



Digitale Technologien – für eine bessere Medizin

Kommentar von Prof. Dr. Jörg F. Debatin, MBA, Vorsitzender der Initiative Gesundheitswirtschaft e.V., Berlin und Jürgen Bieberstein, Vorstand der Initiative Gesundheitswirtschaft e.V., Berlin

Nach Jahren der bleiernen Ruhe hat die Digitalisierung nun auch die Gesundheitsbranche in Deutschland erfasst – und das mit erheblicher Wortgewalt. In vielen Diskussionen um eine bessere Gesundheitsversorgung ist „digital“ zum Synonym von „innovativ“ geworden. Egal, um welche Herausforderung es sich handelt, Pflegenotstand, Hygieneprobleme oder Krankenhausübersorgung: Der Verweis auf digitale Technologien darf bei der Skizzierung möglicher Lösungen nicht fehlen. Die Digitalisierung als omnipotenter Heilsbringer scheint geradezu allgegenwärtig. In Anbetracht ihrer Omnipräsenz formieren sich zunehmend Ängste – in Teilen berechtigt, in Teilen sicherlich übertrieben. Datenschutz und Cybersicherheit sind die Schlagwörter. Die Vorstellung des „medizinisch gläsernen Menschen“ ist ein Schreckgespenst, das die Menschen zu Recht mit Sorge erfüllt.

In diesen Diskussionen gerät zunehmend außer Acht, dass die Digitalisierung kein Selbstzweck ist. Vielmehr ist sie, wie auch viele andere Technologien, derer sich die Medizin bedient, Mittel zum Zweck einer besseren gesundheitlichen Versorgung. Digitale Technologien können helfen, Qualität und Effizienz der Medizin zu verbessern. Es geht um Nutzen – Nutzen für Patienten, aber eben auch für Ärzte und Pflegekräfte. Ohne sichtbaren Nutzen haben auch digitale Technologien keine Existenzberechtigung. Um eine Abwägung positiver Wirkungen gegen die inhärent vorhandenen Missbrauchspotenziale digitaler Technologien zu ermöglichen, muss der Nutzen konkret benannt werden können. Was eigentlich haben der Patient, der Hausarzt oder das Krankenhaus

von der geplanten flächendeckenden Einführung einer elektronischen Patientenakte zum 1. Januar 2021? Nur wenn es überzeugende Antworten auf derartige Fragen gibt, werden digitale Technologien in der Medizin die notwendige Akzeptanz erfahren. Ohne diese Akzeptanz wird die elektronische Gesundheitsakte genau da landen, wo der digitale Personalausweis seit seiner Einführung ruht – auf dem großen Friedhof gut gemeinter, aber schlecht gemachter Technologieprojekte in Deutschland.

Der konkrete Nutzen muss sichtbar werden. Es geht um ein Mehr an Qualität bei der Medikationssicherheit, um eine bessere Versorgung von Diabetikern und anderen Menschen mit chronischen Erkrankungen. Es geht aber auch um mehr Effizienz durch die Einführung von elektronischen Rezepten und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Und schließlich geht es auch um eine Entlastung von Ärzten und Pflegekräften durch den Wegfall von Doppel- und Routedokumentationen. In die Arztpraxis sollten nur diejenigen kommen, die wirklich einen Arzt brauchen, und nicht die vielen Menschen, die einmal im Quartal ihr Rezept abholen. Wir brauchen die Digitalisierung in der Kommunikation zwischen Haus- und Facharzt, und wir brauchen sie, um den Informationsfluss an den Schnittstellen zwischen Krankenhaus, Rehabilitation und niedergelassenem Bereich zu verbessern.

Ja, die Digitalisierung ist endlich auch im deutschen Gesundheitswesen angekommen. Erfolgreich wird die Einführung allerdings nur, wenn deutlich wird, wie digitale Technologien die Medizin konkret verbessern.



Editorial



Digitales braucht Soziales:

Gesundheitsregionen setzen auf Anwenderperspektive und Vernetzung.

Während moderne Handwerksbetriebe ihre Kundenkontakte inzwischen routiniert mit dem Tablet managen, raschelt bei den Visiten in Krankenhäusern allzu oft noch Papier in der Akte. Kaum eine Branche beschäftigt sich so intensiv mit der digitalen Transformation und zeigt zugleich ein so starkes Beharrungsvermögen gegenüber der Digitalisierung wie das Gesundheitswesen. Die Patientinnen und Patienten laufen quasi als eine Art Mailserver in eigener Sache – nur nicht in der digitalen Patientenakte, sondern in analogen Botengängen mit ihren Daten in Briefumschlägen. Warum gelingt andersorts, was in der „Wissensbranche“ Gesundheit scheitert?

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat die „Schuldigen“ dafür in einem Interview der WirtschaftsWoche vom 12. April 2019 identifiziert: „Bei Patienten ist der Wunsch nach neuen Lösungen größer als bei Ärzten.“ Er scheint auf der richtigen Spur: Denn es reicht nicht aus, Patientinnen und Patienten für digitale Apps zu begeistern. Es reicht auch nicht aus, immer ausgefeiltere digitale Lösungen zu entwickeln. Wer die Digitalisierung als Rezept für die Modernisierung des Systems einführen will, muss die Menschen in den Praxen und Kliniken fragen: Was nützt? Ohne Beteiligung wird jedes Digitalprojekt, das als Tiger gesprungen ist, zum Bettvorleger des Organisationswandels. Entscheidend ist: Anwenderinnen und Anwender einbinden!

Wenn die Gesundheitsbranche den Knowing-Doing-Gap überwinden will, muss sie sehr viel stärker in den Aufbau digitaler Kompetenzen investieren. Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten, Techniker, Verwaltungsmitarbeiter, Case Manager und so fort, sie alle müssen fachliche, kommunikative und soziale Skills erwerben, mit denen der digitale Wandel gestaltet werden kann. Das ist anstrengend. Aber ohne aktive Teilhabe würde Innovation verhindert, und die Chancen, mit guten Produkten und Dienstleistungen Diagnosen und Therapien zu verbessern und für mehr Lebensqualität zu sorgen, würden blockiert.

Dabei verfügt das Gesundheitswesen als wissensintensive Branche über ideale Voraussetzungen für den Aufbau von digitalem Fachwissen. Mit einem klaren politischen und unternehmerischen Willen könnte in den Studien- und Ausbildungsordnungen das Thema „Digitalisierung“ zum festen Baustein werden – in der Medizin, in der Pflege, in den therapeutischen Berufen und auch bei den Kaufleuten.

Digitale Kompetenz meint aber nicht nur die Nutzung des Fachwissens: Allein durch fachlich versierten Umgang mit einem Krankenhausinformationssystem oder einem digitalen Einweiserportal ist noch keine Patientin, ist noch kein Patient gesundet. Nur wenn die digitalen Werkzeuge so kompetent genutzt werden, dass sie den Informationsfluss zwischen allen an der Versorgung Beteiligten verbessern, entsteht Nutzen für die Patientinnen und Patienten. Diese profitieren zum Beispiel durch die Vermeidung von Doppelbehandlungen oder einem besseren Übergangsmanagement zwischen den Sektoren. Dafür werden vor allem soziale Kompetenzen benötigt.

Klingt abgedroschen? Ist aber der Kern: Denn nur vertrauensvoll vernetzten Akteurinnen und Akteuren will der Mensch seine Gesundheitsdaten anvertrauen. Und im Gesundheitswesen scheitert dies noch allzu oft. Statt sozial kompetenter Vernetzung sorgt der Überschuss an digitalen Gestaltungsoptionen für Modernisierungsstress im Alltag. So tritt der Nutzen in den Hintergrund, und die Fachleute aus Medizin, Pflege, Therapie etc. sprechen im eigenen Fachjargon, lange bevor die Patientin oder der Patient gemeinsam als individueller Fall besprochen wurden. Dabei sollte die Digitalisierung doch der Zusammenarbeit nützen und Kooperationen stärken.

Auch die Sektorengrenzen werden ohne aktive Teilhabe und klug eingesetzte Sozialkompetenz kaum durch die Digitalisierung allein verschwinden. Die Einsicht ist klar: Mit oder ohne Digitalisierung sehen wir die Alltagspraxis in der Gesundheitsbranche noch allzu häufig geprägt durch Silodenken und Misstrauen. Digitaler Kompetenzerwerb bedeutet hier, zuerst die Sektorengrenzen in den Köpfen zu überwinden. Warum nicht früh ansetzen und in der Ausbildung gemeinsames Lernen, etwa in gemeinsamen Modulen mit angehenden Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften an den Hochschulen, forcieren? Warum nicht die berufliche Durchlässigkeit der Sektoren stärken? Warum nicht die sozialen Medienkompetenzen der Generationen Y und Z stärker nutzen.

Die Regionen im Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen haben sich den interprofessionellen und intersektoralen Austausch zur zentralen Aufgabe gemacht. In den Regionen arbeiten zahlreiche Akteurinnen und Akteure in einer Vielzahl an Initiativen an der digitalen Transformation, vertrauensbasiert, sozial kompetent, mit technischem Geschick und Visionen für eine gute Gesundheitsversorgung der Zukunft. Hierbei zeigt sich immer öfter: Digital gestützte Gesundheitslösungen machen nur Sinn in der Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen. Gesundheitsallianzen zu organisieren, dazu braucht es regionale Plattformen und Treiber – oft sind es gerade die Gesundheitsregionen, die diesen Ball spielen. Auch für das große Digitalisierungsprojekt des Gesundheitswesens gilt, dass wir es mit einem umfassenden soziotechnischen Transformationsprozess zu tun haben, oder in Abwandlung von James Carville: „Digital Health Economy? It's the social, stupid!“

Dr. Maren Grautmann, Geschäftsstelle des NDGR e. V., Berlin

Uwe Borchers, Stellv. Vorstandsvorsitzender des NDGR

Dr. Petra Rambow-Bertram, Stellv. Vorstandsvorsitzende des NDGR

Save the Date

Parlamentarischer Abend des NDGR

Digitalisierung mit Versorgungshaftung

28. November 2019, 18:30 Uhr

Kaiserin-Friedrich-Haus | Robert-Koch-Platz 7 | 10115 Berlin



Partnerschaft schafft Sicherheit: Wie Krankenhäuser bei Betrieb und Modernisierung ihrer Infrastruktur erfolgreich externes Know-how nutzen können.

In der Automobilindustrie gilt das Prinzip der spezialisierten Arbeitsteilung: Alles, was nicht zum Kerngeschäft gehört und für den Autofahrer nicht kaufentscheidend ist, vergeben die Hersteller an hoch spezialisierte Partner. Diese können die entsprechenden Komponenten meist qualitativ hochwertiger und effizienter entwickeln und produzieren. Die Hersteller können ihre Ressourcen ganz auf das konzentrieren, was ein Auto für den Käufer vornehmlich ausmacht: den Motor und das Design. Ein Prinzip, das auch im Krankenhaus funktioniert.

Dort verlangt der Kunde, also der Patient, vor allem eines: schnell wieder gesund zu werden. Dazu braucht es gute Medizin und Pflege – die Kernkompetenzen eines Krankenhauses. Beides setzt aber eine aufwendige Infrastruktur voraus, die mit dem Fortschritt der Technik immer komplexer wird. Ihr Betrieb und ihre kontinuierliche Erneuerung sind sowohl eine wirtschaftliche als auch eine fachliche Herausforderung und gehören zudem nicht zum Kerngeschäft eines Krankenhauses. Deshalb bieten sich hier auch in der Gesundheitswirtschaft Partnerschaften an. Dazu zählen längst nicht nur die Speisen- und Wäscheversorgung, sondern insbesondere auch anspruchsvolle technische Dienstleistungen wie der Betrieb der Medizintechnik, die IT, die Sterilgutversorgung sowie die Haus- und Betriebstechnik. Der Partner übernimmt die komplette Verantwortung für deren Funktionalität. Feste Budgets und Service Level Agreements mit Bonus- und Malusregelungen sichern eine hohe Qualität und Effizienz.

Von einer Partnerschaft bei der technischen und baulichen Infrastruktur kann das Krankenhaus vielfach profitieren: Es erhält zum einen Zugriff auf das Know-how

des Partners, was angesichts des Fachkräftemangels immer wichtiger wird, sowie auf dessen Erfahrungen aus anderen Projekten. Zum anderen überträgt das Krankenhaus Verantwortung und Risiken an den Partner. Darüber hinaus erhält es finanzielle Sicherheit durch fest vereinbarte Budgets. In der Regel können die Partner dank besserer Einkaufskonditionen und durch die Einführung von standardisierten und digitalisierten Prozessen deutliche Kostenvorteile erzielen.

Die dadurch eingesparten Kosten lassen sich dann ganz oder teilweise für die Medizin und die Pflege oder andere erforderliche Investitionen verwenden. Sind Letztere das Ziel, sollten diese in eine Partnerschaft mit einbezogen werden, denn durch eine enge Verknüpfung von Planung, Errichtung und technischem Betrieb lässt sich eine noch höhere Effizienz erzielen als durch eine optimierte technische Betriebsführung allein. Insbesondere durch Investitionen in Innovationen kann die technische Infrastruktur die Prozesse in Medizin und Pflege optimal unterstützen und so zu einer besseren Ergebnisqualität beitragen.

Das Gelingen einer Partnerschaft setzt voraus, dass der Partner nicht nur über eine umfassende Fachkompetenz verfügt, sondern auch über einschlägige Erfahrungen im Krankenhaus. Nur die Kenntnis aller Abläufe im Krankenhaus ermöglicht es ihm, seine Dienstleistungen entsprechend den Bedürfnissen von Medizin und Pflege passgenau zu erbringen.

Dr. Andrea Bronner, Geschäftsführerin von VAMED Deutschland, Berlin



Gut gemeint ist nicht gleich gut gemacht

Die politische Offensive und der Tatendrang des Bundesgesundheitsministers, dessen Tempo nicht zu überbieten ist, sind zwar sicherlich gut gemeint, aber deswegen noch lange nicht gut gemacht. Mit kraftvollen und wohlwollenden Versprechungen einer segensreichen Pflegezukunft wurden Gesetze auf den Weg gebracht, deren Umsetzungskomplexität leider genau das Gegenteil bewirken wird. Die Zeit drängt! Die Ziele und Absichten im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) sind ohne

Zweifel richtig und notwendig und mithin gut gemeint. Wie aber reagiert die Praxis, wie die Kliniken in der Gesamtheit ihrer Organisation?

Das „Herauslösen“ der Pflegepersonalkosten aus dem heutigen G-DRG-System ist extrem komplex und betrifft das Gesamtgefüge der Organisation eines Krankenhauses. Die Folgen für das Gesamtsystem Krankenhaus – und eine spürbare Stärkung für die Pflegepraxis – sind nicht

absehbar. Im Gegenteil! Die ersten spür- und sichtbaren Reaktionen der Kliniken konterkarieren die gut gemeinte Zielsetzung:

- Sämtliche Unterstützungsleistungen aus Organisation, Service und Logistik fallen zurück auf die Pflege.
- Der gewünschte Zeitgewinn für Patienten zur systematischen Pflegeprozessarbeit wird unsystematisch auf Unterstützungsleistungen verlagert.
- Der Pflegeberuf verliert erneut an Attraktivität: Wer will denn zurück in die Vergangenheit?
- Ein Anreiz für akademisch qualifizierte Pflegekräfte bleibt auf der Strecke. Bisherige Stellen fallen ins DRG-Rumpfbudget, und der Ausgang dort ist ungewiss.
- Innovationen und Freiräume für notwendige Zukunftsprojekte wie elektronische Dokumentationsentwicklung, Digitalisierungsprojekte, Pflegeprozess und Diagnostik sowie Therapiepflege bleiben weiter Wunschdenken.

Die Idee, die alte Pflegepersonalregelung (PPR) zu reanimieren, ist ein fataler, ja historischer Fehler! Es gibt keinen inhaltlichen Bezug zu einer Pflege im Jahr 2019, und ich zweifle an, dass dieses Personalbemessungsinstrument bereits existierende Pflegeinterventionen und Pflegediagnosen ersetzen kann, die in den letzten 25 Jahren entwickelt wurden. Für mich völlig unverständlich, denn wir legen heute die Basis für eine pro-

fessionelle Pflege für das nächste Jahrzehnt. Es käme ja auch niemand auf die Idee, den neuesten Automotor mit einem Update der 1990er Jahre zu „tunen“.

Aus meiner Sicht bedarf es dringend eines Um- und Neudenkens bei Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, den Selbstverwaltungspartnern, den Gewerkschaften und dem Deutschen Pflegerat, der ohne die Unterstützung des Bundesverbandes Pflegemanagement verhandelt. Hierzu gehören Mut und die Einsicht, dass das gut gemeinte, aber eben nicht gut durchdachte Konzept leider mehr Nachteile als die vermeintlichen Stärkungsvorteile zur Folge hat.

Lösungen, die mehr *Pflegeinhalte* bewirken, die für mehr Leistungstransparenz sorgen und die Qualität der Pflege abbilden und die gleichzeitig den Bürokratieaufwand deutlich senken, liegen dem Ministerium, dem InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) vor. Leider sind es nicht immer die einfachen Lösungen, die erfolgversprechend sind. Zeigen wir kraftvoll Mut und die Weitsicht, sich jetzt noch einzubringen und die Fehler zu korrigieren, bevor sie für die nächsten Jahrzehnte festgeschrieben werden.

Marie-Luise Müller, Pflegequalitätsmanagerin; Vorsitzende der Deutsch-Chinesischen Gesellschaft Pflege e. V., Berlin

DRG plus: Die Pflege gehört ins Behandlungsteam

von Prof. Heinz Lohmann, Ehrenvorsitzender der Initiative Gesundheitswirtschaft e. V., Berlin

Die Politik handelt jetzt – und wie! Nachdem die Pflege in aller Munde ist. Das ist gut so, könnte man meinen. Allerdings bestehen auch Gefahren. Wenn der öffentliche Druck sehr groß wird, neigen Politiker zu vermeintlich schnellen und einfachen Lösungen. Die Lage ist aber komplex, und die Herausforderungen sind vielfältig. Ganz zentral ist deshalb, die Pflegekräfte in die aktuell anstehenden Veränderungen einzubeziehen. Sie sind auch die Experten für die Interessen der Patienten, weil sie ihnen im Klinikalltag am nächsten stehen. Dieser Sachverstand ist künftig bei der Ausrichtung der Krankenhäuser auf die Erwartungen der Patienten von besonderer Bedeutung.

Die aktuelle Sofortmaßnahme der Politik, die Pflege aus der geltenden Leistungsorientierung der Krankenhausfinanzierung herauszulösen und für sie die Selbstkostendeckung wieder anzuwenden, ist zwar verständlich, aber auf Dauer nicht sachgerecht. Das Selbstkostendeckungsprinzip, das 1972 durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Bundesrepublik Deutschland eingeführt wurde, hatte sich schon damals schnell als fehlsteuernd erwiesen. Beginnend bereits ab Mitte der 1970er Jahre, hat die Politik mit einer Vielzahl von Spargesetzen versucht, den Fehlanreizen entgegenzusteuern. Im Selbstkostendeckungsprinzip werden die Krankenhäuser alimentiert. Die Patienten können mit ihren Auswahlentscheidungen keinen steuernden Ein-

fluss auf die Leistungserbringung der Behandlung erwirken. Dieser Grund und die zunehmend ausufernden Kosten haben in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre dazu geführt, Ideen zu einem leistungsorientierten Entgeltsystem zu entwickeln. Das Prinzip lautete: „Geld folgt der Leistung“ – und sollte damit die Patientenpräferenz stärken.

Die überkommene Krankenhausfinanzierung wurde 2003 durch ein umfassendes G-DRG-System abgelöst. Die damit beabsichtigten Ziele, die Verkürzung der Verweildauern sowie eine verbesserte Produktivität, wurden erreicht. Öffentlich beklagt wurden in der Folge aber die Fallzahlausweitung und der Kostendruck, der sich insbesondere in der Pflege belastend ausgewirkt hat. Aus DRG muss deshalb DRG plus werden. DRG plus sollte künftig als patientenzentrierte Krankenhausfinanzierung mit klarem Qualitätsbezug unter Integration der Pflegeleistungen gestaltet werden. Das Patientenwohl muss dabei für die Finanzierungssystematik entscheidend sein. Deshalb gilt es, die Evidenz in der Medizin genauso zu berücksichtigen wie Patient-Reported Outcomes (PROs). DRG plus sollte auf mittlere Sicht zudem auf die ambulante Patientenbehandlung ausgeweitet werden, um die Fehlanreize aus den bisher getrennten Finanzierungssystemen für die stationäre und die ambulante Medizin zu überwinden. Es geht um die Zukunftsfähigkeit unseres Gesundheitssystems.



Angaben gemäß § 5 TMG:
INITIATIVE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT e.V.
Geschäftsstelle
Palisadenstraße 48 | 10243 Berlin

Kontakt:
www.initiative-gesundheitswirtschaft.org
info@initiative-gesundheitswirtschaft.org

V.i.S.d.P.:
Dietmar Reese,
Geschäftsführer IGW e.V.

Konzept und Umsetzung:
Agentur WOK
Grafische Gestaltung:
www.jf-gestaltung.de