandort Ruhrgebiet sorgen.



depositphotos.com @ momcilo.jovanov



Prof. Dr. Josef Hilbert

Emeritierter Direktor des Gelsenkirchener Instituts für Arbeit und Technik sowie Vorstandsvorsitzender des Netzwerks Deutsche Gesundheitsregionen e. V.

»Dass es im nördlichen Ruhrgebiet bei der Gesundheit spezielle Probleme gibt, ist in der Forschung seit langem bekannt.«

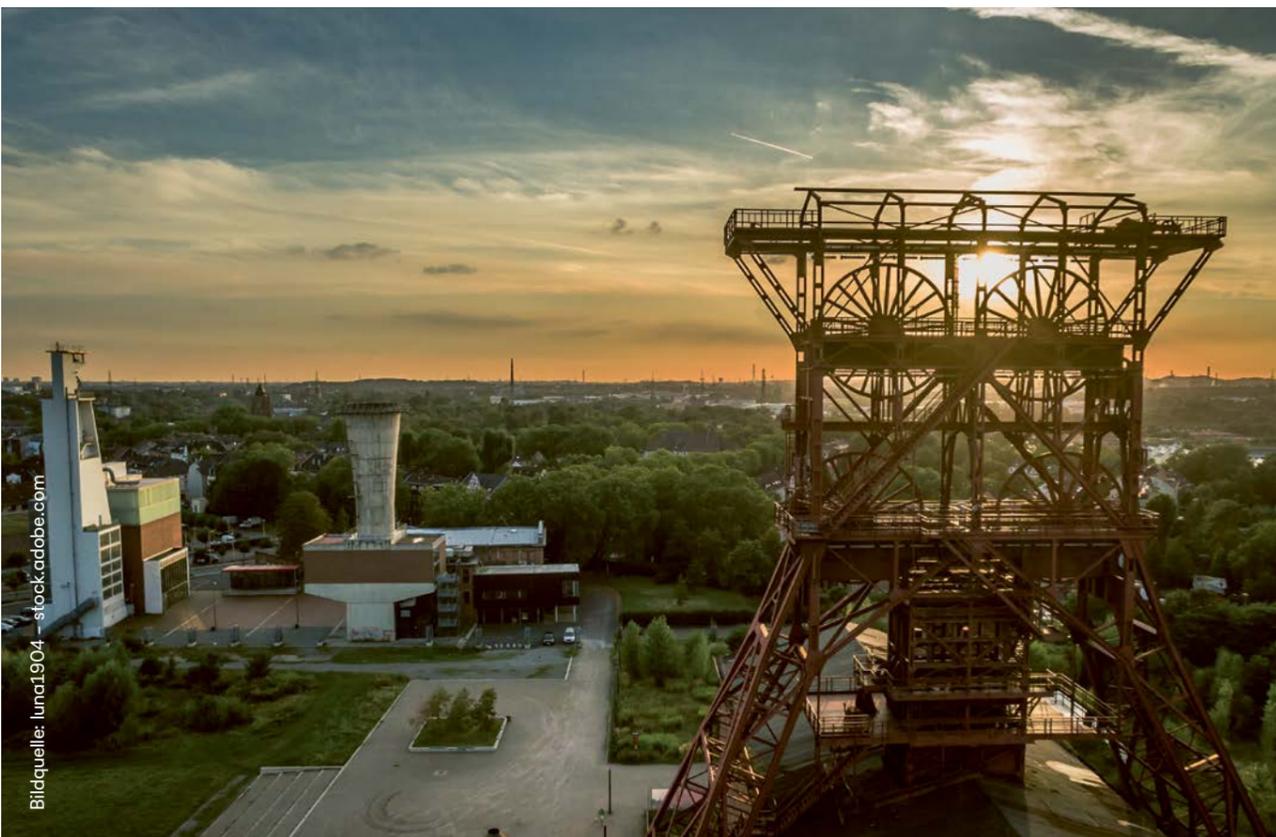
1949

Samstag, den 1. Januar

Oberbürgermeister Geritzmann richtete folgenden Neujahrsgruß an die Bevölkerung :

"Das Jahr 1948 ist zu Ende. Wer wollte behaupten, daß es unserer Arbeiterstadt Gelsenkirchen die Erfüllung aller Wünsche gebracht hätte? Und doch : wir brauchen uns des im abgelaufenen Jahre Geschehenen nicht zu schämen.

Im Kampf gegen die Not der Kriegsoffer und der Flüchtlinge hat die Stadt sich das Verdienst erworben, mit ihren Fürsorgesätzen an der Spitze der nordrhein-westfälischen Großstädte zu stehen.



Bildquelle: luna1904 - stock.adobe.com

Das Ruhrgebiet befindet sich in einem grundlegenden Strukturwandel. Die Gesundheitswirtschaft wird hier in Zukunft eine wesentliche Rolle spielen. Als modernes, zukunftsorientiertes Unternehmen werden wir, wo immer es möglich ist, Beiträge zu diesem Strukturwandel leisten.

Aus dem Markenprofil des EVK

»Im Ruhrgebiet hat es in den letzten Jahren erste Pilotprojekte für eine patientenorientierte Vernetzung gegeben.«

Auch der neue Gesundheitscampus in der Nachbarstadt Bochum ist ein Beleg für die wichtige Rolle der Gesundheitswirtschaft im aktuellen Strukturwandel.



© Bochum Wirtschaftsentwicklung, Jochen Tack

Unsere Chefärztinnen und Chefarzte. Unsere Medizin.

Hochspezialisiert, ganzheitlich, interdisziplinär.



Dr. Norman Hecker
Klinik für Akut- und Notfallmedizin

Hilfe in der Not ist von jeher die Basis der medizinischen Versorgung.

Bereits 1938 schrieb der Chirurg Martin Kirschner: »Der Arzt soll zum Verletzten kommen, nicht aber der Verletzte zum Arzt.« Damals war das ein revolutionärer Gedanke, heute ist es Prinzip: Unsere Klinik organisiert und besetzt das Notarzteinsatzfahrzeug 3 der Stadt Gelsenkirchen, ist damit ein unverzichtbarer Teil der Rettungskette in der Stadt.

Wir orientieren uns an den Standards der universitären Notfallmedizin und sind Vorreiter bei der Digitalisierung im Notfallwesen. Rettungskräfte können zum Beispiel Patientinnen und Patienten bereits am Einsatzort im System des Klinikums digital anmelden. Die Behandlung schwerer Erkrankungen wie Schlaganfälle und Herzinfarkte kann so noch vor Ankunft der Patient:innen organisiert werden.

»Die beste Organisation rettet mehr Leben als das schärfste Messer des Chirurgen.« Dieses Zitat des Chirurgen Nikolai Iwanowitsch Pirogow ist heute genauso gültig wie vor 150 Jahren. Und heute wie früher gilt: Im Notfall sind wir für die Menschen da!

»Der Arzt soll zum Verletzten kommen, nicht aber der Verletzte zum Arzt.«



Prof. Dr. Chris Braumann
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie

Unser Konzept: persönliche Betreuung und Medizin auf höchstem klinischen und wissenschaftlichen Niveau. Mit modernster apparativer Diagnostik und großem klinischen Know-how garantieren wir unseren Patient:innen eine umfassende Behandlung und bieten ihnen Leistungen im gesamten Spektrum unserer Fachdisziplinen an.

Dank hochspezialisierter Versorgungsmöglichkeiten betreuen wir unsere Patientinnen und Patienten auch im Rahmen bösartiger Tumorerkrankungen – zum Beispiel der Bauchspeicheldrüse und des Dickdarms. Dabei legen wir Wert auf ein ganzheitlich geprägtes Therapiekonzept, das auch alternative und ergänzende Behandlungswege umfasst.

Im Mittelpunkt steht immer die leitliniengerechte Behandlung. Dabei ist es uns wichtig, die individuellen Bedürfnisse unserer Patient:innen zu beachten und die Therapie in unserem Haus so angenehm wie möglich zu gestalten.

Menschliche Wärme bei höchstem medizinischen Anspruch – das ist es, was die Patientinnen und Patienten heute von einem guten Gesundheitssystem erwarten können.

»Menschliche Wärme bei höchstem medizinischen Anspruch – das ist es, was die Patientinnen und Patienten heute von einem guten Gesundheitssystem erwarten können.«



Dr. Matthias Föcking
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

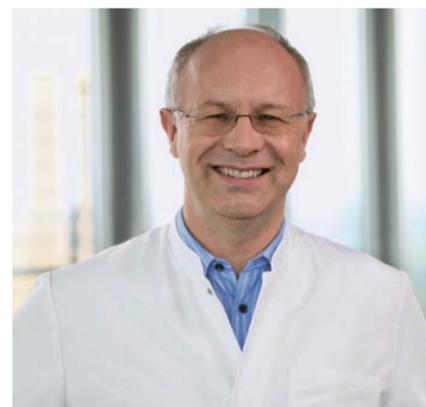
Anästhesie gilt noch immer als »junges Fach«, in unserer Klinik gibt es sie als eigenständige Abteilung aber schon seit 1961.

Das Team der Anästhesie betreut Patientinnen und Patienten vor, während und nach einer Operation, in der intensivmedizinischen Behandlung, während der Akutschmerztherapie sowie in der Notfallmedizin. Dabei hat sich die Anästhesie in den letzten Jahren zunehmend zu einem mehrdimensionalen Fach entwickelt. So gehört heute auch die Begleitung von Patientinnen und Patienten am Lebensende zu dieser medizinischen Disziplin.

Offenheit für innovative Anästhesieverfahren und neueste technische Überwachungsmöglichkeiten, die elektronische Patientenakte und ein digitales Datenmanagement auf der Intensivstation: All das legt den Grundstein dafür, dass die Menschen in unserer Region am medizinischen und technologischen Fortschritt teilhaben können.

Allerdings: Ohne qualifizierte und begeisterte Menschen wird dieser Fortschritt nicht machbar sein. Wir unterstützen daher als Lehrkrankenhaus mit großem Engagement die Entwicklung unserer jungen Kolleginnen und Kollegen.

»Wir unterstützen als Lehrkrankenhaus mit großem Engagement die Entwicklung unserer jungen Kolleginnen und Kollegen.«



Dr. Jörn-Eike Scholle
Klinik für Gastroenterologie, Diabetologie und allgemeine Innere Medizin

Gastroenterologie und Diabetologie haben sich in den letzten Jahrzehnten enorm weiterentwickelt. Das Herausschneiden von bösartigen Tumoren, die Anlage von Ableitungen in verschiedenen Körperhöhlen und die Erweiterung von Engen im Darm, Magen oder Gallengang wurden vor Jahren noch rein chirurgisch praktiziert. Heute sind diese Eingriffe im milden Dämmer Schlaf mit dem Endoskop möglich. Trotzdem ist die Behandlung dieser Erkrankungen komplex und bedarf einer engmaschigen Abstimmung mit der Chirurgie.

Ähnlich bahnbrechend sind die Veränderungen in der Diabetologie: So wurden lebensverlängernde Medikamente in Tabletten- oder Spritzenform entwickelt. Automatische Messgeräte ohne lästiges Blutabnehmen bestimmen Blutzuckerwerte sehr genau und können an die Steuerung von Insulinpumpen (nahezu autonom) gekoppelt werden.

Wir gehen gerne diese Wege – weil sie interessant, herausfordernd, innovativ und für unsere Patient:innen gewinnbringend sind. Medizin macht einfach Spaß, wenn die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch Innovationen immer besser wird.

»Medizin macht einfach Spaß, wenn die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch Innovationen immer besser wird.«



Jan-Erik Junker
Klinik für Gynäkologie

Zu den großen Fortschritten unserer Medizin gehört das seit Ende der 1980er Jahre etablierte minimalinvasive Operieren. Auch im Bereich der Gynäkologie hat diese bemerkenswerte Technologie zu erheblichen Erleichterungen für die Patientinnen beigetragen – bei vielen Operationen wurden große Schnitte verzichtbar, was zu schnellerer Wundheilung und Genesung beiträgt.

Heute werden bei uns auch komplexe gynäkologische Befunde minimalinvasiv operiert – die zum Beispiel durch vorausgegangene Operationen, große Gebärmütter oder durch Darm- und Blasenbeteiligung entstanden sind. Übrigens durchweg von Fach-, zumeist auch von Oberärztinnen und Oberärzten.

Die Anzahl erforderlicher Gebärmutterentfernungen per Bauchschnitt liegt in unserer Klinik deutlich unter fünf Prozent. Wenn wir mit einer minimalinvasiven Operation begonnen haben, müssen wir in ebenfalls weniger als fünf Prozent der Fälle auf herkömmliche Operationsverfahren wechseln.

Dies ist nur eines der vielen Beispiele, wie medizinischer Fortschritt und ärztliches Können in stetig steigendem Maße den Menschen zugutekommt.

»Zu den großen Fortschritten unserer Medizin gehört das minimalinvasive Operieren.«



Dr. Marc Hemeier
Klinik für Hämatologie und Medizinische Onkologie

Bei der Behandlung von Blut- und Krebserkrankungen ist der medizinische Fortschritt in rasantem Tempo zu beobachten. Es ist außerordentlich spannend, diese Entwicklungen zu begleiten und daraus bessere Behandlungsoptionen für Patientinnen und Patienten abzuleiten. Immer mehr Tumorarten können diagnostiziert und von der Hämatologie und Onkologie im Zusammenspiel mit weiteren Fachärztinnen und -ärzten behandelt werden.

Solche Interdisziplinarität bedarf des vertrauensvollen Miteinanders. Das gilt nicht nur für das Teamplay der verschiedenen fachärztlichen Disziplinen. Kolleginnen und Kollegen aus der Pflege, Seelsorge, Sozialmedizin, Psychoonkologie, Komplementärmedizin oder Physiotherapie müssen heute auf Augenhöhe zusammenwirken, um den Fortschritt für den einzelnen Menschen wirksam werden zu lassen.

Dies alles geschieht bei uns in warmerherziger Atmosphäre – denn das Gebot des vertrauensvollen Miteinanders gilt vor allem für den täglichen Umgang mit den Menschen, die von Krebsleiden betroffen und fast immer tief verunsichert sind.

»Interdisziplinarität bedarf des vertrauensvollen Miteinanders.«



Dr. Brunhild Wissuwa
Klinik für Geriatrie

Eine immer älter werdende Gesellschaft stellt eine große Herausforderung auch für das Gesundheitswesen dar.

Der ältere, mehrfach erkrankte (geriatrische) Patient bedarf einer ganzheitlichen Behandlung, die neben den körperlichen Leiden auch seelische, soziale und spirituelle Aspekte einbezieht.

Hierzu ist Teamarbeit gefragt. Mit seiner Klinik für Geriatrie stellt sich das Evangelische Klinikum Gelsenkirchen dieser Herausforderung seit vielen Jahren.

In einer fächerübergreifenden Versorgung durch besonders qualifiziertes Personal im Bereich Pflege, Therapie, Medizin, Sozialdienst und Seelsorge entwickeln wir unsere ganzheitliche Sicht auf ältere Patientinnen und Patienten und ihre Bedürfnisse immer weiter fort.

Daraus erwachsen Erkenntnisse über zukünftige Handlungsfelder in den Disziplinen Alterstraumatologie, Gerontopsychiatrie oder auch Neurogeriatrie.

Die Babyboomer kommen in die Jahre, also gehen wir es gemeinsam an!

»Die Babyboomer kommen in die Jahre, also gehen wir es gemeinsam an!«

150 Jahre EVK.

Gründung, Krisen, Veränderungen. 150 Jahre für die Menschen.

1871

30.6.1871: Der Grundstein wurde gelegt. Der Bau des Hauses wurde ausschließlich durch Spenden finanziert.

1872

Inbetriebnahme des Evangelischen Krankenhauses mit 92 Betten und nur beschränkten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten aufgrund bescheidener finanzieller Mittel.

1892

Neubau mit 162 Betten an der heutigen Robert-Koch-Straße → Musterkrankenhaus von überregionaler Bedeutung (moderne Einrichtung, großzügige Raumaufteilung).

1912

Bau eines Isolierhauses wegen des starken Anstiegs der Infektionskrankheiten.

1926–1939

Die Röntgenabteilung wurde mit den neuesten technischen Geräten ausgestattet. Die Bettenkapazität erhöhte sich auf 500 Betten. Ebenso wurde ein eigenes Labor eingerichtet.

Im 2. Weltkrieg wurde das Haus völlig zerstört.

1944

Evakuierung nach Coesfeld und später nach Darfeld.

1945

Der Betrieb in Gelsenkirchen wurde im Hochbunker in der Arminstraße in Form eines Notkrankenhauses wieder aufgenommen.

1948

Wiederaufbau mit der Unterstützung schwedischer Freunde.

1968

Umsiedlung in einen vollständigen Neubau. Durch zahlreiche An- und Umbauten bis in die heutige Zeit erfolgte eine stetige Anpassung an die zeitgemäßen Erfordernisse. Hierzu zählen unter anderem der Neubau einer Apotheke, einer Kapelle, einer Cafeteria und Tagesklinik, der Ausbau der Psychiatrischen Abteilung und die Installation einer Stroke Unit.

1997

Feierlichkeiten zum 125-jährigen Bestehen.

1.12.1999

Inbetriebnahme der neu erbauten Intensivpflegereinheit.

6.12.1999

Änderung der Rechtsform in eine GmbH, Gesellschafter: Evangelische Kirchengemeinde Gelsenkirchen, Umfirmierung in Evangelische Kliniken Gelsenkirchen, Handelsregistereintragung 9.2.2000.

1871–1892

1912–1944

1945–1948

1968

1989–1993

1995–1999

1872



1945



1968



1945–1947



1989



Ursula Lehr (CDU)

§ Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG)

1993



Horst Seehofer (CSU)

§ Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)

1995

§ Bundespflegesatzverordnung

1997

§ Beitragsentlastungsgesetz
§ 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. NOG)

1999



Andrea Fischer (Grüne)

§ GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG)

2.4.2003

Wechsel des Gesellschafters: Diakoniewerk Gelsenkirchen und Wattenscheid e. V.

2004

Inbetriebnahme der neu erbauten Liegandanfahrt und des neuen Operationstraktes.

2005

Inbetriebnahme des Parkhauses.

2000-2005

2006-2010

2012-2013

2014-2016

2017-2019

2020-2022

2012

Einweihung des MVZ – Medizinischen Versorgungszentrums.

2013

Einrichtung der Klinik für Schmerztherapie und Palliativmedizin.

2014

Einrichtung der Klinik für Innere Medizin III – Geriatrie.

2015

Gründung einer Holding GmbH: Diakoniewerksverbund Gelsenkirchen und Wattenscheid GmbH.

2016

Einrichtung der Klinik für Innere Medizin II – Hämatookologie.

2017

Einrichtung der Klinik für Akut- und Notfallmedizin.

2019

Einrichtung des Departments für Kardiologie der Klinik für Innere Medizin I.

2020

Aufbau der neurologischen Frührehabilitation.

2022

Aus dem Department für Kardiologie wird eine eigenständige Klinik.

Das EVK wird vom F.A.Z. Institut als eines der besten Krankenhäuser Deutschlands ausgezeichnet.

2000

§ Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000)

2002



Ulla Schmidt (SPD)

§ Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG)

2004

§ GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)

§ 2. Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG)

2006

§ Gesetz für mehr Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG)

2007

§ Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG)

2009



Philipp Rösler (FDP)

§ Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)

§ Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

2010

§ Gesetz zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-ÄndG)

2011



Daniel Bahr (FDP)

§ Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)

2012

§ GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)

§ Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG)

2013



Hermann Gröhe (CDU)

§ Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Beitragsschuldenentlastungsgesetz – KVBeitrSchG)

2014

§ Vierzehntes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (14. SGB-V-Änderungsgesetz)

2015

§ GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG)

§ GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

§ Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

2016

§ Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)

2017

§ Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

§ Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten

2019



Jens Spahn (CDU)

§ Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)

§ Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

2020

§ Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz)

§ Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgungsgesetz – DVG)

2021



Karl Lauterbach (SPD)

§ Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz – DVPMG)

§ Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)

§ Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungswertentwicklungsgesetz – GVWG)

Bildnachweise Ministerinnen und Minister:

IMAGO/sepp spiegel
IMAGO/Rainer Unkel
IMAGO/Sven Simon
IMAGO/photothek
IMAGO/biky
IMAGO/Future Image
IMAGO/Lars Berg
IMAGO/Jens Schicke

Unsere Chefärztinnen und Chefarzte. Unsere Medizin.

Hochspezialisiert, ganzheitlich, interdisziplinär.



Priv.-Doz. Dr. Judith Wagner
Klinik für Neurologie und Frührehabilitation

Die Möglichkeiten und Herausforderungen der Neurologie haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten grundlegend gewandelt. Dies betrifft vor allem die Akutneurologie. Vielen Schlaganfallpatientinnen und -patienten kann heute durch medikamentöse oder mechanische Beseitigung des ursächlichen Blutgerinnsels eine schwere Behinderung erspart bleiben.

Dies erfordert die Sensibilisierung der Bevölkerung für Schlaganfallsymptome und die Dringlichkeit ihrer Behandlung. Auch bei den chronischen neurologischen Erkrankungen sehen wir drastische Entwicklungen, die zum Beispiel für die Multiple Sklerose zu einem Paradigmenwechsel geführt haben: Nicht mehr Schubreduktion, sondern gänzliche Abwesenheit von Krankheitsaktivität ist erklärtes Therapieziel. Weitere Therapeutika mit neuen Wirkmechanismen werden dies künftig einer noch größeren Patientengruppe ermöglichen.

Um Menschen mit dem breiten Spektrum akuter und chronischer neurologischer Erkrankungen optimal zu versorgen, sind fachbereichs- und berufsgruppenübergreifendes Arbeiten, ein hohes fachliches Know-how und somit eine exzellente Ausbildung zukünftiger Neurologinnen und Neurologen unabdingbar.

»Die Möglichkeiten und Herausforderungen der Neurologie haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten grundlegend gewandelt.«



Dr. Stephan Busse
Klinik für Kardiologie

Die moderne Kardiologie steht in Zukunft vor großen Herausforderungen: Die Menschen in Deutschland werden immer älter, Herzerkrankungen nehmen zu. Vor allem im Bereich der koronaren Herzerkrankung, der Herzklappenfehler und der Herzrhythmusstörungen werden immer komplexere Diagnostikmethoden und Therapien erforderlich.

Ältere Patientinnen und Patienten und solche mit mehreren Krankheiten verlangen nach schonenden Therapien. Daher ist es unsere Aufgabe, ihnen möglichst gering belastende Therapieoptionen anzubieten. Sofern die Schwere der Erkrankung es zulässt, stützen wir uns auf die Verfahren der interventionellen Kardiologie – also minimalinvasive Eingriffe – und vermeiden große Herzoperationen.

Wir sind personell und apparativ sehr gut aufgestellt, um auch in Zukunft eine gute Diagnostik und Behandlungen am Puls der Zeit durchzuführen.

»Wir sind sehr gut aufgestellt, um auch in Zukunft eine gute Diagnostik und Behandlungen am Puls der Zeit durchzuführen.«



Dr. Ulf Laufer
Klinik für Radiologie

Die diagnostische und interventionelle Radiologie und Nuklearmedizin ist ein Querschnittsfach, auf das sich viele weitere medizinische Disziplinen stützen. Wir sind frühe Vertreter der immer wichtigeren Interdisziplinarität in der Medizin.

Unsere Vielfalt wird nicht nur durch zahlreiche Routineuntersuchungen deutlich, sondern vor allem auch durch hochspezialisierte Maßnahmen, wie wir sie bei uns praktizieren – zum Beispiel für onkologische Eingriffe, für Gefäßöffnungen an der Halsschlagader, für die Thrombektomie im Gehirn bei schwerem Schlaganfall, zur Behandlung von Lebermetastasen und vielem mehr.

Diese Bandbreite an Möglichkeiten wird durch den raschen technologischen Fortschritt verstärkt.

Während beispielsweise bis vor kurzer Zeit für Herzuntersuchungen Katheter in die Gefäße der Patientinnen und Patienten eingeführt werden mussten, gehört die Zukunft der Herzdiagnostik dem Kardio-CT, das schonende Untersuchungen und schnelle Ergebnisse gewährleistet.

Beides pflegen wir in unserer Klinik: erstklassige technologische Ausstattung und gutes Zusammenwirken der medizinischen Expertinnen und Experten.

»Beides pflegen wir in unserer Klinik: erstklassige technologische Ausstattung und gutes Zusammenwirken der medizinischen Expertinnen und Experten.«



Dr. Stephan Schmidt
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

»Gelenkerhalt vor Gelenkersatz« – dieser wichtige Leitsatz erzählt viel über den Fortschritt in der Orthopädie. In unserer Klinik folgen wir ihm konsequent. Insbesondere am Hüft- und Kniegelenk kann heute in vielen Fällen ein künstlicher Gelenkersatz für viele Jahre verhindert werden. Möglich wird das durch unsere hohe Spezialisierung auf komplexe Korrektoreingriffe, wie zum Beispiel eine Dreifachbeckenumstellung.

Ist die Implantation eines künstlichen Gelenks nicht mehr zu vermeiden, bietet unsere Klinik den Patientinnen und Patienten das komplette Spektrum der Primär- und Wechselendoprothetik an. Mit der roboterassistierten Implantation von Knieendoprothesen (CORI-System) verfügen wir zudem über die neueste Technik, um ein optimales Ergebnis erzielen zu können. Wir gehören hier zu den Vorreitern auf diesem Gebiet.

»Gelenkerhalt vor Gelenkersatz.«



Dr. Jutta Schröder
Klinik für Schmerztherapie und
Palliativmedizin

Der Wunsch, Schmerzen zu lindern und den Einzelnen gut behütet bis in den Tod zu begleiten, ist so alt wie die Menschheit. Schmerztherapie und Palliativmedizin sind jedoch erst seit einigen Jahren eigenständige wissenschaftliche Bereiche.

Die Schmerzen chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten sind oft körperlich und zum Beispiel durch Verschleiß und chronische Grunderkrankungen verursacht. Beim genauen Zuhören erfahren wir aber meist auch von persönlichen, beruflichen oder finanziellen Sorgen. Angesichts der unterschiedlichen Ursachen der Beschwerden bieten unsere fachübergreifenden Teams den Patientinnen und Patienten vielfältige, individuell angepasste Therapien an. Verschiedene Medikamente, Entspannungsübungen, transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS), Ernährungsberatung, Ergo- und Physiotherapie, naturheilkundliche Ansätze und Hypnose sind Aspekte dieses Behandlungsspektrums.

Gemeinsames Ziel der Therapien sind lösungsorientierte kleine Schritte. Es klappt oft nicht, vollständig schmerzfrei zu werden. Was uns aber häufig gelingt: den Patientinnen und Patienten Freude am Leben zurückzugeben.

»Was uns häufig gelingt: den Patientinnen und Patienten Freude am Leben zurückzugeben.«



Prof. Dr. Peer Abilgaard
Klinik für Seelische Gesundheit

Körper und Geist sind untrennbar miteinander verbunden. Die Naturwissenschaften haben diese These in den letzten hundert Jahren eindrucksvoll belegt. Moderne Medizin wird dieser ganzheitlichen Sicht durch psychiatrische und psychotherapeutische Therapien und den Bereich der Psychosomatik gerecht.

Gleichzeitig wird die Körpermedizin zunehmend psychologischer. Krebserkrankungen werden heute immer auch psychoonkologisch behandelt, Schmerztherapie bezieht die Psychotherapie regelmäßig ein.

Fast jede und jeder Hilfesuchende hat auch Angst: Angst vor dem Ausgang der Erkrankung. Angst davor, was im Krankenhaus mit ihr oder ihm passiert. Dem lässt sich begegnen: durch Freundlichkeit der behandelnden Teams und stetem Erklären.

Patient:innen, die auf diese Weise informiert und behandelt werden, haben messbar eine stabilere Immunsituation und zeigen günstigere Heilungsverläufe.

Das ist moderne Medizin: Therapie auf höchstem wissenschaftlichen Niveau gepaart mit einer freundlichen und einfühlenden Grundhaltung.

»Fast jede und jeder Hilfesuchende hat auch Angst. Dem lässt sich begegnen.«



Dr. Abdallah Abdallah
Klinik für Senologie
Brustzentrum Ruhrgebiet

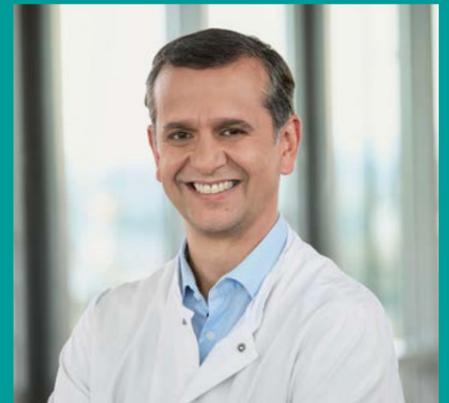
Die Patientinnen, die uns aufsuchen, befinden sich in extrem belastenden und angstbesetzten Situationen. Wir möchten diesen Frauen helfen – mit allen verfügbaren Mitteln und all unserer Kraft.

Das Team der Senologie möchte neue Wege zeigen, Türen öffnen und die Patientinnen auf ihrem schwierigen Weg begleiten. Dafür arbeiten Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte sowie Psychoonkologinnen und -onkologen eng zusammen: von der ersten Vorstellung in der Ambulanz über die Entlassung bis hin zur Nachbetreuung. Diese Philosophie wird von allen gelebt, den Patientinnen mitgegeben und nicht zuletzt von unserem Förderverein unterstützt.

Der Schlüssel: Patientinnen werden bei uns operiert und danach nicht alleine gelassen. Für jede Patientin entwickelt das Team ein individuelles Therapiekonzept inklusive individueller Begleitung. Das macht nicht nur das Team stark, es gibt den Patientinnen auch Sicherheit.

Hand in Hand mit dem Pflegepersonal versorgt das Ärzteteam die Krebspatientinnen. Erst die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der Pflege – von Anfang an – stärkt den Patientinnen den Rücken und sorgt für einen guten Therapieverlauf.

»Wir möchten den Frauen helfen – mit allen verfügbaren Mitteln und all unserer Kraft.«



Dr. Rodrigo Hepp de los Rios
Klinik für Strahlentherapie

Wir behandeln Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen, aber auch solche mit gutartigen Leiden wie zum Beispiel Arthrosen oder Sehnenentzündungen.

Unsere Geräteausstattung ist technologisch hochanspruchsvoll und ermöglicht gezielte und auch schonende Behandlungen – wo immer es möglich ist. Diese führen wir in enger Kooperation mit den übrigen Abteilungen durch. Moderne Medizin ist interdisziplinär, und die Wege im Evangelischen Klinikum sind kurz.

Dank multidisziplinärer Zusammenarbeit werden auch Palliativpatientinnen und -patienten umfassend versorgt: fachärztlich, schmerztherapeutisch, physiotherapeutisch, psychoonkologisch, seelsorgerisch und durch den Sozialdienst. Auch und gerade bei schweren Erkrankungen gilt: Patientinnen und Patienten müssen sich auf eine Behandlung nach dem neuesten Stand der Wissenschaft und Technik verlassen können. Und sich im angenehmen Therapieumfeld des Evangelischen Klinikums auch gut aufgehoben und wohlfühlen. Das ist unser Ziel!

»Moderne Medizin ist interdisziplinär, und die Wege im Evangelischen Klinikum sind kurz.«

1922

50-JÄHRIGES JUBILÄUM

»Noch eines Ereignisses aus dem Jahr 1912 ist zu gedenken. Die Diakonissenanstalt Sarepta kündigte uns plötzlich die Schwesternschaft. Es geschah wohl in der Absicht, dem Ravensberger Lande, das der Anstalt die größte Zahl junger Mädchen schickt, auch vor allem Schwestern zukommen zu lassen, die Gemeinden der Mark und des Siegerlandes mit Schwestern des Wittener Hauses zu besetzen ... Es war aber nicht so leicht, von Witten Ersatz von Schwestern zu erhalten ...«

1958

REDE DES KRANKENHAUSVORSTANDS WALTER DREBES
ZUR VERABSCHIEDUNG VON OBERIN SELMA

2. Okt. 1958

Liebe Schwester Selma!

Im Mai ds. Js. waren es 20 Jahre, dass Sie im Frühjahr 1938 als Oberin in unser Evgl. Krankenhaus eintraten. Ein Jahr später brach der 2. Weltkrieg aus, der das Krankenhaus vor besonders schwierige, fast unlösbare Aufgaben stellte. Es waren im Hause Luftschutzkeller eingerichtet, die die Kranken bei jedem von der Polizei gemeldeten Alarm rechtzeitig aufsuchen mussten. Das hiess für die letzten Jahre, dass die Krankenstationen sich ständig bei Tag und Nacht in Alarmzustand befanden und die Kranken den weitaus grössten Teil des Tages und der Nacht in den Kellern zubringen mussten.

Gerade Sie als Oberin haben diese Arbeit mit äusserster Anstrengung unter Einsatz Ihrer ganzen Person meistern müssen und können. Die ständige Einsatzbereitschaft des ganzen Hauses bei Fliegeralarm, vom Dach bis zum Keller hin, kann nur derjenige in dem Umfang der Verantwortlichkeit auch für die Oberin beurteilen, der sie selbst Jahre hindurch erlebt hat. Das Krankenhaus selbst war bis November 1944 in Betrieb und auch ständig gut belegt, hauptsächlich durch die Betriebsunfälle und Verletzungen infolge Kriegseinwirkung.

Dass kein Patient im Krankenhaus während des ganzen Krieges verletzt wurde, ist nächst der gnädigen Bewahrung unseres Gottes der Umsicht der Oberin und des Pflegepersonals zu verdanken.

1970

FESTSCHRIFT ANLÄSSLICH DES 125-JÄHRIGEN
JUBILÄUMS UND »PROTOKOLL VOM 2.4.1970«

»Die Nachwuchsschwierigkeiten im Pflegebereich blieben eine dauernde Sorge, die Bemühung um Abhilfe wurden der veränderten Lebenssituation der jungen Generation angepaßt: »Die Möglichkeiten einer Werbung für den Pflegeberuf in den Autokinos Gelsenkirchen und Wattenscheid wurde diskutiert.« ...«

Pflege braucht Perspektiven.

Andreas Westerfellhaus



Dr. h. c. Andreas Westerfellhaus,
Staatssekretär a. D.

Ausgebildeter Intensivpfleger. Unter Bundesgesundheitsminister Jens Spahn bekleidete er das Amt des Pflegebeauftragten der Bundesregierung im Rang eines Staatssekretärs. Zuvor war er lange Zeit Präsident des Deutschen Pflegerats e. V.

Das EVK bedankt sich für diesen engagierten Gastbeitrag, mit dem wir ein Zeichen setzen wollen. Pflege braucht Perspektive, dem stellen wir uns.

Für die Pflegeberufe muss sich etwas verändern. Das wissen wir seit vielen Jahren – aber die Coronapandemie hat den Druck, wie überall im Gesundheitswesen, deutlich verstärkt. Es muss sich jetzt etwas tun, denn wir laufen den Entwicklungen bereits lange hinterher. Dabei sind die Pflegeberufe nicht unattraktiv: Es gibt so viele Bewerbungen und Auszubildende in den Pflegeberufen wie nie zuvor. Unattraktiv sind aber weiterhin die Rahmenbedingungen, unter denen die Menschen in den Pflegeberufen arbeiten. Und dazu gehören viele Dinge: Dienst- und Arbeitszeiten, die nicht zuverlässig geplant werden können, fehlende Personalbemessungssysteme, wenig Berufsaufonomie – um nur einige zu nennen. Dazu kommt ein teilweise erdrückender Personalmangel, der die Bemühungen zur Verbesserung der Situation der Pflegekräfte wieder zunichtemacht. Schon während der Ausbildung zur Pflegefachfrau und zum Pflegefachmann merken die Auszubildenden, dass da zu wenige sind, die sie anleiten und begleiten.

Es ist eine Illusion, dass bis 2030, 2040 oder 2050 eine halbe Million neuer Pflegekräfte gewonnen werden kann. Mit den vorhandenen Pflegefachkräften, mit den Pflegehelferinnen und -helfern, mit den Alten- und Krankenpflegerinnen und -pflegern, mit den weiteren Ressourcen, muss besser umgegangen werden. Aufgaben müssen anders verteilt werden: Wir brauchen ein interprofessionelles, intersektorales Zusammenarbeiten. Es müssen klar beschriebene Karrieremöglichkeiten für die Pflegekräfte geschaffen werden.

Wie und mit welchen Maßnahmen können wir Menschen im Beruf halten? Mit verlässlichen Rahmenbedingungen. Und wie können die wieder zurückgewonnen werden, die den Beruf verlassen haben? Mit verlässlichen Rahmenbedingungen!

Eine kürzlich veröffentlichte Studie mit dem Titel »Ich pflege wieder, wenn ...« sieht ein Potenzial von mindestens 300.000 Vollzeitpflegekräften, die durch Rückkehr in den Beruf oder Aufstockung der Arbeitszeit zusätzlich zur Verfügung stehen könnten – sofern sich die Arbeitsbedingungen in der Pflege deutlich verbessern würden.

Als stärkste Motivation für eine Rückkehr in den Beruf beziehungsweise für eine Erhöhung ihrer Arbeitszeit nannten die Befragten dabei eine Personaldecke, die sich am tatsächlichen Bedarf der pflegebedürftigen Menschen ausrichtet. Außerdem wünschen sich Pflegekräfte eine bessere Bezahlung und sichere Arbeitszeiten.

Mehr Zeit für menschliche Zuwendung zu haben, nicht unterbesetzt arbeiten zu müssen und verbindliche Dienstpläne sind weitere zentrale Bedingungen, die die Befragten genannt haben.

Ebenso wünschen sie sich respektvolle Vorgesetzte, einen kollegialen Umgang mit allen Berufsgruppen, mehr auf Augenhöhe sein gegenüber den Ärztinnen und Ärzten, eine vereinfachte Dokumentation und eine bessere Vergütung von Fort- und Weiterbildungen.

Die Herausforderungen des Gesundheitswesens werden wir mit der Berufsgruppe Pflege alleine nicht lösen können – die Pflege existiert nicht im isolierten Raum. Die interprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit muss ganz neu aufgestellt werden, um die Engpässe in der Versorgung zu überwinden. Die Instrumente der letzten Jahrzehnte werden dafür nicht ausreichen – es müssen neue Wege gegangen werden. Allerdings müssen diese nicht neu ge- oder erfunden werden: Vieles ist schon da, nur an der Umsetzung hapert es.

Während des Bestehens der »epidemischen Lage von nationaler Tragweite« war es laut § 5a des Infektionsschutzgesetzes examinierten Pflegefachkräften gestattet, heilkundliche Tätigkeiten eigenverantwortlich auszuüben. Die Substitution ärztlicher Tätigkeiten auf Angehörige der Pflegeberufe wurde also plötzlich – wenn auch vorübergehend – möglich, nach jahrzehntelangen Diskussionen ohne konkrete Ergebnisse. Die Heilkundeübertragungsrichtlinie ist da, um entsprechende Modellvorhaben durchzuführen. Mit dem Pflegeberufegesetz wurden erstmals vorbehaltene Tätigkeiten für Personen mit einer Ausbildung und Berufserlaubnis nach diesem Gesetz eingeführt, was die Berufsaufonomie stärkt. Die notwendigen Schritte sind bekannt, aber die Umsetzungsstrukturen fehlen. Ein Grund dafür ist sicherlich, dass das Thema Pflege in sechs oder sieben Bundesministerien verankert ist – vom Familien- über das Arbeits- und das Wissenschafts- bis hin zum Gesundheitsministerium. Wenn man die Kompetenzen in einem Ministerium bündeln würde, wäre schon eine ganze Menge geschafft.

Das muss kein eigenes Pflegeministerium sein, aber eines für Gesundheit und Pflege wäre schon wünschenswert. Ebenso gehört das Amt der oder des Pflegebevollmächtigten auf- und nicht abgewertet. Das wäre ein deutlich sichtbares Zeichen nach außen gewesen, nur leider ist das nicht passiert.

Essenziell für die Pflegekräfte wird es sein, dass sie die Geschicke des Berufs auch zu einem Teil mit selbstbestimmen. Wie das geht? Indem sie sich organisieren und indem sie bestimmte Stellen besetzen, sowohl in der Politik als auch in ihrer eigenen Berufspolitik – zum Beispiel durch den Aufbau von Kammern oder indem sie Gewerkschaften und Berufsverbände stärken. Wenn ich diese Gestaltung anderen überlasse, dann werde ich immer Teil dessen sein, über das man redet, und nicht der, mit dem man redet.

Ich finde, dass es sich in allen Bereichen, in denen es um die pflegerische Versorgung von Menschen geht, gehört, dass professionelle Pflege mit am Tisch sitzt. Leider hat es in Bezug auf die Pflegekammern Rückschritte gegeben, auch die Politik hat diese oft nur halbherzig unterstützt. Ich appelliere hier deutlich an die Profession: Wenn ihr nicht lernt, euch selbst zu organisieren und zu solidarisieren, wenn ihr intern streitet und euch nicht demokratisch vertreten lasst – sei es in den Ländern, in den Kommunen oder auf Bundesebene – dann wird das Thema Pflege immer Spielball von ganz unterschiedlichen Interessen bleiben.

Die Perspektive für die professionelle Pflege ist klar: Sie ist etwas, das man nur kann, wenn man es gelernt hat. Darauf sollte man stolz sein in dieser Berufsgruppe. Es sind so viele unglaublich interessante Arbeitsgebiete, ob in der Psychiatrie, in der Intensivpflege, in der Onkologie, in der Pädiatrie. Und ich glaube, dass die Gesellschaft mehr denn je erkennt, dass in professioneller Pflege das Lösungskonzept im Zusammenspiel liegt – mit anderen Berufsgruppen wie zum Beispiel den Ärztinnen und Ärzten sowie den Physio- oder den Ergotherapeutinnen und -therapeuten. Und deswegen glaube ich sehr daran, dass genau diese Entscheidung die einzig richtige ist, wenn wir die Herausforderungen der Zukunft meistern wollen. Wir werden keine zusätzlichen 500.000 Pflegekräfte in Deutschland in den nächsten 30 Jahren gewinnen. Das ist utopisch. Aber wenn wir das Zusammenspiel der Professionen anders abbilden, dann wird eine Lösung daraus. Und dann bekommt der Beruf Pflege – Pflegeexpertin, Pflegeexperte, Pflegefachfrau, Pflegefachmann – eine ganz andere Bedeutung und wird damit auch attraktiver. Warum? Weil sichtbar ist und sichtbar wird, dass richtig gute Pflege nur examinierte Pflegekräfte können.

»Wenn ihr nicht lernt, euch selbst zu organisieren und zu solidarisieren, wenn ihr intern streitet und euch nicht demokratisch vertreten lasst, dann wird das Thema Pflege immer Spielball von ganz unterschiedlichen Interessen bleiben.«



Das Diakoniewerk Gelsenkirchen und Wattenscheid

Bernd Naumann

Für die meisten Menschen ist das Diakoniewerk Gelsenkirchen und Wattenscheid alles das, was sie unter dem Logo des Kronenkreuzes identifizieren können: die vielen Pflegeflitzer der Diakoniestationen, das gesamte »diakonische Zentrum« an der Munkelstraße mit dem Klinikum, Seniorenstift und den Beratungsdiensten, die in den einzelnen Stadtteilen bekannten und vertrauten Einrichtungen wie das Wichernhaus, das Kinder- und Jugendhaus, der Mittagstisch in Wattenscheid, die Familienberatung in Buer, sogar die Werkstätten in Beckhausen. All das ist Diakonie, all das ist richtig – aber so einfach ist es trotzdem nicht. Überall, wo Diakonie draufsteht, ist auch Diakonie drin. Das ist gut so, denn es bürgt für ein Menschenbild und eine hohe Professionalität in der Arbeit.

Die Organisation unserer Diakonie ist allerdings doch etwas komplizierter. Das Diakoniewerk Gelsenkirchen und Wattenscheid ist ein Verein. Zugegeben ist er nicht so groß wie der FC Schalke oder die SG Wattenscheid 09, aber ein Verein mit Mitgliedern – keine 150.000, aber immerhin 12. Das sind der Kirchenkreis selbst, die Kirchengemeinden Lukas, Trinitatis, Epiphanius, Christus, Heßler, Emmaus, Apostel und Wattenscheid, der CVJM Gelsenkirchen-City, der Gelsenkirchener Hospizverein und das Evangelische Johanneswerk Herten-Gelsenkirchen. Auch das sind ganz schön viele Mitglieder.

Sie beaufsichtigen den Vorstand und die Arbeit des Vereins, vor allem die Beratungsdienste in der Munkelstraße und ihre über die Städte Gelsenkirchen und Wattenscheid verteilten Dependancen. Die Beratungsdienste heißen nicht nur so, denn sie machen genau das: beraten. Sie beraten Menschen in Notlagen. Das machen sie schon sehr lange, voller Herzblut und sehr professionell. Sie machen das für die Menschen und die Stadt. Denn reich werden kann eine Unternehmung mit diesem Aufgabenfeld nicht. Hauptsächlich werden die Beratungen durch die Kommune refinanziert, nur reicht das nicht aus, um ohne weitere Mittel zu existieren. Neben der Beratung machen wir noch viel mehr, denn wir haben das Ohr immer am Puls der Zeit und ihrer politischen und gesellschaftlichen Entwicklung innerhalb der Kommunen.

Die Herausforderungen für Gelsenkirchen und Wattenscheid liegen bei der Begleitung der überproportional vielen armen und obdachlosen Menschen – bei den Flüchtlingsströmen 2015 oder jetzt gerade. Menschen in Not liegen uns am Herzen, sei es aufgrund wirtschaftlicher Not, sei es aufgrund von Vertreibung, sei es aufgrund von Krieg in ihrer Heimat. Diese Menschen brauchen eine schnelle und unkomplizierte Zuwendung.

»Menschen in Not liegen uns am Herzen, sei es aufgrund wirtschaftlicher Not, sei es aufgrund von Vertreibung, sei es aufgrund von Krieg in ihrer Heimat.«

Dabei ist das Diakoniewerk für unsere Kommunen im Netzwerk mit anderen jederzeit ein verlässlicher und entlastender Partner. Wir können reagieren, wenn die Stadt vor Herausforderungen steht.

Warum wir das so gut können? Weil wir ein hervorragendes Team haben, das sowohl in der Planung als auch in der Durchführung aller Aufgaben und Projekte erfahren, einfallsreich, umsichtig und zuverlässig ist – ohne die aus dem Blick zu verlieren, um die es geht: die hilfsbedürftigen Menschen.

Unser Diakoniewerk ist ein toller Verein. Dessen Erkennungszeichen, das Kronenkreuz, ist blau und weiß. Das versteht sich wohl von selbst, auch wenn es etwas heller leuchtet als königsblau.

Die Stadt braucht das Diakoniewerk. Die Kirche braucht das Diakoniewerk.

Denn ein großer Teil der Aufgaben, die wir übernehmen, wurde früher in den Kirchengemeinden und im Kirchenkreis verantwortet – und ist bei allen Veränderungsprozessen auf dieser Ebene professionell ausgegliedert worden, nicht zuletzt, um die Arbeit langfristig sicherzustellen. Die Diakonie ist unsere praktische Lebensäußerung als Kirche in der Gesellschaft.

Unser Diakoniewerk ist vergleichbar mit der Fußballabteilung eines großen Sportvereins. Diese Abteilung ist oft die Marke und dient der Identifikation – oder auch die Mutter, so wie bei unserer diakonischen Organisationsform. Denn die Einrichtungen, die mit dem Kronenkreuz auch Diakoniewerk Gelsenkirchen und Wattenscheid sind, sind ebenfalls unsere Diakonie vor Ort. Auch wenn sie nicht zum Verein gehören, sondern einen Diakoniewerkverbund gebildet haben. Selbst die freien Einrichtungen wie die Werkstätten in der Braukämperstraße sind Diakonie vor Ort. Warum das so ist, mag kompliziert erscheinen. Vergleichen Sie es mit der Ausgliederung einer Profiabteilung aus dem Gesamtverein in der Bundesliga. Diese ausgegliederte Abteilung bleibt im Verein, gehört zum Verein, arbeitet allerdings strukturell und wirtschaftlich auf einer anderen Ebene.

Wie auch bei den großen Sportvereinen das Vereinslogo alle Abteilungen miteinander verbindet, so verbindet das Kronenkreuz alle Einrichtungen der Diakonie unter einem Geist und mit einem Ziel: der Dienst an allen Menschen, die Hilfe brauchen.



Pfarrer Bernd Naumann
Vorsitzender des Verwaltungsrats

Das Kronenkreuz: Geschichte einer Marke

Benjamin Brinkmann

Anfang der 1920er Jahre befindet sich die Weimarer Republik in einer wirtschaftlichen Nachkriegskrise. Die Zeit ist geprägt von Hyperinflation, Armut und sozialer Not. Die Innere Mission wirkt aktiv an der sozialstaatlichen Ausgestaltung für die Menschen mit. Sie wurde bereits 75 Jahre zuvor als kirchliche Reaktion auf die große soziale Frage im 19. Jahrhundert gegründet. Später etabliert sich die Innere Mission als ein wichtiger Teil unseres Sozialsystems.

1925: Die Innere Mission erhält ein Signet

Um die Innere Mission und ihre verzweigte Arbeit in der Öffentlichkeit bekannter zu machen, stellt man Überlegungen zu einem einheitlichen Erscheinungsbild an. Heute würde man sagen: Die Idee eines Corporate Designs wurde geboren. Hierfür bedarf es eines einfachen, einprägsamen und vielseitig verwendbaren Zeichens. Für die Gestaltung des Logos wird ein Wettbewerb ausgeschrieben.

Aus über 200 Einreichungen wird der Entwurf von Professor Richard Boehland von der Kunstschule Berlin ausgewählt. Der damalige Experte für angewandte Grafik greift in seinem Entwurf auf das Symbol des christlichen Glaubens zurück: das Kreuz. Boehland kombiniert die beiden Anfangsbuchstaben der Inneren Mission – I und M – auf künstlerische Weise. Das I wird in das Kopfstück integriert, das geschwungene M auf der horizontalen Achse des Kreuzes platziert.

Ab 1925 werden alle Verbände gebeten, das Zeichen einzusetzen und an ihren Einrichtungen anzubringen – der erste Schritt in Richtung eines einheitlichen Erscheinungsbilds. Fünf Jahre später wird das Symbol auch vom internationalen Verband für Innere Mission und Diakonie übernommen.

Das Kronenkreuz

Das Symbol erhält erst später seine Bezeichnung »Kronenkreuz«. Es wird interpretiert als ein Zeichen der Ermutigung für alle – für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihren anspruchsvollen Diensten und für die Menschen, die Rat und Hilfe suchen.

1957: Überarbeitung des Kronenkreuzes für das Diakonische Werk in Deutschland

Die Innere Mission und das Hilfswerk schließen sich zum »Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland« zusammen. Sie übernehmen das Kronenkreuz in einer überarbeiteten Form als ihr Symbol.

1960: Das Erscheinungsbild des EVK wandelt sich

Das EVK bekommt in den 1960er Jahren ein neues, eigenes Logo: Symbolisiert werden zwei Personen, von denen sich eine fürsorglich über die andere beugt.

1990: Behandelnde rücken in den Mittelpunkt

In den 1990er Jahren wird das EVK-Logo neu gestaltet. In den visuellen, farblich hervorgehobenen Mittelpunkt rückt die behandelnde Figur.

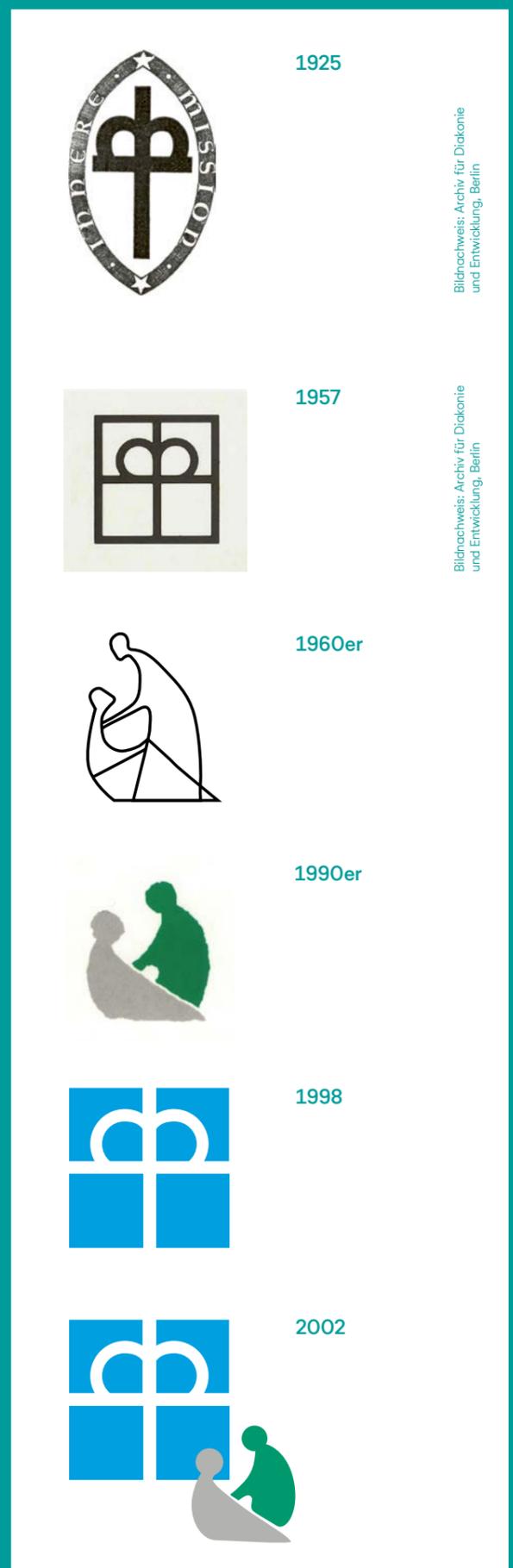
1998: Ein neues Kronenkreuz

Zum 150-jährigen Jubiläum der Diakonie wird das Kronenkreuz modernisiert.

2002: EVK-Logo und Kronenkreuz zusammen

Mit der Gründung des Diakoniewerks Gelsenkirchen und Wattenscheid im Jahr 2002 wird das Evangelische Krankenhaus schließlich in das Diakoniewerk übernommen und das Erscheinungsbild neuerlich überarbeitet: Dem Logo der 1990er Jahre wird nun wieder das Kronenkreuz zur Seite gestellt.

Das Kronenkreuz als Marke hat im Lauf des 20. Jahrhunderts eine erhebliche Entwicklung durchgemacht. Die Zeit war geprägt von Krisen, Unsicherheit und gesellschaftlichen Veränderungen. Eine Zeit, in der das Kronenkreuz vielen Menschen Halt gab. Denn seine ursprüngliche Intention und seine grundlegende Form sind zeitlos.



2022: Für Dich. Deine Gesundheit. Dein Leben. Der neue Auftritt des Evangelischen Klinikums Gelsenkirchen.

Die Wichtigkeit einer unverwechselbaren Marke

In der heutigen Mediengesellschaft strömen immer mehr Informationen auf uns ein. Wir sind umgeben von Marken. Um als Unternehmen wiedererkannt zu werden, ist ein einheitliches Auftreten notwendig. Denn erst durch ein konsistentes Erscheinungsbild wird ein Unternehmen unverwechselbar und kann sich im Wettbewerb um Kundinnen und Kunden sowie Talente abheben. Eine einheitliche Gestaltung erhöht den Wiedererkennungswert. Sie schafft Vertrauen nach innen und außen. Plus: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter identifizieren sich stärker mit ihrem Unternehmen.

Einheitliche Gestaltung heißt aber nicht Gleichmacherei. Die Welt und die Bedürfnisse der Menschen verändern sich. Unternehmen sind geprägt von Individuen, und ein modernes Erscheinungsbild sollte darauf reagieren. Es bedarf also einer prägenden visuellen Sprache, die eine Zusammengehörigkeit erkennen lässt, gleichzeitig aber Spielraum – im wahren Sinne – für Individualität ermöglicht.

Die Evolution der Marke EVK

Nach 20 Jahren war dringend eine Veränderung des visuellen Erscheinungsbilds notwendig. Anlässlich des 150. Geburtstags hat sich das EVK auf den Weg gemacht, ein neues Corporate Design zu entwickeln, das auf die heutigen Herausforderungen reagiert. Die neue Marke des EVK ist eine Evolution: Tradition und Herkunft werden nicht verschwiegen. Ganz im Gegenteil: Das Kronenkreuz wird in seiner reinen Form souverän als Symbol der Diakonie positioniert – in einem umschließenden, Geborgenheit und Ganzheitlichkeit symbolisierenden Kreis. Vertrautes bleibt erhalten und wird in einen neuen visuellen Kontext gesetzt. Eine bestimmte geometrische Form und Konstruktion erinnert an die alte Bildmarke, hebt sich aber selbstbewusst davon ab. Sie verweist damit auf den Mut, den sich das Unternehmen nun buchstäblich auf die Fahnen geschrieben hat.

Die Bildmarke wird fortan durch eine charakteristische und moderne Schrift ergänzt. Sie greift in ihrer geometrischen Konstruktion die Formensprache der Bildmarke auf und korrespondiert mit ihr auf harmonische Weise. Um insgesamt ein modernes, lebendiges und vielfältiges Erscheinungsbild entstehen zu lassen, kommt ein strukturiertes Farbsystem zum Einsatz. Mit ihm werden emotional wirksame Markenakzente gesetzt. Es entsteht ein bunter und freundlicher Klang – so vielfältig wie die mehr als 1.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des EVK. Die Kombination aus Bild, Farbe und Schrift schafft eine unverwechselbare Identität. Vielleicht nicht für die nächsten 150 Jahre. Aber genau richtig für heute: zeitlos, unverkrampft und persönlich.



Benjamin Brinkmann
Leiter Unternehmenskommunikation und Marketing

Seit Mai 2021 Leiter der Stabsstelle Unternehmenskommunikation und Marketing am Evangelischen Klinikum Gelsenkirchen. In seiner Funktion verantwortet er alle Kommunikations- und Marketingmaßnahmen des Klinikums und der weiteren Unternehmen des Diakoniewerks Gelsenkirchen und Wattenscheid.



»Es entsteht ein bunter und freundlicher Klang – so vielfältig wie die mehr als 1.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des EVK.«

**Für Dich.
Deine Gesundheit.
Dein Leben.**