

neue
caritas

Info 2 / Juni 2018

Politik

Notfallversorgung neu
S. 2

Patientensicherheit

Aschermittwochstreffen
2018
S. 4

Jetzt anmelden

CKiD-Jahrestagung
S. 4

kkvd -aktuell

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V.



Der digitale Wandel geht alle an – auch und vor allem Gesundheitseinrichtungen. Der kkvd macht sich auf den Weg.

Liebe Mitglieder des kkvd, unsere Krankenhäuser stehen vor vielfältigen Herausforderungen, die sie für eine zukunfts-feste flächendeckende Versorgung angehen müssen. Digitale Anwendungen helfen, Prozesse zu optimieren, Behandlungsergebnisse elektronisch optimal zu verknüpfen und für verschiedene Anwender verfügbar zu machen.

In Richtung Digitalisierung sind große Schritte erforderlich – auch was die bundesweiten rechtlichen Rahmenbedingungen angeht. Es gibt viele Modelle und Insellösungen, aber bei weitem noch keine umfassende praktikable Lösung, mit der unsere Krankenhausbetreiber verlässlich und datenschutzrechtlich sicher umgehen können.

Jens Spahn, der neue Bundesgesundheitsminister, sieht in diesem Bereich großen Nachholbedarf und hat angekündigt, die Lage bis zum Sommer zunächst zu analysieren – nicht ohne einen Seitenhieb auf die Gematik, die vor mehr als einem Jahrzehnt den Auftrag bekam, eine einheitliche Telematikinfrastruktur (TI) als Grundlage für einen sicheren Austausch medizinischer Daten und Informationen zu errichten (Telematik = Telekommunikation plus Informatik).

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) ist dabei der Schlüssel zur TI. Sie bindet die Versicherten in die elektronische Kommunikation ein. Jetzt, so Jens Spahn, komme es auf sieben Wochen mehr Zeit für eine verlässliche Analyse auch nicht mehr an. Recht hat er, denn

in der Sache ist die TI immer noch die beste Lösung mit der größten Datensicherheit – sofern Patient(inn)en ihre gesammelten Gesundheitsdaten nicht längst unverschlüsselt und breit zugänglich in der Welt von Big Data an Google, Apple und Co. zur Speicherung und Verwertung abgegeben haben. In seinem Ministerium hat Spahn außerdem einen Beauftragten für den digitalen Transformationsprozess angesiedelt. Grundsätzlich wird es vor allem darum gehen, einen schnittstellenkonformen Datentransfer voranzutreiben.

Was bedeutet das für die Krankenhäuser? Es gibt bereits viele katholische Kliniken, die digitale Lösungen eingeführt haben, um Patientendaten elektronisch verfügbar zu machen – beispielsweise in Verbindung mit einem Leitsystem für den Rettungsdienst, das anzeigt, in welchem Krankenhaus in der Nähe Betten frei sind.

Bei den vielen Modellprojekten in der Erprobungsphase handelt es sich um Insellösungen, die noch nicht schnittstellenkonform funktionieren. Der Austausch mit den Haus- und Facharztpraxen beispielsweise scheitert noch zu oft an unterschiedlichen Übertragungs- und Datenformaten. Ungeklärt ist auch der datenschutzrechtliche Aspekt. Der Deutsche Ethikrat hatte in der Vergangenheit darauf hingewirkt, hier plausible Regeln einzuführen. In Dänemark hat man sich des Problems schon entledigt und ein landesweites System eingeführt, das die Daten aller Leistungserbringer verknüpft. Der Pati-

ent hält dabei die Rechte an seiner digitalen Krankenakte.

Der kkvd hat sich zur Aufgabe gemacht, diese Prozesse zu beobachten und zu begleiten und den Austausch über die digitale Transformation anzuregen. Wir möchten unsere Mitglieder dabei im Wissenstransfer zu Pilotprojekten, Gesetzesinitiativen und datenschutzrechtlichen Fragen unterstützen.

In diesem Heft stellen Ihnen digitalaffine Autor(inn)en die vielen Facetten der digitalen Transformation vor, machen darauf aufmerksam, worauf die Krankenhäuser derzeit ihr hauptsächliches Augenmerk haben sollten, und zeigen, mit welchen innovativen digitalen Lösungen unsere Häuser Dokumentations- und Behandlungsprozesse optimieren und Schnittstellenprobleme lösen.

Viel Spaß bei der Lektüre wünscht

Ihre Bernadette Rümmelin



Bernadette Rümmelin
Sprecherin der Geschäftsführung
des kkvd
E-Mail: bernadette.ruemmelin@caritas.de

Politik

Neustrukturierung der Notfallversorgung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im April nach zweijähriger Debatte den umstrittenen Beschluss zu einem gestuften System für die stationäre Notfallversorgung gefasst. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hatte wegen der schwerwiegenden Auswirkungen auf die Krankenhausversorgung gegen den Beschluss gestimmt, der von den Spitzenverbänden von GKV und PKV sowie den Unparteiischen des G-BA getragen wurde.

Der Beschluss legt zukünftig für die Basisstufe der stationären Notfallversorgung die folgenden Strukturmerkmale fest, die als Mindestanforderung von Krankenhäusern vorgehalten werden müssen, die künftig weiterhin an der Notfallversorgung teilnehmen:

- ♦ eine Station für Innere Medizin;
- ♦ eine Station für Chirurgie oder Unfallchirurgie;
- ♦ eine Zentrale Notaufnahme;
- ♦ eine Intensivstation mit sechs Betten, mindestens drei davon als Beatmungsplätze;
- ♦ einen Schockraum;
- ♦ 24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung;
- ♦ spätestens 30 Minuten nach Einlieferung muss ein Facharzt am Klinikbett stehen.

Krankenhäuser, die die Voraussetzungen für den Erhalt von Sicherstellungszuschlägen erfüllen, werden mindestens als Basisnotfallkrankenhäuser eingestuft, um die stationäre Basisversorgung in strukturschwachen Regionen aufrechtzuerhalten. Berücksichtigt werden bei dieser Regel auch spezielle Notfallversorgungsangebote wie die Schwerverletztenversorgung in Traumazentren, Kindernotfallversorgung, die Versorgung von Schlaganfällen sowie die Versorgung von Durchblutungsstörungen am Herzen.

kkvd: G-BA-Entscheidung geht am Bedarf vorbei

Der G-BA war durch den Gesetzgeber beauftragt worden, die unterschiedlichen Vorhaltungen der Krankenhäuser für die stationäre Notfallversorgung zu ermitteln und in einem gestuften System darzustellen. In einem zweiten Schritt dient dieses dann den Selbstverwaltungspartnern als Basis für die Festlegung von Zu- und Abschlägen für die Erbringung stationärer Notfallleistungen. Der kkvd kritisiert, dass im Endergebnis künftig nicht der tatsächliche Bedarf vorhandener Notfalkapazitäten an Krankenhäusern über die (Nicht-) Teilnahme an der Notfallversorgung entscheiden werde, sondern reine Strukturmerkmale. Laut G-BA-Berechnung werden künftig bundesweit 36 Prozent der Kliniken keinen Zuschlag für ihre Notfallbehandlungen bekommen, obwohl es keine verlässliche Aussage über die Qualität in diesen Kliniken gibt, da keine Erhebung über den tat-

sächlichen qualitativen Zustand der stationären Notfallversorgung stattgefunden hat.

Der kkvd hat auch kritisiert, dass in der Debatte die – für die Krankenhäuser defizitäre – ambulante Versorgungsebene undifferenziert mit der stationären Ebene vermischt wurde. Denn die neue Regelung sieht auch vor, dass die Aufnahme von Notfällen ganz überwiegend in einer Zentralen Notaufnahme stattfinden soll und die Kliniken darüber hinaus Kooperationsvereinbarungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu schließen haben.

Ländliche Regionen deutlich schlechter gestellt

Den Verlust verlässlicher Notfallstrukturen vor allem in ländlichen Regionen befürchtet ein großer Teil der älteren Bevölkerung in Deutschland, wie eine Forsa-Umfrage im Auftrag des kkvd 2017 herausfand. Künftig werden Patient(inn)en und Rettungsdienste deutlich längere Wege und Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. Dies betrifft vor allem die ländliche Bevölkerung in negativer Weise. Durch den G-BA-Beschluss sieht der kkvd bisher gut funktionierende regionale Strukturen vor allem auf dem Land gefährdet, da vorhandene Kapazitäten wegfallen und nicht an anderer Stelle aufgebaut werden. Wichtig ist, ein schlüssiges Gesamtkonzept für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Notfallbereich zu erarbeiten.

Der kkvd sieht nun die Länder bei ihrer Krankenhausplanung in der Pflicht, Ausnahmeregelungen einzusetzen: Sie können Krankenhäuser in andere Notfallversorgungskategorien einordnen, wenn sie dies für die Versorgung vor Ort für notwendig erachten. ks

Personalmangel im Krankenhaus

In zahlreichen Kliniken bleiben viele Stellen in der Pflege unbesetzt, insbesondere beim Fachpersonal. Die Politik verfolgt derzeit zwei Strategien, um dem Fachkräftemangel in der Pflege entgegenzuwirken: Zum einen postuliert sie die Schließung von 500 Krankenhäusern, um dem Personalnotstand beizukommen. Zum anderen wurde im Koalitionsvertrag die Ausweitung der Pflegepersonalanzahl auf alle bettenführenden Stationen festgeschrieben. Zumindest eines wird deutlich – die Situation der Pflege steht im Fokus politischen Agierens. Dennoch sind die Lösungsstrategien hinsichtlich des Personalmangels eher fragwürdig.

Spahn sieht dringenden Handlungsbedarf

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn sieht die Pflege als einen wichtigen Schwerpunkt in seiner Amtsperiode. Er will dem Personalmangel mit ausländischen Kräften begegnen. Aus der Opposition gab es dazu teils Zustimmung, während sich Expert(inn)en aus der Praxis eher skeptisch äußerten. In einem Statement der Rheinischen Post sagte Spahn: „Pflegekräfte aus unseren Nachbarländern einzuladen, ist die nächstliegende Option.“

Dabei ist Deutschland bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse von Pflegekräften und Ärzt(inn)en allgemein eher langsam. Auf das Problem hat bereits die Katholische Schule für Gesundheits- und Pflegeberufe Dortmund (Sonderpreisgewinner des kkvd-Sozialpreises 2017, s. kkvd-aktuell 1/2018, S. 5) reagiert und ist mit gutem Beispiel vorangegangen, indem sie in Zusammenarbeit mit dem Landesprüfungsamt Nordrhein-Westfalen ein Curriculum für den theoretischen und praktischen Ausbildungsteil erarbeitet hat. Solche Modelle vereinfachen das Verfahren und ermöglichen eine schnellere Arbeitsaufnahme ausländischer Kräfte.

Insgesamt fehlen nach Angaben der Gewerkschaft Verdi 70.000 Pflegekräfte in Kliniken und in der Altenpflege – 35.000 Kräfte sind es nach Informationen aus dem Bundesgesundheitsministerium. Daraus wird ersichtlich, dass die Problematik des Fachkräftemangels auch innerhalb der Bundesrepublik angepackt werden muss – ausländische Pflegekräfte werden die Besetzungslücken nicht komplett füllen. „Wir sollten nicht anderen Ländern Pflegekräfte wegkaufen, dort fehlen sie auch bereits“, schrieb SPD-Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach bei Twitter.

Wie dem Trend „Fachkräftemangel“ begegnen?

Ein erster Schritt in die richtige Richtung ist das Pflegeberufereformgesetz, womit die Ausbildung zukünftig attraktiver gestaltet werden und für mehr qualifizierte Nachwuchskräfte in der Pflege sorgen soll (vgl. den Themenschwerpunkt der neuen caritas Heft 9/2018). Der kkvd hofft durch die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung auf Rückenwind und steigende Bewerberzahlen, die den Mangel an Pflegekräften langfristig ausgleichen werden. Nur wie sich der erzielte Kompromiss der letzten Regierungskoalition in der Umsetzung auf die Ausbildung auswirken wird, bleibt abzuwarten. Denn trotz eines moderneren Ausbildungssystems bleibt der Beruf der Pflegenden oft ein körperlich und seelisch anstrengender Job. So schaut die Gesundheitsbranche interessiert auf Jens Spahn, der bei seinem Amtsantritt bereits angekündigt, den Pflegeberuf attraktiver machen zu wollen, auch mittels besserer Bezahlung.

Der Ausschuss für Gesundheit hat gleich zu Beginn der Amtsperiode am 18. April 2018 in einer öffentlichen Anhörung zu je zwei Anträgen der Fraktionen Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen eine Vielzahl von Sachverständigen zum Thema Pflegepersonalmangel angehört. Die Anträge zielten darauf ab, die Personalausstattung in der Pflege zu verbessern und damit auch die Arbeitsbedingungen der Fachkräfte. Dazu wird eine verbindliche Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen eingefordert.

Versorgungsqualität hat Priorität

Die Diskussionsbeiträge der Sachverständigen konnten unterschiedlicher nicht sein. Man ist sich einig, dass die Versorgungsqualität oberste Priorität haben muss. Ob dies jedoch durch strikte Personaluntergrenzen gewährleistet werden kann, wird nicht deutlich. Der

kkvd sieht die geplante Ausgestaltung verbindlicher Personaluntergrenzen in den Krankenhäusern – ohne diese an den tatsächlichen Pflegebedarfen der Patienten festzumachen – kritisch. Dazu fehlen bisher noch adäquate, evaluierte Pflegepersonalbemessungsinstrumente. Es steht zu befürchten, dass durch die von Bundesebene pauschal (ausgehandelten) vorgegebenen Personalanhaltszahlen für alle bettenführenden Abteilungen, wie sie der Koalitionsvertrag vorsieht, einfach nur ein neues Strukturdefinitionsinstrument mit entsprechender Nachweispflicht für die Kliniken geschaffen wird, das zu einem überbordenden Maß an Bürokratie führt.

Gute Pflege ist für die zuwendungsorientierte Versorgung kranker Menschen ein zentrales Element und von großer Bedeutung für einen positiven Heilungsprozess. Entscheidend für die Zukunft wird es sein, ausreichend Stellen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen mit gut ausgebildeten und motivierten Fachkräften besetzen zu können. Verbindliche Personaluntergrenzen – je nach Höhe ihrer Festlegung, Berechnung, Anrechnung verschiedener Qualifikationen und Ausgestaltung ihres Nachweises – bergen die Gefahr, dass die unternehmerische Organisationsfreiheit der Krankenhausbetreiber eingeschränkt wird, so dass für Innovationen und eigenständige Lösungen kaum Platz bleibt und neue Möglichkeiten wie der Einsatz digitaler Anwendungen in der Pflege auch behindert werden kann. she

Verband

Spannende Vorträge und Workshops bei der CKiD-Jahrestagung 2018

Am 21./22. Juni 2018 findet in Berlin die nächste Jahrestagung der Christlichen Krankenhäuser in Deutschland (CKiD) statt unter dem Titel: „Christliche Krankenhäuser im Spannungsfeld zwischen Zuwendung und Wirtschaftlichkeit“.

Nach dem Netzwerktreffen Kommunikation für die Expert(inn)en der Unternehmenskommunikation aus christlichen Krankenhäusern beginnt die CKiD-Jahrestagung mit Grußworten und einem Vortrag zur „Gesundheitsversorgung zwischen Ethik und Monetik“ von Professorin Adelheid Kuhlmei. Danach gibt es eine Podiumsdiskussion mit namhaften Expert(inn)en zu „Krankenhauspolitischen Herausforderungen in der 19. Wahlperiode“. Am Abend genießen die Teilnehmenden ein festliches Essen mit der Möglichkeit, der Übertragung der Fußball-Weltmeisterschaft zu folgen.

Am zweiten Tag geht es weiter mit Workshops zu den aktuellen Themen Personaluntergrenzen, Notfallversorgung, Versorgung von Patienten mit besonderen Bedarfen sowie Personalstrategien und Arbeitgeberattraktivität, deren Ergebnisse Professor Jürgen Wasem im Anschluss kommentieren wird. Am 22. Juni endet die CKiD-Jahrestagung nach Mittagessen und Reisesegen.

Per E-Mail an post@heikeseibold.de können Sie sich bei Frau Heike Seibold anmelden. Das ausführliche Programm der Tagung finden Sie auf der Homepage des kkvd (www.kkvd.de).

Schon angemeldet? Attraktive Themen beim CKiD-Netzwerktreffen Kommunikation 2018

Die Diskussion von Best-Practice-Beispielen aus der Unternehmenskommunikation christlicher Kliniken steht im Mittelpunkt des diesjährigen Netzwerktreffens Kommunikation der CKiD mit dem Titel: „Zwischen

Bots, Bits und Bibel: von der Transformation wertorientierter Öffentlichkeitsarbeit für christliche Krankenhäuser“. Es findet am 21. Juni in Berlin am Vormittag des ersten Tages der CKiD-Jahrestagung statt. Im bewährten Format der



Kurzvorstellung eines Projektes mit anschließender Diskussionsrunde werden wir uns mit diesen spannenden Themen beschäftigen:

- ♦ Einsatz von Messenger-Diensten im Recruiting;
- ♦ Filmprojekt zum Wertemanagement;
- ♦ „Jo.Do am Morgen“ – Newsletter für Patienten – serviert mit dem Frühstück;
- ♦ Projekt Nächstenliebe 4.0;
- ♦ Glaube, Liebe und Controlling; oder: Wie messe ich wertorientierte Kommunikation?
- ♦ Mitarbeiter-App DIAKnow! – eine neue Informations- und Kommunikationsplattform für Mitarbeitende.

Für alle Netzwerker(innen), die am Vorabend anreisen, organisieren wir ein Treffen für kollegialen Austausch am Abend des 20. Juni.

Die Teilnahmegebühr von 199 Euro beinhaltet sowohl das CKiD-Netzwerktreffen Kommunikation als auch die Teilnahme an der sich mittags anschließenden eineinhalbtägigen CKiD-Jahrestagung. Auch eine Anmeldung nur für den 21. Juni (Netzwerktreffen und erster Teil der CKiD-Jahrestagung sowie Abendveranstaltung) ist für 100 Euro möglich.

Anmeldung bitte per E-Mail an: post@heikeseibold.de

Aschermittwochstreffen 2018: Patientensicherheit lässt sich noch steigern

Patientensicherheitsmanagement war das Thema des diesjährigen Aschermittwochstreffens der Stiftung Bildung im kkvd. Prof. Dr. Peter Gausmann, renommierter Experte für Patientensicherheit und klinisches Risikomanagement sowie Geschäftsführer der Gesellschaft für Risiko-Beratung Detmold, informierte kurzweilig über die Anfänge der Bemühungen um Patientensicherheit und die umfassenden weiteren Entwicklungen auf diesem Feld. Zum einmal mehr professionell vorbereiteten Jahrestreffen der Stipendiaten, Mitglieder und Förderer der Stiftung Bildung im kkvd waren rund 40 Personen nach Freiburg gekommen, genauer: ins Caritas-Tagungszentrum der Fortbildungs-Akademie des Deutschen Caritasverbandes. Wie immer lief das

Treffen vom Aschermittwoch, dieses Jahr dem 14. Februar, bis zum Freitagmittag. Mit Spannung verfolgten die Teilnehmenden Peter Gausmanns Ausführungen. Den wenigsten war bewusst, wie lange schon und wie international am Thema Patientensicherheitsmanagement gearbeitet wird: von den Anfängen in den USA bis zum heutigen Stand, bei dem Patientensicherheit ein vorrangiges Ziel der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland und ein wichtiges Thema der europäischen Gesundheitspolitik ist. International fordern WHO und OECD Maßnahmen für Patientensicherheit, auf EU-Ebene gibt es Deklarationen und Empfehlungen, und regelmäßig finden internationale Kongresse zum Thema statt. Auf nationaler Ebene gibt es umfangreiche spezialgesetzliche Qualitäts- und Sicherheitsvorgaben (wie etwa im Arzneimittel- und Medizinproduktegesetz, aber auch im Infektionsschutzgesetz) sowie gesetzlich verankerte Verpflichtungen zur Qualitätssicherung. Operationalisiert wird Patientensicherheit hierzulande durch die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit.

Die Patientensicherheit ist also angekommen im Gesundheitswesen; jedes Krankenhaus ist verpflichtet, sich dafür einzusetzen. Ein klinisches Risikomanagement gehöre deshalb zur Pflicht jedes Gesundheitsunternehmens, so Peter Gausmann. Er erläuterte, dass viele Kliniken mittlerweile systematisch Sicherheitsstandards in patientennahen Prozessen eingeführt haben und dass diese ihre Wirkung entfalten. In einigen Hochrisikobereichen nehme die bislang seit vielen Jahren kontinuierlich gestiegene Anzahl der Schadenereignisse in Relation zur Zahl der Behandlungsfälle ab. Man habe zwar in den letzten Jahren sehr viel erreicht, doch trotzdem, appellierte Gausmann, sei noch viel Luft nach oben und jedes Haus gehalten, seine eigene Sicherheitskultur zu entwickeln. Der einfache Leitsatz „It's what you do when nobody is looking“ („Entscheidend ist, was du auch dann tust, wenn keiner hinsieht“) sei dafür eine gute Basis.

Im kkvd-aktuell Heft 1/2018 war Patientensicherheitsmanagement das Schwerpunktthema, unter anderem mit dem Artikel „Patientensicherheit: viel erreicht – und noch viel zu tun“ von Peter Gausmann auf Seite 6.

eca

Thema

Digitale Transformation gemeinsam meistern

Täglich berichten Medien über tiefgreifende Umbrüche, die die Digitalisierung mit sich bringen werde: Autonomes Fahren, künstliche Intelligenz (KI) und Smart Home sind keine reinen Zukunftsszenarien mehr, sondern teilweise schon am Markt. E-Health, digitale Patientenakte, Dr. Watson und DaVinci-Roboter revolutionieren das Gesundheitswesen mit rasender Geschwindigkeit. Nur wer damit Schritt hält und sich an die veränderten Rahmenbedingungen anpasst, wird am Markt langfristig bestehen. Patient(inn)en werden in Situationen, in denen es um die Wiederherstellung ihrer Gesundheit oder die Rettung ihres Lebens geht, den für sie erfolgversprechendsten Weg gehen. Ein Patient wird sich

demnach für denjenigen Anbieter entscheiden, der in der Lage ist, Big-Data oder persönliche Gesundheitsparameter, die durch ein ständig mitgeführtes Gerät (Wearable) gewonnen wurden, ins Diagnoseverfahren oder bei der Suche nach der optimalen Behandlung einzubinden.

Zudem werden Gesundheitsdienstleistungen künftig nicht mehr ausschließlich von klassischen Gesundheitsanbietern wie Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzt(inn)en und Ambulanzzentren angeboten: Firmen wie Apple, SAP und Google arbeiten daran, KI auch bei Diagnoseverfahren einzusetzen. Apple eröffnet seine erste eigene Klinik im Silicon Valley.

Christliche Krankenhäuser tragen eine gesellschaftliche Verantwortung, diesen Veränderungsprozess mitzugestalten und dabei ihre über Jahrhunderte gewonnene ethische Kompetenz einfließen zu lassen. Ein einzelnes Krankenhaus wird nicht in der Lage sein, das komplexe Thema der digitalen Transformation und seine Auswirkungen auf die Gesundheitsbranche zu beherrschen und maßgeblich zu beeinflussen. Daher will sich der kkvd diesem Querschnittsthema künftig verstärkt widmen, das unter anderem personelle, finanzielle und rechtliche Fragen aufwirft, und es in einer Art „Think Tank“ im kkvd bearbeiten. Dafür wird eine neue Plattform geschaffen, die die virtuelle Vernetzung innerhalb des kkvd intensiviert und ausbaut. Themen wie Ethik in der Internetmedizin, BigData, KI, der Umgang mit Daten (beispielsweise Datenschutz und Datenbesitzer) und Digitale Bildung werden dabei eine wesentliche Rolle spielen.

Eine grundlegende Veränderung durch die digitale Transformation wird unweigerlich kommen. Es ist unumstritten, dass dies eines der politisch relevanten Themen in dieser Legislaturperiode sein wird, wie auch aus dem Koalitionsvertrag ersichtlich ist.

Angela Tausendpfund

Strategische Projekt- und
Unternehmensentwicklung
St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH
E-Mail: atausendpfund@joho.de



Martin Bosch

Geschäftsführer (Vors.)
St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH
Vorstandsmitglied des kkvd
E-Mail: mbosch@joho.de



Matthias Warmuth

Geschäftsführer, Geschäftsbereich
Unternehmensentwicklung
BBT-Gruppe Barmherzige Brüder Trier gGmbH
Vorstandsmitglied des kkvd
E-Mail: m.warmuth@bbtgruppe.de



Krankenhäuser für digitale Nomaden

Der „Economist“ hat es vor zehn Jahren auf den Punkt gebracht: Das Internet macht aus den sesshaften Normalarbeitnehmer(inne)n des Industriezeitalters „digitale Nomaden“: Von überall her haben sie Zugriff auf ihre Daten und Dokumente, das Smartphone ist ihr Alltagsnavigator.

Mehr und mehr wird sichtbar, wie grundlegend diese Veränderung unser Leben umwälzt – Arbeitswelt und Freizeit zuerst, aber auch den Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Das Krankenhaus der digitalen Nomaden wird ein neues Krankenhaus sein: die Sorge für die Patient(inn)en und die Förderung der Gesundheit stehen vor grundlegenden Herausforderungen, die nicht nur für den kkvd, sondern für den Caritasverband als Ganzen bedeutsam sind.

Die Sorge für die Kranken stand am Anfang der Caritasgeschichte. Lange bevor die sozialen Nöte der Industriearbeiterschaft die kirchliche Armenfürsorge revolutionierten und die Organisation der Caritas zu einem modernen Wohlfahrtsverband anstieß, war Caritas als Krankenpflege lebendig. Aus kirchlichen Hospizen und Siechenhäusern entstanden die Krankenhäuser, wie wir sie heute kennen. Mediziner(innen) verschiedener Fachrichtungen wurden nach und nach als fest angestellte Mitarbeitende in die Krankenpflege einbezogen – bis das Krankenhaus zu dem wurde, was es heute ist: ein interprofessionelles, hoch arbeitsteiliges Gebilde, in dessen Strukturen akute Erkrankungen und chronische Leiden effizient und effektiv behandelt werden. Nach optimierter Verweildauer werden Genesende in das ambulante Gesundheitswesen und/oder in die Strukturen der medizinischen Rehabilitation zurück überwiesen.

Treiber der Gesundheitsversorgungswirklichkeit sind wesentlich die nationalen und bundesstaatlichen Regelsetzer – form follows rule. Der kkvd ist als Fachverband der Caritas unter diesen Vorzeichen ein hoch spezialisierter Kosmos geworden, in dem die ökonomischen, regulatorischen und medizin(techn)ischen Herausforderungen umfassend beobachtet und im Rahmen der Möglichkeiten (mit) gestaltet werden.

Ein Prozess, der viele Fragen aufwirft

Wird die digitale Transformation den Wettlauf um technische Effizienz in den und unter den Krankenhäusern weiter beschleunigen? Werden Arbeitsplätze vernichtet werden und prädiktive Verfahren zum Einsatz kommen, die den ethischen Druck auf Ärztinnen und Ärzte und auf die Patient(inn)en weiter erhöhen? Wird die Nutzung von Robotern die Kommunikation zwischen Pflegekräften und Patient(inn)en weiter reduzieren, nachdem zuletzt Personalmangel und Dokumentationsanforderungen die Mensch-zu-Mensch-Beziehung auf den Stationen bereits dem Effizienzdiktat untergeordnet haben? Wird der Druck zu fusionieren und Standorte katholischer Krankenhäuser aufzugeben, weiter steigen?

Diese Fragen begegneten mir überall, wo ich im letzten Jahr – rund um meinen Amtsantritt als Vorstand Sozial- und Fachpolitik – in Deutschland Caritasverbände und ihre Einrichtungen besuchte. Zum Portfolio der Sozial- und Fachpolitik im engeren Sinne, das ich übernommen hatte, war die „Digitale Agenda“ dazugekommen. Bald wurde mir bewusst, wie sehr die Gestaltung der digitalen Transformation im Verband mit großen Erwartungen auf der einen, aber auch mit Sorgen und Ängsten auf der anderen Seite verbunden ist.

Nach neun Monaten im Amt bin ich zuversichtlich: Die Chancen überwiegen! Gerade für die Zukunft der Gesundheitsversorgung als Thema der Caritas.

Gestaltungschancen wahrnehmen

Die digitale Transformation hat in ihrer energiereichen Verbindung von technischen und sozialen Innovationen die Kraft, im Gesundheits- und Krankenhausbereich genau jene Verkrustungen und Begrenzungen zu überwinden, die wir – Caritas und katholische Krankenhäuser – beklagen.

Die digitalen Möglichkeiten werden die Krankenhäuser öffnen. Digitale Fernanamnese und -diagnostik werden es ermöglichen, Untersuchungen vom hoch spezialisierten Krankenhaus aus durchzuführen, ohne dass die Patient(inn)en über Hunderte von Kilometern anreisen müssen. Die Krankenhausärztin wird ihren Patienten schon per Chat kennengelernt haben, bevor er am Tag der OP erstmals das Krankenhaus betritt. Nach der Entlassung werden digitale Überwachungsinstrumente mit nutzerfreundlichen Apps die parallele Beobachtung der relevanten Gesundheitsdaten durch Patientin, niedergelassenen Arzt, ambulanten Pflegedienst und entlassendes Krankenhaus möglich machen.

Dynamiken für positive Innovationen nutzen

Wichtig dabei: Jetzt müssen wir die Dynamiken mitgestalten und – in guter Kooperation von Caritasverband und Fachverbänden – unsere Vorstellung von sozialer Innovation formulieren. Es wäre ein großes Missverständnis und ein großer Fehler, die digitalen Transformationsideen den „IT-Freaks“ zu überlassen oder denen allein, die hier ein neues Geschäftsfeld wittern und Gesundheit nach ihren (Markt-)Gesetzen bearbeiten. Wenn wir eine „Gesundheitsversorgung 4.0“ wollen, die dem ganzen Menschen und allen Menschen dient – den armen und reichen, den von der Natur begünstigten und denen, für die Leid und Krankheit wiederholt traumatisierende Lebenserfahrung sind; wenn wir wollen, dass die körperliche Integrität der Armen und weniger Gebildeten ebenso verlässlich respektiert wird wie die der Starken; wenn wir wollen, dass das Recht, über eigene Gesundheitsdaten zu verfügen, für Menschen unabhängig von Herkunft, Alter, Religion und Geschlecht gewährleistet ist, dann müssen wir uns jetzt aktiv in die Debatte einmischen. Mit Krankenkassen, Ärzt(inn)en, App-Entwickler(inne)n, IT-Spezialist(inn)en, Medizinethiker(inne)n, Datenschützer(inne)n, Pflegekräften, Aus-

bilder(inne)n, Geschäftsführer(inne)n, Caritasdirektor(inn)en und natürlich Patient(inn)en. Die Formate, in denen dieser Austausch ergebnisorientiert und offen gelingt, sind in vielen Unternehmen in der Erprobung: Labs und Barcamps mit ihren nach Nutzerbedürfnissen und aktueller Dringlichkeit sich sortierenden Sessions erweisen sich als fruchtbarer denn starre Gremiensitzungen mit ritualisierten Tagesordnungen. Zentral scheint mir, dass Vorschläge aus den Experimentierräumen tatsächlich entscheidungsrelevant werden.

Die Caritas kann und sollte ihren spezifischen Vorsprung nutzen, „in der eigenen Familie“ Expert(inn)en für ambulante ebenso wie für stationäre Versorgung zu haben. Mit ihnen können wir die Gesundheitsversorgung mit dem Erfahrungswissen unserer Tradition ganzheitlich neu prägen.

Vielleicht gibt es dann morgen in Kooperation von ambulanten Pflegediensten mit Caritas-Ambulatorien eine Neuerfindung des Krankenhauses – hybrid, nah am Nächsten, 4.0.

Eva M. Welskop-Deffaa

Vorstand Sozial- und Fachpolitik des

Deutschen Caritasverbands

Vorstandsmitglied des kkvd

E-Mail: vorstand.sozialpolitik@caritas.de



Digitalisierung im Katholischen Krankenhaus Erfurt: ein langer, lohnender Prozess

Im Fernsehen ist es ganz einfach: Die „jungen Ärzte“ des „Johannes-Thal-Klinikums“ in Erfurt arbeiten ohne Zweifel in einem der modernsten Krankenhäuser in Deutschland. Hier werden seltene Krankheiten behandelt, komplexe Eingriffe vorgenommen, und zudem ist das Haus vollständig digitalisiert. Zumindest sind die jungen Ärzte alle mit Tablet-PCs ausgestattet, von denen sie die Labor- und Vitalwerte sowie die bildgebende Diagnostik ihrer Patienten ablesen. Wenn allerdings Oberarzt Dr. Moreau schlechte Laune hat – was meistens der Fall ist –, ärgert er seine Assistenten mit Stapeln von Patientenakten und Entlassungsbriefen, die unbedingt erledigt werden müssen. Es ist eben nicht alles perfekt am Filmset der ARD-Vorabendserie „In aller Freundschaft – die jungen Ärzte“, die auf dem Gelände des Kindermedienzentrums in der thüringischen Landeshauptstadt entsteht.

Alles andere als Fiktion ist dagegen der Digitalisierungsprozess, der aktuell im Katholischen Krankenhaus „St. Johann Nepomuk“ Erfurt stattfindet: in einer modernen Klinik der intermediären Versorgung mit über 426 Betten und jährlich rund 40.000 ambulanten und stationären Patientenfällen. Hier begann man bereits vor einigen Jahren, das Archiv zu digitalisieren und auf die langjährige Lagerung von Patientenakten in endlosen Regalen zu verzichten.

Von der elektronischen Patientenakten-Archivierung war es noch immer ein großer Schritt, über die Digitalisierung weiterer

Krankenhausprozesse nachzudenken. Wie wäre es, wenn man die Altakten nicht nur von festen Terminals, sondern von jedem Punkt des Krankenhauses einsehen könnte? Welche Prozesse werden notwendig, wenn man nicht nur die Archive, sondern auch die aktuellen Patientendaten online sowohl lesen als auch bearbeiten könnte? Und wäre es nicht eine enorme Arbeitserleichterung, ließen sich Anamnesen und Anordnungen direkt am Krankenbett – zum Beispiel während der Visite – in das System eingeben? Zudem müssten sich weitere digitale Prozesse im Krankenhaus – zum Beispiel die Zuordnung der Laborwerte, aktuelle Bildgebung und Untersuchungsbefunde – mit in die elektronische Akte integrieren lassen. Auch die Möglichkeit des intersektoralen Datenaustauschs, zum Beispiel mit Zuweisern, aber auch mit dem MDK, bringt zahlreiche Vorteile – sowohl für die Leistungserbringer wie auch für die Patient(inn)en.

Umstrukturierung mit Sorgfalt

Die Digitalisierung im Krankenhaus bietet enormes Potenzial. Dass man Prozesse aber nicht von heute auf morgen umstrukturieren und „auf digital umstellen“ kann, diese Erfahrung machen derzeit viele deutsche Krankenhäuser. Das hängt unter anderem mit den hohen Anforderungen an die Datensicherheit zusammen. Im Katholischen Krankenhaus Erfurt arbeitet man seit einigen Jahren an der voll digitalisierten Patientenakte und steckt noch immer mitten in ihrer Einführung. Im Juni 2016 standen die ersten elektronischen Visitenwagen auf der unfallchirurgischen/orthopädischen Station, im Herbst 2018 soll die Hardware-Ausstattung im Krankenhaus in allen Kliniken abgeschlossen werden.

Dr. med. Martin Krajci, Leiter des Medizinmanagements im Katholischen Krankenhaus Erfurt, erinnert sich gut an die zahlreichen Hürden, die es während des Digitalisierungsprozesses zu nehmen galt. Moderne Krankenhäuser verfügen heute über zahlreiche softwaregestützte Lösungen – von der Patientenverwaltung über die Laborsoftware bis hin zur bildgebenden Diagnostik. Die große Chance der Digitalisierung ist es, alle diese Prozesse auf einer gemeinsamen Plattform zu vereinen. Die Basis dieses Prozesses bildet das Krankenhaus-Informationssystem (KIS). Von seiner Fähigkeit, die unterschiedlichen, auch WLAN-gestützten, digitalen und dezentralen Verfahren zu vereinen, hängt der (Miss-)Erfolg der Digitalisierung am Krankenbett ab. So war man auch im Katholischen Krankenhaus Erfurt während der Planungsphase durchaus geneigt, das vorhandene KIS gegen ein neues auszutauschen – quasi Sattel und Reiter im vollen Galopp zu wechseln. Verschiedene alternative KIS-Systeme wurden mit dem vorhandenen unter Einbeziehung von Vertreter(inne)n aller Berufsgruppen verglichen. Letztlich fiel die Entscheidung zugunsten der eingespielten Lösung. Es galt jedoch, einen erheblichen Aufwand zu betreiben, um über eigens geschaffene Schnittstellen die zahlreichen Soft- und Hardware-Anwendungen auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen. »

Doch über kurz oder lang, so Martin Krajci, wird die digitale Patientenakte das Maß der Dinge sein: „Angesichts einschlägiger Gesetzesvorlagen, angesichts der Verpflichtung, ein nachhaltiges Entlassmanagement sicherzustellen, und angesichts der immer größer werdenden Herausforderungen hinsichtlich der Patientensicherheit wird über kurz oder lang kein Weg an der kompletten Digitalisierung der Krankenhäuser vorbeigehen.“

Arbeitsprozesse ändern sich – Menschlichkeit bleibt

Sven Kordon, Leiter des Projekt- und Qualitätsmanagements, hat den Digitalisierungsprozess im Katholischen Krankenhaus Erfurt eng begleitet. Er kennt die Schwierigkeiten zum Beispiel der Mitarbeiter(innen), die direkt mit den Patient(inn)en arbeiten, nur zu gut. „Die Digitalisierung am Krankenbett bedeutet nicht unbedingt eine Vereinfachung – besonders dann nicht, wenn man es Jahrzehnte gewöhnt ist, mit der Papierakte zu arbeiten.“ Manche Eingaben erfordern am Rechner mehr Zeit und Sorgfalt: der Preis dafür, dass nun Anordnungen und Anweisungen der Mediziner(innen) genauer nachvollziehbar und zuzuordnen sind. „Die Umstellung ‚von analog auf digital‘ ist eben nicht nur ein deckungsgleicher Wechsel von Papier auf Computer, sondern sie beeinflusst den Ablauf täglich eingespielter Arbeitsprozesse.“

Stefanie Vischer ist Fachärztin für Viszeralchirurgie in der chirurgischen Klinik des Katholischen Krankenhauses Erfurt. Als Anwenderin des neuen Systems hat sie durchaus ihre Kritikpunkte an der Digitalisierung, sie hat dafür überraschende Gründe: Im Katholischen Krankenhaus kommen ganz bewusst keine kleinen Tablet-PCs zum Einsatz, sondern es sind durchaus wuchtige, an Visitenwagen erinnernde, fahrbare Computer. Diese Rechner, weiß Stefanie

Vischer, verführen manche Kollegen dazu, sich bei der Visite mehr mit Tastatur und Bildschirm zu beschäftigen als mit den Patienten. Es gibt auch Fälle, da lassen die Ärztinnen und Ärzte den neuen Computerwagen einfach stehen, kümmern sich bei der Visite direkt um die Patient(inn)en und geben die entsprechenden Daten erst hinterher in den Computer ein – das Gegenteil dessen, was mit der Digitalisierung erreicht werden soll.

Die großen Wagen sind, so Martin Krajci, mit Sicherheit nicht der Weisheit letzter Schluss. Man hatte sich damals gemeinsam mit den Mitarbeiter(inne)n für die großen, mobilen Geräte entschieden, auch weil es immer noch etwas abzulegen gilt oder doch noch Unterlagen in Papierform vorhanden sind. Aber auch, weil noch keine ausreichend guten Lösungen für das Tabletformat verfügbar waren.

Trotz der kleinen Kritik an der Hardware ist aber auch Stefanie Vischer von den digitalen Chancen überzeugt: „Allein die Möglichkeit, Dosierungen und Wechselwirkungen von Medikamenten blitzschnell online abzurufen, ist Gold wert“ meint die Chirurgin. Und natürlich der direkte Zugriff auf das Patientenarchiv: „Der Computer ‚weiß‘ sofort, ob ein Patient eine Allergie hat, weil er unmittelbaren Zugriff auf die Altakten hat, wenn der Patient schon einmal bei uns war.“ Immens wichtig ist ihr, dass sie als Nutzerin des Systems kontinuierlich auf Updates und neue Möglichkeiten der digitalen Prozesse hingewiesen wird.

Sven Kordon ist zufrieden: „Nahezu jeden Tag kommen neue Funktionen unserer digitalen Prozesse in die praktische Anwendung. Das, was heute bei der digitalen Eingabe noch schwerfällig erscheint, wird in naher Zukunft Arbeitsentlastung und Effizienz mit sich bringen und zugleich gut für die Patientensicherheit sein.“



Oberärztin Dr. med. Stefanie Vischer am elektronischen Visitenwagen: Sie präferiert das kleinste der im Katholischen Krankenhaus Erfurt eingesetzten Modelle, weil sie sich nicht „hinter dem Gerät verstecken“ möchte.

KKH Erfurt/Till Haufs

Till Haufs

*Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Katholisches Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt
Betriebsstätte der Katholischen Hospitalvereinigung
Thüringen gGmbH
E-Mail: thaufs@kkh-erfurt.de*



Digitalisierung, IT-Sicherheit, Datenschutz und E-Health: eine explosive Mischung?

Der Begriff „Digitalisierung“ muss schon seit einiger Zeit für alle möglichen wünschenswerten Entwicklungen erhalten: Ob man die Fortschreibung der industriellen Revolution zur „Industrie 4.0“ meint oder die Entwicklung zum „Krankenhaus 4.0“ – neue, smarte Technik soll es richten, möglichst zum Nulltarif.

Tatsächlich bietet die technische Entwicklung der letzten Jahre zahlreiche Ansatzpunkte, um Prozesse auch in Krankenhäusern völlig anders zu gestalten. Der vielbeschworene Begriff „Disruption“, der das revolutionäre Denken eines Gründers/einer Gründerin zum Aus-

druck bringt, drängt sich hier fast auf. Im Gesundheitswesen zeigen sich disruptive Entwicklungen, indem Prozesse radikal aus Sicht des Kunden, des Patienten gedacht und gestaltet werden: Bestehende Geschäftsmodelle, Produkte, Technologien oder Dienstleistungen werden dann durch neue innovative Verfahren abgelöst oder komplett umgestaltet. Um es vorwegzunehmen – bis dahin ist es noch ein sehr langer Weg.

Digitalisierung im Krankenhaus lebt von der barrierefreien Kommunikation aller relevanten Daten zwischen den Anwendungen und zwischen den Einrichtungen. Den Rahmen dafür bieten die unter dem Begriff E-Health versammelten Aktivitäten und Standards. Mit dem E-Health-Gesetz hat das Bundesgesundheitsministerium 2016 ein deutliches Signal gesetzt und vor allem der lahmen Entwicklung des eGK-Projekts (Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte) neue Impulse gegeben.

Aber nicht nur die Telematik-Infrastruktur und das eGK-Projekt zählen zur Umsetzung von E-Health. Große internationale Unternehmen bringen eigenständige und leistungsfähige Lösungen in den Konsumentenmarkt und zeigen teilweise verblüffend gute Ergebnisse. Zahlreiche Start-ups, aber auch große Unternehmen und Organisationen bringen innovative und kreative Lösungen für die E-Health auf den Markt, ohne Rücksicht auf deutsche Vorschriften für Medizinprodukte oder den Datenschutz.

Die Akzeptanz dieser Lösungen beim Endverbraucher ist hoch, auch wenn sich noch keine Anwendung am Markt wirklich durchsetzen konnte. Oft kommen Patient(inn)en aufgrund von selbst mittels „Dr. Google“ identifizierten Erkrankungen ins Krankenhaus und sind dann sehr erstaunt, auf welche technische Umgebung sie dort noch stoßen. Warum gibt es diese Diskrepanz zwischen dem Consumer-E-Health-Angebot und dem professionellen Gesundheitsmarkt?

Im Krankenhaus hat Risikobeherrschung Vorrang

Informationstechnologie (IT) im Krankenhaus ist extrem komplex: Es gilt, für die verschiedensten Fachrichtungen völlig unterschiedliche Anwendungen zu betreiben. Fehlfunktionen können Menschenleben gefährden, auf der IT lastet – wie auch auf der Medizintechnik – hohe Verantwortung. Im schlimmsten Fall geht ein Krankenhaus vom Netz. Um dem vorzubeugen, gibt es bereits seit 2005 Bestrebungen, die für die öffentliche Ordnung und Sicherheit notwendigen kritischen Infrastrukturen („Kritis“) zu definieren und sie über individuelle Sicherheitsanforderungen gegen IT-Störungen abzusichern. Das IT-Sicherheitsgesetz wurde 2015 verabschiedet, und 2017 wurden die Kriterien veröffentlicht, aus denen sich ergibt, welche Krankenhäuser zur kritischen Infrastruktur gehören.

Der Innovationsdruck und die existenziellen Sicherheitsanforderungen von Krankenhäusern stehen oft im Widerspruch. Die IT-Sicherheit smarterer Technik wurde in der Vergangenheit sträflich vernachlässigt, und auch heute ist das Sicherheitsniveau der oft billig

eingekauften Technik bei weitem nicht ausreichend. Dazu kommt die EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), die am 25. Mai 2018 in Kraft tritt. Mit diesem Termin verlieren die einschlägigen Vorschriften auf Bundes- und Landesebene ihre Bedeutung; Die EU-DSGVO sticht alle nationalen Regelungen. Ihre zahlreichen Öffnungsklauseln haben im Vorfeld für große Verunsicherung gesorgt; es bleibt abzuwarten, wie der deutsche Gesetzgeber die Lücken ausfüllen wird. Im Kern bleibt es aber beim bekannten Datenschutz: die auf Personen beziehbaren medizinischen Daten benötigen ein sehr hohes Schutzniveau. Auch die Forderung nach Datensparsamkeit ist nicht neu.

Das hohe Schutzniveau ist nur mit einem durchstrukturierten Konzept für die IT-Sicherheit erreichbar – mit der Umsetzung eines Informationssicherheitsmanagementsystems (ISMS). IT-Sicherheit bedeutet Schutz der Daten vor Manipulation und vor unberechtigtem Zugriff. Daher müssen IT-Sicherheit und Datenschutz gemeinsam betrachtet und gewährleistet werden.

Andererseits bilden die Möglichkeiten der E-Health entscheidende Entwicklungsmöglichkeiten für die Krankenhäuser. Dazu ist allerdings ein erheblicher finanzieller und personeller Aufwand erforderlich, dessen Finanzierung im derzeitigen System nicht vorstellbar scheint.

Jürgen Flemming

Leiter Projektmanagement

Vinzenz von Paul Kliniken gGmbH

Marienhospital Stuttgart

E-Mail: juergen.flemming@vinzenz.de



Fit fürs Digitale: drei wichtige Schritte

Geht man über Messen oder liest Fachartikel, dann strahlen einen eine Vielzahl wundervoller digitaler Produkte an: coole Apps, tabletbasierte Dokumentationen, erste Roboterlösungen oder schon das ein oder andere KI-System. Bei all diesen coolen und innovativen Lösungen wird schnell der Reflex ausgelöst: „Brauchen wir auch in unserem Haus!“ Beim IT-Leiter des Krankenhauses hingegen führt eine solche Erwartung schnell zu Schnappatmung. Wie kommt es zu diesen unterschiedlichen Reaktionen?

Oft sind sich Entscheider(innen) nicht bewusst, dass mit der Anschaffung oder Entwicklung einer App nur die Spitze des Eisbergs erklommen ist: Es ist zwar ein wegweisender Schritt gemacht, der jedoch einen wesentlich größeren – und weniger wahrnehmbaren – Aufwand an Arbeit, Zeit und auch an Ausgaben nach sich zieht. Schnell fallen dann vorwurfsvolle Fragen: „Warum dauert das so lange?“ oder „Warum ist das so teuer?“ Die Antwort: Heutige IT-Systeme, aber auch die IT-Abteilungen sind auf die neuen Anforderungen nicht ausreichend vorbereitet. »

Drei wichtige Schritte, die keiner gerne macht, mit denen Sie heute aber schon beginnen müssen

1. Sorgen Sie für einen sauberen, dokumentierten und digitalen Datenbestand

Die Basis aller digitalen Innovationen ist der digitale Datenbestand, den Sie im Krankenhaus vorhalten. Eines ist klar: Jegliches analoge Datum eines Patienten können Sie nicht an eine App, ein Tablet oder eine KI (wie deepmind oder IBM Watson) schicken.

Es reicht leider auch nicht, die Daten einfach nur digital irgendwo zu speichern – das ist wie Kleidungsstücke in einen Schrank zu knüllen. Die Daten müssen vielmehr eindeutig beschrieben und dokumentiert sein. Denn nur wenn Sie wissen, in welchem Schrank und Fach Ihre roten Socken liegen – und nur dort und nur wirklich rote Socken – können Sie rasch darauf zugreifen oder sie schnell dort ablegen.

2. Bauen Sie Kompetenz bezüglich Schnittstellen und Sicherheit auf

Die Krankenhaus-IT wird sich in den nächsten Jahren radikal gegenüber Patient(inn)en, vor- und nachgelagerten Leistungserbringern, aber auch anderen Systemen, Applikationen, der Medizintechnik oder externen Auswertungs- und Analysesystemen öffnen. Haben Sie heute nur sehr wenige IT-Schnittstellen im Krankenhaus, so wird ihre Zahl in den nächsten Jahren exponentiell steigen. Einer der wichtigsten Wissensschwerpunkte einer Krankenhaus-IT wird in der Anbindung solcher Systeme, im Umgang mit Daten, Schnittstellen und den notwendigen Werkzeugen liegen. Da die meisten der künftig angebotenen Systeme jedoch nicht mehr im Krankenhaus selbst implementiert sind und viel Kommunikation über die Grenzen des Krankenhauses hinweg geschieht, liegt ein weiterer Wissensschwerpunkt im Umgang mit IT-Sicherheit, aber auch in den rechtlichen Grundlagen in der Handhabung von medizinischen Daten.

3. Schaffen Sie sich Raum für Innovation

Digitale Innovation ist harte Arbeit – schaffen Sie in Ihrer Organisation den Freiraum, um den Umgang mit neuer Technik zu erlernen. Entwickeln Sie eine Idee, wie entweder Personal entlastet wird oder Kosten mit Hilfe digitaler Lösungen reduziert werden können (Designphase). Suchen Sie dann die notwendige Lösung und beschreiben Sie den vollständigen Service, von der Implementierung und Integration beispielsweise in das Krankenhausinformationssystem bis hin zur Wartung und Pflege. Anschließend implementieren Sie die Lösung und schauen sich an, ob die in der Designphase getroffenen Erwartungen erfüllt werden. Optimieren Sie die Lösung, wenn das möglich ist, ansonsten brechen Sie ab und fangen noch einmal von vorn an. Scheitern ist ein wichtiges Element dieses Prozesses, denn zum einen werden so neue Funktionen nur dann implementiert, wenn sie Sie auch voranbringen, und zum anderen lernen Sie schrittweise Innovationen zu beurteilen und sehen nicht nur die Spit-

ze des Digitalisierungseisbergs. Dabei ist es egal, wie groß die Innovation ist – wichtig ist es, den Gesamtprozess zu durchlaufen.

Ein sauberer, vollständiger und dokumentierter Datenbestand ist die wertvolle Basis für künftige Wertschöpfung in Ihrem Haus: Das Wissen darum, wie man diesen Datenbestand auf sichere Weise mit anderen Systemen teilt, ist der Hebel dabei. Und der sichere Umgang mit der Bewertung und Implementierung digitaler Neuerungen hilft Ihnen, in Zukunft die digitalen Vorteile über den gesamten Wertschöpfungsprozess schneller zu heben.

Uwe Pöttgen
Geschäftsführer der
SoCura-Gesellschaften Köln
E-Mail: uwe.poettgen@socura.de



„Customer Journey“ in einer digitalen Welt

Der digitale Wandel lässt Marketers, also Fachleute für Marketing, in fast allen Branchen umdenken. Die Kommunikation als ein Instrument im siebenstimmigen Marketing-Mix muss persönlicher und emotionaler werden. Nur so verfährt sie, unterstützt durch neue digitale Lösungen, in den elektronischen Kanälen. Marketer ist bewusst, dass inzwischen auch im Alltag der Menschen die Grenze zwischen Online- und Offline-Welt immer mehr verschwimmt.

QR-Codes etwa finden sich mittlerweile auf nahezu jedem Plakat und ermöglichen es Passant(inn)en, unmittelbar Transaktionen vorzunehmen: App vorinstallieren, QR-Code scannen, Produkt in den virtuellen Warenkorb legen und mobil bezahlen. Die realen Produkte können dann auch fast zeitgleich mit dem Ende des Stadtbummels zu Hause eintreffen. Auf diese Weise lässt sich jeder Ort durch die digitale Transformation zum Einstiegsort der „Customer Journey“, der neuen Art Einkaufstour, machen. Auch komplexe Versicherungsangelegenheiten wie die Abwicklung der Kostenübernahme eines Zahnersatzes können heute individuell online getätigt werden.

Und das sind nur zwei Beispiele unter vielen. Intelligente Szenarien wie eine App-basierte Organisation des Behandlungsprozesses in Kliniken sind längst keine Fiktion. Und es spricht eigentlich nichts dagegen, die Digitalisierung und damit eine Medizin 4.0 weiter voranzutreiben. Verfolgt wird dabei eine klare Ausrichtung auf den Kunden – oder eben den Patienten eines Krankenhauses.

Die ersten Ansätze von Krankenhäusern, um mehr über das Einvernehmen-Verhalten niedergelassener Ärztinnen und Ärzte zu erfahren, bestanden in Befragungsinstrumenten: vollkommen offline und lückenhaft. Mit der Entwicklung von Analyse-Tools auf der Grundlage von „§-21-Daten“ kann nunmehr das Verhalten aller Ärzte der Region abgebildet werden. Weiter kann das individuelle Verhalten der Patient(inn)en im Internet ausgewertet und mittels BigData abgeschätzt werden. Tracking-Verfahren, zum Beispiels mittels Cookies,

können individuelle Nutzer auch auf anderen Websites identifizieren und diese auf Basis ihres bisherigen Surf-Verhaltens auf ihrer Customer Journey begleiten und unterstützen.

Der Customer-Journey-Ansatz lässt sich klassisch in die Phasen Aufmerksamkeit, Überzeugung und Auswahlentscheidung einteilen. Moderner gedacht, ist ein solcher „Vertriebsstrichter“ jedoch umzudrehen: Der Kunde schwört auf sein Krankenhaus und gibt dies in seinem Netzwerk weiter. Er wird zum Multiplikator. Daneben gewinnt auch das Customer-Relationship-Management – die systematische Betreuung des Kunden – stark an Relevanz, wenn es darum geht, Einweiser langfristig an das Krankenhaus zu binden.

Die Kontaktpunkte von Kund(inn)en unterliegen in Zeiten der digitalen Transformation jedoch einem ständigen Wandel – die Customer Journey verändert sich rasant. War vor 20 Jahren die Klinik-Homepage ein zusätzlicher Kontaktpunkt, so kamen vor zehn Jahren die Social-Media-Präsenz und Apps hinzu. Heute beginnt die Reise schon mit dem Anlegen der Smartwatch ans Handgelenk. Damit Krankenhäuser diesen Wandel begleiten, Marketingbudgets effizient einsetzen und die Kundenkontaktpunkte managen können, muss die Customer Journey im Unternehmen abgebildet werden.

Die Kunden mitnehmen

Die radikalen Veränderungen des digitalen Wandels erzwingen ein massives Umdenken bei Marketern. Dabei entstehen vielfältige Möglichkeiten, die vom Krankenhaus genutzt werden können. Marketingverantwortliche stehen dabei vor der Herausforderung, digitale Strategien speziell für das jeweilige Geschäftsmodell zu konstruieren und diese mit dem Customer-Journey-Ansatz digital zu verbreiten.

Wo früher Fragebögen (eingereicht von wohlgesonnenen Einweiser) analysiert oder dem Baugefühl und der Individualentscheidung vertraut wurden, gilt es heute, die Customer Journey zu begreifen, zu begleiten und klinikspezifisch auszugestalten. Denn nur ein Kunde, der sich direkt mitgenommen fühlt, wird sie, begleitet durch den Marketer als Reiseführer, auch mit dem Krankenhaus antreten.

Dr. Christian Stoffers
Pressesprecher, Leiter Zentralreferat
Kommunikation & Marketing,
St. Marien-Krankenhaus Siegen gGmbH
E-Mail: c.stoffers@marienkrankenhaus.com



Ratgeber

Digitalisierung und Patientensicherheit

Die digitale Transformation bringt für die Medizin neue Chancen, die Gesundheitsversorgung noch wirksamer und effizienter zu gestalten, aber auch neue Herausforderungen: Die Veränderungen sind dynamisch, umfassend und in ihren Auswirkungen teilweise durchaus disruptiv. Zudem ist Digitalisierung nicht an Landesgrenzen gebunden.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), die Plattform Patientensicherheit Österreich und die Stiftung Patientensicherheit Schweiz haben gemeinsam zwei Empfehlungen zum Spannungsfeld Digitalisierung und Patientensicherheit vorgelegt:

Unter der Leitung von Prof. Dr. Reinhard Strametz und Vorstandsvertreter Hardy Müller wurde die Handlungsempfehlung „Risikomanagement in der Patientenversorgung“ erstellt, die Herausforderungen der Digitalisierung und Lösungen für das Risikomanagement aufzeigt.

Der zweite Ratgebertipp zum Thema Patientensicherheit und Digitalisierung: Für Patient(inn)en wurde unter der Leitung von Brit Kaulen und Marcel Weigand eine „Checkliste für die Nutzung von Gesundheits-Apps“ mit Hinweisen zum sicheren Umgang mit Apps entwickelt.

Download beider Empfehlungen: www.aps-ev.de (Suchbegriff: „Digitalisierung und Patientensicherheit“). **APS**



Rezension

Keine Angst! Ein Buch über Depressionen und Ängste

Die Autorin, Dr. med. Iris Hauth, ist Chefarztin und Geschäftsführerin der katholischen Alexianer St. Joseph-Krankenhaus GmbH in Berlin-Weißensee. Zudem ist sie engagiert im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN). Iris Hauth legt hier ein berührendes, allgemein verständliches Buch über psychische Erkrankungen vor, das auch für Lai(inn)en, für Betroffene wie Angehörige, gut zu lesen ist und ihnen Einblicke in den Alltag einer psychiatrischen Klinik bietet. Menschen mit ganz unterschiedlichen psychischen Erkrankungen finden hier Schutz, Hilfe, Therapie.

Es stimmt: Depressionen und Angststörungen sind zu Volkskrankheiten geworden. Dennoch wollen wir von den Erkrankungen der Seele oft nichts wissen – manchmal nicht einmal von unserer eigenen Furcht und Traurigkeit. Psychisch krank, das ist immer nur der Attentäter, der Amokläufer oder der Mörder, dessen Taten wir im Sonntagskrimi mit lustvollem Schauer verfolgen. »



Und doch sind der Druck und die Angst, die in einer zunehmend unübersichtlichen Welt auf uns lasten, manchmal mehr, als wir bewältigen können.

Iris Hauth erzählt aus ihrer langjährigen Erfahrung in der Klinikleitung und im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, zugleich klärt sie aber auch über grundsätzlich interessierende Fragen auf: „Wann beginnt eine psychische Krankheit?“ oder „Das Mittel der ersten Wahl: Psychotherapie“. Auch Krankheitsfälle, die

mit hoher öffentlicher Beunruhigung einhergegangen sind („Germanwings-Flug 9525“), werden analysiert. Insgesamt hat Iris Hauth ein persönliches, Mut machendes Buch geschrieben, das zeigt, wie wir alle und insbesondere die von psychischen Erkrankungen betroffenen Menschen trotz dunkler Stunden Zuversicht finden.

Hauth, Iris: Keine Angst! Was wir gegen Depressionen und Ängste tun können. Eine Klinikleiterin erzählt. Berlin: Piper, 2018, 288 S., 20 Euro, ISBN 978-3-8270-1376-7.

NACHGEDACHT



Gabriela Amon

Kath. Krankenhaus-Seelsorge am Helios St. Elisabeth Krankenhaus Bad Kissingen
E-Mail: gabriela.amon@bistum-wuerzburg.de

Zwei Hände für die Menschlichkeit

Ich gehe über die Station, sie hastet an mir vorbei, meinen Gruß kann sie kaum erwidern – ich verstehe: „Heute ist mal wieder die Hölle los!“ Die sonst so

Sie hat zwei Beine, die den ganzen Tag in Bewegung sind, ein Gesicht, das versucht, freundlich zu lächeln, auch wenn es zu Hause gerade Probleme gibt. Sie hat offene Ohren und wache Augen, die wahrnehmen, was Patient(inn)en oder Angehörige wünschen, welche Erwartungen der Arzt gerade hat – und sie hat ein Herz.

freundliche und ausgeglichene Frau erzählt mir später, dass sie sich schämt, heute einen Patienten angefaucht zu haben: „Ich habe doch nur zwei Hände!“

Ein Herz für den Menschen, der auf ihrer Station liegt. Sie nimmt Anteil, wenn der Patient ihr von seiner Angst erzählt, sie kennt ihn mit Namen, weil er ein „Stammgast“ ist, und sie fragt mich manchmal noch nach der Entlassung, ob ich wieder einmal etwas von dem Patienten gehört habe oder gegebenenfalls, wie die Beer-digung war.

Zwei Hände, die waschen, die das Bett säubern, wenn etwas dane-bengegangen ist, die Essen oder Medikamente verteilen, die wichtige Informationen in Unterlagen schreiben, die Haare käm-men, Telefongespräche annehmen, Kaffee kochen, Essgeschirr wieder einsammeln, die zur Toilette begleiten oder die Toilettenschüssel ausleeren. Zwei Hände, die Pflegeschüler(inne)n wichtige Hand-griffe zeigen, die den Bart rasieren, Schleim absaugen, Wunden frisch verbinden, Katheter legen, die Angehörigen nach dem Tod eines Patienten auf die Schulter gelegt werden und, und, und ...

Jede einzelne Pflegerin und jeder Pfleger im Krankenhaus ist wichtig, jede(r) auf ihre/seine Art und Weise. Sie sind einzigartig und wertvoll. Es macht mich traurig, aber vor allen Dingen wütend, wenn nur eine(r) von ihnen sagen muss: „Ich habe doch nur zwei Hände!“ Sie sind wert-voll, weil sie voller Werte stecken, die für die Menschlichkeit stehen. Was ist unser Leben noch wert, wenn wir das verlieren?

„Ich habe doch nur zwei Hände!“, sagt sie und schaut mich mit traurigen Augen an. Aber sie hat nicht nur ihre beiden Hände.

Ihre Gabriela Amon

IMPRESSUM

www.kkvd.de

Herausgegeben vom Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e. V. (kkvd)
Karlstraße 40, 79104 Freiburg, Tel. 07 61/200-352

Redaktion: Bernadette Rümmelin (rü) (Sprecherin der Geschäftsführung; verantwortlich), Thomas Vorkamp (vo) (Geschäftsführer; verantwortlich), Elisabeth Caruana (eca) (Redakteurin), Klemens Bögner (neue caritas)

Redaktionsbeirat: Susanne Hemmen (she), Thomas Hiemenz (th), Kirsten Schröter (ks), Birgit Trockel (bt)

Redaktionssekretariat: Tel. 07 61/200-354, Fax: 200-6 09, E-Mail: kkvd-aktuell@caritas.de

Vertrieb: Rupert Weber, Tel. 07 61/200-420, Fax: 200-11 420

Titelbild: Fotolia/adam121

Nachdruck und elektronische Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung. ISSN 2190-4448.



Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.