

Sanierungsfall Gesundheitswesen

Patientenzentrierte Gesundheitsversorgung als Lösung

Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann

LESEPROBE



Gender-Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform beinhaltet keine Wertung.

1. Auflage 2023

© 2023 mgo fachverlage GmbH & Co. KG, Kulmbach

Druck: Appel & Klinger Druck und Medien GmbH, Schneckenlohe

Das Werk einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen sind unzulässig und strafbar.

www.ku-gesundheitsmanagement.de

Titelbild: © Alexander Limbach; mertsaloff; Lenan – stock.adobe.com

ISBN (Buch): 978-3-96474-692-4

ISBN (E-Book/PDF): 978-3-96474-693-1

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	8
Geleitwort der Herausgeber	10
Vorwort	11
Abkürzungsverzeichnis	14
1 Patientenzentrierung – wir müssen wissen, wovon wir reden	16
1.1 Konsentierete Terminologie – Warum?	16
1.2 Patientenorientierung	17
1.3 Patientenzentrierung	17
1.4 Patientenzufriedenheit	19
1.5 Patientensicherheit	20
1.6 Ausblick	21
2 Fundamente der Patientenversorgung	24
2.1 Gesundheitsversorgung im Überblick	24
2.2 Nichtärztliche Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen	36
2.3 Arzneimittel-, Heilmittel- und Medizinprodukteversorgung	39
2.4 Weitere Ausgabenträger	43
2.5 Ausblick	43
3 Gesundheitsversorgung in Deutschland	48
3.1 Schwachstellen in der deutschen Gesundheitsversorgung	48
3.2 Das Nadelöhr – Öffentliche Kliniken im Brennpunkt	61
3.3 Lauterbachs Gesetzesvorhaben	71
3.4 Ergänzendes Konzept der AOK mit Weitblick	78
3.5 Übergreifende Konzepte der Länder zu einer Optimierung der Gesundheitsversorgung	80
3.6 Bestehende bewährte und weiterhin einzubeziehende Versorgungskonstellationen	81
3.7 Konzepte und Anregungen für neue Wege in der Gesundheitsversorgung . .	86
3.8 Konsentierete Terminologie erleichtert den Informationsaustausch	91
3.9 Konzept des Sachverständigenrats (SVR)	94
3.10 Blick über die Grenzen	96
3.11 Ausblick	99

4	Hemmnisse für eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung	104
4.1	Zuständigkeitswirrwarr auflösen und Prioritäten setzen	104
4.2	Fehlende Gesundheitskompetenz und Fähigkeit zur Gesundheitskommunikation	106
4.3	Einschränkungen durch defizitäre Versorgungsstrukturen und Finanzierung von Krankenhäusern.	112
4.4	Altersdiskriminierung – Gefahr für Patientensicherheit	114
4.5	Patienten als Goldgrube	117
4.6	Faktische und potenzielle systemimmanente Risiken.	126
4.7	Ausblick	129
5	Handlungsoptionen für effiziente Versorgungskonzepte	132
5.1	Elektive Operationen nachholen, Prävention wieder in Kraft setzen und verstärken.	132
5.2	Strategien zu neuen Versorgungskonzepten	133
5.3	Öffentliche Krankenhäuser – Vorschläge zur Kompensation eines Systemfehlers bei Berücksichtigung der Versorgung im Raum Hannover.	139
5.4	Ausblick	147
6	Handlungsoptionen für strukturelle und funktionale Verbesserungen im Gesundheitswesen	150
6.1	Bürokratieabbau.	150
6.2	Finanzierung.	151
6.3	Honorarregelungen	156
6.4	Versorgung mit Arzneimitteln, Heilmitteln, Medizinprodukten	160
6.5	Gewinnung, Bindung und Rekrutierung von ausreichend Personal	161
6.6	Konzepte und gesetzliche Regelungen für die Beseitigung von Engpässen in schwierigen Versorgungsbereichen	162
6.7	Ausblick	164
7	Handlungsoptionen zu gesundheitlichem Wissen und Handeln	167
7.1	Gesundheitskompetenz	167
7.2	Gesundheitskommunikation	169
7.3	Prävention und Patientenaufklärung.	172
7.4	Ausblick	175

8	Handlungsoptionen zu grundlegenden Voraussetzungen für Patientensicherheit	178
8.1	Qualitätsmanagement	178
8.2	Patientensicherheit	183
8.3	Betriebliches Gesundheitsmanagement.	187
8.4	Systemimmanente Risiken	189
8.5	Ausblick	190
9	Handlungsoptionen zu neuen Technologien und Nachhaltigkeit	194
9.1	Prozessorientierung als Basis der Digitalisierung	194
9.2	Digitalisierung als Zukunftsmodell	194
9.3	Künstliche Intelligenz (KI), Telemedizin.	196
9.4	Nachhaltigkeit und Purpose	197
9.5	Ausblick	200
10	Handlungsoptionen für Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen	203
10.1	Mehr Tempo bei Ärztekammern und Ärztetag	203
10.2	Mehr Seriosität und Patientenzentrierung bei Niedergelassenen	210
10.3	Krankenkassen	225
10.4	Ausblick	229
11	Literatur	231
12	Ausblick	234
13	Anhang	236
	Praxistipps	236
	Literaturauswahl nach Sachgebieten (Auswahl)	242
	Glossar	249
	Adressen wichtiger Institutionen	258
	Stichwortverzeichnis	259

*„Die reinste Form des Wahnsinns ist es, alles beim Alten zu lassen
und gleichzeitig zu hoffen, dass sich etwas ändert.“
Albert Einstein (1879–1955)*

Vorwort

Dieses Buch ist in einer Zeit entstanden, in der unser Gesundheitswesen in einem kaum noch zu steigernden desolaten Zustand ist. Ursache ist vor allem massives Politikversagen durch Unterlassung. Schon lange (und unabhängig von Corona) war offenkundig, dass eine umfassende Umstrukturierung des Versorgermarktes zwingend ist. Geschehen ist wenig, wenn auch der amtierende Gesundheitsminister versucht, die Versäumnisse seiner Vorgänger zu kompensieren, zunächst durch eine Neuordnung der stationären Versorgung. Bisher wird aber vor allem nur angekündigt und kaum etwas umgesetzt!

Es gibt eine Fülle weiterer Baustellen wie Pflegenotstand, immer weniger Ärzte, massive Versorgungslücken (Kindermedizin, Palliativmedizin, Psychotherapie), defizitäres Management (Gesundheitspolitik, Versorgungseinrichtungen) und eine unzureichende Finanzierung notwendiger Veränderungen.

Hingewiesen wird immer wieder auf die zahlreichen Gesetze, an denen man arbeitet. Aktuell wird eine Änderung im Umgang mit Cannabis thematisiert mit dem erklärten Ziel der Einschränkung des illegalen Handels mit dieser Droge. Klar scheint bisher nur zu sein, dass der Staat über die vorgesehene Neuregelung Milliarden einnehmen wird. Völlig im Dunklen bleiben hingegen die möglichen Kosten für die Umsetzung, die gesundheitlichen Folgen bei Konsumenten und daraus resultierende Therapien. Ganz zu schweigen vom immensen bürokratischen Aufwand, und dies bei immer lauterem Forderungen nach Entbürokratisierung!

Es fehlt der Gesundheitspolitik ein Gesamtkonzept mit Prioritätensetzung der einzelnen Vorhaben, besonders für rasches und nachhaltiges Handeln zur Beseitigung des erschreckenden Pflegenotstandes und des Ärztemangels. Stattdessen ergibt sich ein wenig transparentes Stückwerk von vorgesehenen Einzelmaßnahmen. Es wird nicht vom Ende hergedacht. Man beginnt einfach reflektorisch an einer Stelle und hangelt sich dann unkoordiniert und taumelnd weiter.

Notwendig wäre (bereits vor Corona) eine Bestandsaufnahme zur Struktur und Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens (unter Einbeziehung qualifizierter Berater und renommierter Wissenschaftler) gewesen, gefolgt von einem Gesamtkonzept zur Zukunftssicherung mit Prüfung der (auch finanziellen) Auswirkungen vorgesehener Veränderungen auf Effizienz und Kosten für die Bürger.

Die Chance dazu wurde mangels föderaler Zwänge, fehlenden Muts der Entscheider und einseitigen Interessen leider verpasst. Es ist deshalb sinnvoll, die einer innovativen Entwicklung unseres Gesundheitswesens hervorstechenden abträglichen Aktivitäten zu identifizieren und Handlungsoptionen zu deren Optimierung vorzustellen.

Dies geschieht zentral im Kontext des vom Autor neu geprägten Begriffs „Patientenzentrierung“. Dieser beinhaltet die Gewährleistung hoher Patientensicherheit auf Grundlage eines effektiven Handlungsrahmens (Qualitätsmanagement mit Risikomanagement und Qualitätssicherung) zu hoher Behandlungsqualität und für den Schutz der Bürger vor profitorientierter Ausbeutung, sei es durch Ärzte, Gesundheitsunternehmer oder Krankenkassen.

Einer übermäßigen finanziellen Belastung der Patienten muss zwingend durch geeignete Maßnahmen vorgebeugt werden. Jeder Patient, unabhängig von Status und regionaler Verankerung, muss die für ihn notwendige Behandlung erhalten können!

Ob die Stärkung des ambulanten Bereiches (auch in Zusammenhang mit der explosionsartigen Ausbreitung privater Investoren) dazu eine gute Handlungsoption sein kann, ist zu bezweifeln. Mehr Macht für die Kassenärztlichen Vereinigungen zu Lasten der Stationären Versorgung dürfte die bereits jetzt durch die KBV induzierte Honorarspirale (mit dem gebetsmühlenartig wiederholten Mantra von der „Honorarinsuffizienz“ niedergelassener Ärzte) nicht mehr beherrschbar machen. Das Eintreten dieser Entwicklung vorausgesetzt, dürfte das Versprechen des Gesundheitsministers „Mehr Qualität und weniger Ökonomisierung“ in der Bedeutungslosigkeit zerfließen.

Der Autor versteht sein Buch als „Weckruf“, besonders für die Notwendigkeit der Bewahrung von Patientenrechten*. Adressaten sind gesundheitspolitische Entscheider, ärztliche Körperschaften, Mitarbeitende aus den verschiedenen Berufsgruppen in Versorgungseinrichtungen, ebenfalls Patienten. Praxistipps, Kontrollfragen zur Überprüfung des Wissensstandes, ein Glossar und ein Stichwortverzeichnis runden die Inhalte ab.

3 Gesundheitsversorgung in Deutschland

Das Kapitel gibt einen Überblick über die vorgesehenen Planungen und erste Neuregelungen des amtierenden Gesundheitsministers. Weiterhin werden Defizite und Vorschläge zur Optimierung der Gesundheitsversorgung dargestellt. Fokussiert wird auf gesetzliche Regelungen, Grundlagen für Patientensicherheit wie Gesundheitskompetenz und Gesundheitskommunikation, die Finanzierung von Krankenhäusern, die Versorgung in Ballungsgebieten, Digitalisierung und Krisenprävention. Darüber hinaus werden neue Versorgungskonzepte der Länder und bewährte Versorgungskonstellationen als Anregungen für die Umsetzung ähnlicher Konzepte vorgestellt. Besonderes Augenmerk wird auf Öffentliche Krankenhäuser gerichtet mit der Frage, ob diese dauerhaft bestehen sollten. Abgerundet wird das Kapitel durch eine Betrachtung der vorgesehenen Stärkung der ambulanten Versorgung im Kontext der Rolle privater Investoren.

Merke

Fehler sind überall möglich. Deshalb wird es immer wieder zu Unterlassungen und daraus resultierenden fehlerhaften Einschätzungen und Entscheidungen kommen, die toleriert werden müssen. Allerdings: Aus Fehlern muss man auch lernen, um Optimierungen umsetzen zu können. Das Motto: „Es ist alles gut, wir haben das immer so gemacht“ darf nicht gelten. Es bedeutet Stillstand, das Gesundheitswesen braucht aber Fortschritt mit Innovation!

Hier passt eine philosophische Einschätzung:

*„Niemand macht einen größeren Fehler, als jener, der nichts tut,
weil er glaubt nicht viel bewirken zu können.“
(nach Edmund Burke, Philosoph)*

3.1 Schwachstellen in der deutschen Gesundheitsversorgung

Schwachstellen der Gesundheitsversorgung gibt es in Deutschland, wie auch in anderen Ländern. Bisher haben diese nicht dazu geführt, dass unser Gesundheitssystem vor dem Kollaps steht. Dies ergibt sich aus seiner grundlegenden zielführenden Struktur und überschaubaren Zuständigkeiten. Ungeachtet dessen gibt es massiven Reformbedarf, nicht nur seit Corona. Die Krise hat die bereits vor ihrem Beginn vorliegenden Defizite schonungslos offengelegt und gezeigt, dass nunmehr gehandelt werden muss.

Chancen für eine grundlegende Strukturreform

Eine zielführende große Strukturreform der Gesundheitsreform ist in Deutschland noch nicht greifbar, trotz Gebrauchs des Schlagwortes „Revolution“. Zu vielfältig sind die Interessenlagen und Vorstellungen, auch der verschiedenen Bundesländer. Übersteigerter Pessimismus ist dennoch nicht angesagt (s. Kap. 3.3).

Wenn auch derzeit eine Erklärung des amtierenden Gesundheitsministers die andere jagt, ohne den Bürgern Klarheit geben zu können, was wann wo erfolgen und umgesetzt werden soll und zusätzlich in einer Talkshow gewöhnungsbedürftige Aussagen zur Legalisierung von Cannabis erfolgt sind, geht es langsam (wenn auch ohne erkennbare Gesamtstrategie) voran.

Einzelne Vorhaben wurden bereits umgesetzt (Neuklassifizierung der Krankenhäuser, Erweiterung des Katalogs für ambulante Operationen, Anreize für Pharmaunternehmen zwecks Auflösung der Engpässe für Arzneimittel, s. auch Kap. 3.3).

Föderalistisch bestimmte Gesundheitspolitik

Die deutsche Gesundheitspolitik ist in modifizierter Form föderalistisch ausgerichtet. Entscheidungen des Bundes müssen mit den Ländern abgestimmt werden, ein oft sehr komplizierter und schwieriger Prozess. Dies wird kontinuierlich deutlich durch das Abweichen von Vorstellungen des Bundes durch die Länder, aber auch parteipolitischen Streit innerhalb der Ampelkoalition (z. B. zu Fragen der Masken- oder Testpflicht). Für die Bevölkerung ein Desaster. Es ist schwer zu identifizieren, wie, was, wann und wo zu tun ist. Der notwendige Anspruch an eine angemessene Gesundheitskommunikation (Kap. 7.2) ist damit nicht erfüllbar.

Unternehmensführung

Die zunehmende Feststellung: „Krankenhäuser sind moderne Unternehmen“ trifft den Kern nicht. Von innovativer Unternehmensführung ist in deutschen Krankenhäusern häufig wenig erkennbar, s. z. B. Klinikum der Region Hannover (Kap. 3.2). „Gute Kommunikation und Kooperation“ muss das Credo lauten. Wer noch nicht ganz weiß, was damit gemeint ist, sollte sich an einem gut funktionierenden Orchester orientieren (Gansch 2011).

*„Musik ist die Melodie, zu der die Welt der Text ist.“
Arthur Schopenhauer*

Gesetzliche Regeln zur Privatisierung

Die Privatisierung schreitet voran, nunmehr im ambulanten Bereich. Gesetzliche Festlegungen gibt es in Ansätzen, aber weiterhin „offene Türen für Profitorientierung“. Sie sind ein hervorragendes Einfallstor für private Investoren im Hinblick auf Arztpraxen (ARTEMIS), Medizinische Versorgungszentren, Ärztenetze und inzwischen auch Zahnarzt- und Tierarztpraxen (NESTLE).

Inzwischen hat der Gesundheitsminister aber ein Gesetz angekündigt, das die Übernahme von Praxen durch private Investoren aushebeln soll.

Gesetzliche Regeln zu Systemimmanenten Risiken

Sie lauern an vielen Stellen, z. B. in Bezug auf die Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten, aber auch in Bezug auf fragwürdige obskure ärztliche Vereine. Handlungsbedarf ist zwingend! (s. auch Kap. 4.5, Hellmann 2021 und 2022).

Gesundheitskompetenz und die Fähigkeit zur Gesundheitskommunikation

Beide Eigenschaften sind in der deutschen Bevölkerung nicht ausreichend verankert (Hellmann 2022). Botschaften erreichen die Bevölkerung nicht ausreichend und führen beispielsweise zu mehr Erkrankungen und Todesfällen (Corona).

Fehlende Fähigkeit zur Gesundheitskommunikation bei Gesundheitspolitikern ist eine ernste Gefahr für die Patientensicherheit!

Patientensicherheit

Patientensicherheit ist nicht breit verankert, es fehlen greifende gesetzliche Regelungen zur Ausschaltung systemimmanenter Risiken oder Risiken mit systemimmanentem Potenzial wie Medizinprodukte, Arzneimittel, ominöse ärztliche Gruppierungen etc. (Hellmann 2022a und b).

Integrierte Versorgung

Integrierte Versorgung ist flächendeckend bis heute (nach vielen Jahren) immer noch nicht realisiert), damit wird insbesondere die Gesundheit alter Menschen aufs Spiel gesetzt. Sie benötigen eine „Sektorenübergreifende Versorgung ohne Brüche“.

Fallpauschalen

Die Fallpauschalen (DRG) mit hoher Durchschlagskraft für die prekäre Finanzsituation der Krankenhäuser existieren momentan noch weiter, vom Gesundheitsminister sind aber Änderungen vorgesehen.

Duale Finanzierung

Da die Bereitstellung von Investitionsmitteln durch die Länder mehr als schleppend ist, steht die Duale Finanzierung möglicherweise vor dem Aus.

Eine zusammenfassende Übersicht über Merkmale der deutschen Gesundheitsversorgung zeigt die nachfolgende Abbildung (► Abb. 3).



Abb. 3: Schwachstellen der deutschen Gesundheitsversorgung

(Quelle: Eigene Darstellung)

Versorgung in Ballungsgebieten

Die Versorgung in Ballungsgebieten (wie z. B. der Region Hannover) ist, trotz hoher Arztdichte, oft fragmentarisch. Es gibt kaum gemeinsame oder abgestimmte Medizinstrategien der verschiedenen Versorger. Dies wird z. B. deutlich durch die massiven Defizite in der Palliativversorgung und der Kindermedizin, aber auch durch politisches Unvermögen der Entscheider vor Ort.

Lichtblick

Es gibt aber Licht am Horizont, zumindest in Hannover. Die Kliniken wollen mehr kooperieren und machen dies sichtbar durch die Unterstützung des Krankenhauses auf der Bult (Kinderklinik), indem sie mit Personal aushelfen wollen.

Versorgung in Brennpunkten

Besonders problematisch ist die Versorgung in Brennpunkten. Niedergelassene stehen (wie in Hamburg-Billstedt) kaum zu Verfügung, insofern ist eine Weiterführung des Modells „Gesundheitskiosk“ in diesem Bereich (Hellmann 2022a) unbedingt erforderlich. Nach Ausstieg einer Krankenkasse erfolgt nun aber erfreulicherweise eine Weiterführung durch die AOK. Die weitere Einrichtung eines Kioks soll in Hamburg-Lurup erfolgen.

Versorgung in strukturschwachen Gebieten

Die mangelnde Versorgung in strukturschwachen Gebieten ist bekannt. Ursache ist vor allem, dass der ärztliche Nachwuchs sich lieber in Ballungsgebieten ansiedelt. Hinzu kommt, dass Krankenhäuser geschlossen werden sollen und offen ist, wie die Versorgung zukünftig gestaltet werden soll (Hellmann 2021 a u. b).

Stationäre Versorgung

Eine massive Veränderung steht im Fokus der Interessen von Klinikketten, Krankenkassen und Gesundheitsökonomien. Vorgesehen ist eine „**Strukturreform der Krankenhäuser**“ mit Abschaffung kleiner Krankenhäuser (vor allem im ländlichen Bereich) zugunsten großer Krankenhäuser und Universitätskliniken. Dies könnte bei Umsetzung das Ende ortsnahe Versorgung für alte und gebrechliche Patienten bedeuten.

Erste Vorstellungen des Gesundheitsministers gehen bereits in diese Richtung.

Bestimmte Interventionen sollen künftig auch ohne Übernachtungen möglich sein und von den Krankenhäusern abgerechnet werden können. Dies soll tagsüber mehr Kapazi-

täten beim knappen Pflegepersonal schaffen, wenn Nachtschichten nicht mehr besetzt werden müssen.

Ambulante Versorgung

Es ist erklärtes Ziel der Politik und ärztlicher Körperschaften (KBV 2022), die ambulante Versorgung zu stärken (Beinhauer 2022, IGES 2022), einzelne, annähernd präzise Aussagen bleiben bisher jedoch aus, obwohl Länder schon den Weg zeigen (z. B. Rheinland-Pfalz) und auch gerade ein Zeichen durch den Gesundheitsminister gesetzt worden ist: Massive Erweiterung der Möglichkeit zu Operationen durch niedergelassene Fachärzte (Vereinbarung zwischen KBV und Krankenkassen mit Wirkung zum Januar 2023).

Unabhängig davon, dürfte man davon ausgehen können, dass der ambulante Bereich zukünftig in der Versorgung beherrschend werden könnte, zumal der „Run auf die ambulante Versorgung“ bereits auf einen ersten Höhepunkt zusteuert.

- Private Investoren fokussieren auf Praxen von Fachärzten
Im Mittelpunkt stehen Praxen von Augenärzten, Radiologen, Orthopäden und HNO-Ärzten.
- MVZ werden von privaten Investoren erworben oder aufgebaut.
- Ebenfalls gekauft werden Zahnarztpraxen und selbst Tierarztpraxen (Priesemann 2022).
- Private Klinikkettenbetreiber „stellen um“, auch mit „Ausdünnung“ von Chefärzten in ihren Kliniken zugunsten von MVZ (Jensch 2022),
- Beratungsunternehmen als Auftragsnehmer privater Klinikkonzerne scharren bereits massiv mit den Hufen, man wittert das ganz große Geschäft, „Goldgräberstimmung“ macht sich breit. Immer neue ambulant orientierte Versorgungskonzepte werden von Beratungsunternehmen vorgestellt (Kap. 3.7).

Exkurs: Die Health Care Business GmbH (heb)

Dies ist ein besonders rühriges Beratungsunternehmen mit Verankerung im RWI in Essen. Ziele sind laut eigenen Angaben die Schaffung von Transparenz im deutschen Gesundheitswesen und die Unterstützung bei der Weiterentwicklung von Verbänden, Einrichtungen oder einzelnen Leistungssegmenten. Erreichen will das Unternehmen diese Ziele mit der Erstellung von Studien über Teilmärkte des Gesundheitswesens, z. B. Beispiel durch den „Krankenhaus Rating Report“ oder „Pflegeheim Rating Report“ und durch die Durchführung von Beratungsprojekten mit strategischem und operativem Fokus. Kunden sind z. B. Leistungserbringer des Gesundheitswesens, deren Geschäftspartner und Investoren.

Einer der Geschäftsführer mit hoher Beratungsaaffinität ist Vorstand der Stiftung Münch, die vom Gründer des privaten Konzerns Rhön-Klinikum Eugen Münch seinerzeit ins Leben gerufen wurde. Dieser leitete viele Jahre den Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK). Das Rhön-Klinikum wird heute vom privaten Klinikkettenbetreiber „Asklepios“ als Anteilseigner dominiert.

Die „Strukturbereinigung des Krankenhausmarktes“ mit Schließung kleiner Krankenhäuser zugunsten großer Klinikketten dürfte nach wie vor wichtiges Ziel der genannten Akteure sein. Daran ändern weder das von Münch propagierte „Netzwerk-konzept“ noch die von anderen privaten Betreibern gelegentlich vorgegebene Ausrichtung auf regionale Versorgungszentren wenig. Diese dürfte eher Alibicharakter haben (s. auch Beispiel, unten). Inzwischen hat man aber offenbar erkannt, dass eine weniger offensive Strategie „als lautes Rufen nach der Eliminierung kleiner Krankenhäuser“ sinnvoll ist (s. Beispiel, nachfolgend).

Im Auftrag der Münch-Stiftung wurde (unter Einbeziehung des genannten Instituts und der Oberender AG als Studiennehmer) eine Erweiterung des Konzepts „Integrierte Gesundheitszentren – IGZ“ (Schmid und Hacker 2021) entwickelt.

Das Konzept (Lueke et al. 2023) wird begründet durch den „Wunsch“ nach der Bestand-sicherung kleiner Krankenhäuser. Diese gibt das Konzept allerdings nicht her. Es erfolgt lediglich eine Kompensation durch ambulante Leistungserbringer im Kontext der Nutzung der Räumlichkeiten des (früheren) Krankenhauses, wobei allerdings eine Fachklinik zur Behandlung ausgewählter Krankheitsbilder berücksichtigt wird (s. auch Kap. 3.7). Die bekannte Strategie zur Eliminierung kleiner Krankenhäuser wurde somit in keiner Weise verlassen. Das Konzept ist nicht mehr als die nach wie vor erfolgende Fixierung privater Anbieter und deren Berater auf die Schließung kleiner Krankenhäuser, wenn auch eher intransparent „durch die Hintertür“.

9 Handlungsoptionen zu neuen Technologien und Nachhaltigkeit

Stand und Defizite der Digitalisierung im Kontext von Prozessorientierung werden dargestellt und Hinweise zur Nutzung Künstlicher Intelligenz (KI) und der Telemedizin gegeben. Die Bedeutung von Nachhaltigkeit und Purpose wird ebenfalls thematisiert.

9.1 Prozessorientierung als Basis der Digitalisierung

Prozessorientierung bzw. die prozessorientierte Organisation als Alternative zur funktionalen Organisation im Krankenhaus (Dahlgaard et al. 2020) ist Basis für die Digitalisierung (Hellmann 2021 a u. b) und damit für ein Mehr an Patientensicherheit. Insoweit sind Krankenhäuser gut beraten, Digitalisierung breit umzusetzen, so wie es ihre Möglichkeiten zulassen.

9.2 Digitalisierung als Zukunftsmodell

Digitalisierung ist in aller Munde, für Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung dient sie als Wundermittel. Übergreifend betrachtet ist sie allerdings ein Stiefkind. Wie gerade festgestellt worden ist (Voigt 2022), sind von 575 Verwaltungsleistungen gerade einmal 33 digital verfügbar.

Im Gesundheitswesen wird das Instrument ebenfalls nur zögernd etabliert. Es gibt einen Hype um „Smart Hospital“ (Eusterholz 2020, Werner et al. 2020, Lang 2023). Ein sicheres gutes Konzept, das allerdings derzeit nur von leistungs- und finanzstarken großen Krankenhäusern umgesetzt werden kann (Blaser et al. 2020). Ihm zugeschriebene Vorteile wie „empathische und zutiefst menschliche Medizin“ (Werner et al. 2020) sind bisher Wunschdenken, marketingstrategisch orientiert („Essen zeigt wie es geht“) und über Studien nicht verifizierbar.

Eine aktuelle Studie macht deutlich, Krankenhäuser arbeiten häufig ohne IT- oder Digitalisierungsstrategie (Redmann und Dessel 2022). Die Autoren empfehlen aufgrund der gegenseitigen Beeinflussung, dass diese im Tandem reorganisiert und erweitert werden. Ähnliches gilt für die Digitalisierung in Notaufnahmen mit massiven Defiziten in der Anwendung digitaler Techniken (Klinik Management aktuell 2022).

Praxistipp

Vernachlässigen Sie bitte die bekannte Vorstellung: „Bei uns ist alles gut, wir machen alles sowie immer“. Kümmern Sie sich! Es gibt zahlreiche gute Konzepte zur Planung und Umsetzung von Digitalisierung und auch praktische Vorbilder, die Ihnen aufzeigen können, was sie tun müssen, um im zunehmend schärferen Wettbewerb „die Nase vorn haben zu können“. „Das Rad muss nicht neu von Ihnen erfunden werden“!

*„Wer analog denkt, wird die Vorteile der Digitalisierung nie verstehen“.
Marc Ruoß*

Fortschritte nach Taumelbewegungen

Digitale Gesundheitsanwendungen (Thomas Müller, Associate Partner bei Mc Kinsey und Herausgeber des E-Health Monitors E-Health Monitor von McKinsey) sind offensichtlich auf dem Vormarsch, z. B. Anwendungen zur Nutzung für die Patientenversorgung. Eine Stärkung der Versorgungsqualität ist das gute Ergebnis.

Ein Großteil der Arztpraxen und Apotheken soll mittlerweile an die **Telematikinfrastruktur (TI)** angeschlossen sein (96 Prozent der Hausarztpraxen und 99 Prozent der Apotheken). Das bedeutet nicht nur Chancen für eine bessere Patientenbetreuung in ländlichen Regionen, sondern auch Möglichkeiten zur Kompensation des Pflegemangels.

Bei der **Elektronischen Patientenakte(ePA)** sieht es weniger gut aus. Sie wird bisher von weniger als einem Prozent der Versicherten genutzt (560.000 Nutzer, Stand November 2022), obwohl sie seit Januar 2021 gesetzlich Versicherten zur Verfügung steht. Bisher ist die Nutzung freiwillig. Auf Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz erfolgt die Prüfung der Einrichtung eines sogenannten „**Opt-out Verfahren**“ (Juli 2022). Dies wurde Anfang November von der **gematik** beschlossen.

Das **E-Rezept** nimmt an Fahrt auf. Laut E-Health Monitor wurden 655.000 E-Rezepte eingelöst. Im Juli waren es nur 44.000. Das E-Rezept ist noch in der Erprobungsphase.

Kommentar

Es gibt aber nach wie vor Störungen aus dem Bereich der KV. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe hat Anfang November die Einführung der elektronischen Verschreibung ausgesetzt (s. auch Kap. 10.2). Die gematik hält allerdings am Ziel der flächendeckenden Einführung für 2023 fest.

Fortschritt – Krankschreibung digital ab Januar 2023

Immerhin ist nunmehr die digitale Krankschreibung auf den Weg gebracht. Für GKV-Versicherte: Die Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung entfällt ab 1. Januar 2023. Am Tag des Arztbesuches wird die Bescheinigung durch den Arzt an die Krankenkasse übermittelt. Von da gelangt sie dann elektronisch zum Arbeitgeber. Ein entsprechendes Angebot für Privatversicherte gibt es bisher nicht. Unabhängig von der Krankschreibung muss der Versicherte, wie bisher, rechtzeitig zum Arzt gehen, damit die Krankschreibung erfolgen kann. Unterrichtet werden muss auch der Arbeitgeber, dass die Arbeit nicht aufgenommen werden kann. Angaben zur Dauer des Ausfalls sind ebenfalls erforderlich. Der Datenschutz bleibt dauerhaft gesichert, Angaben zur Diagnose oder dem Befund erhält der Arbeitgeber nicht.

Wunsch nach digitalen Angeboten

Mehr als 50 Prozent der Patienten wünschen sich mehr digitale Angebote, z. B. in den Bereichen Online-Terminvereinbarung, digitale Rezeptbestellung oder digitale Befundmitteilung.

Quelle: Verbraucherzentralen Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz.

Praxistipp für Bürger und Patienten

Titel eines Merkblattes des Apothekerverbandes: „Mit dem E-Rezept ist alles wie immer. Nur digital“. Genauso ist es! Im Merkblatt finden Sie alle wesentlichen Informationen, z. B. zur Einlösung per Handy, zum Datenschutz und zum Vorgehen bei Verlust Ihres „Schlüssels“ zum Rezept.

Quelle: www.das-e-rezept-kommt.de Hrsg.: ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V. Berlin

9.3 Künstliche Intelligenz (KI), Telemedizin

Fokussieren Sie ebenfalls auf **Künstliche Intelligenz (KI)** zur Unterstützung von Entscheidungen ärztlicher Tätigkeiten (Deutsches Ärzteblatt 2021), wo es machbar und sinnvoll

erscheint. Berücksichtigen Sie: Künstliche Intelligenz durchdringt immer mehr Bereiche. Sie eröffnet neue Möglichkeiten. Große Datenmengen können zielgerichtet bearbeitet werden. Für die Aufdeckung von Betrug wird sie von den Krankenkassen zur Aufdeckung potenzieller Tatmuster bereits breiter genutzt.

Für die „Baustelle Notaufnahme“ kommt KI ebenfalls bereits zum Tragen. Implementiert wurde am Städtischen Klinikum Mönchengladbach ein „KI-basiertes Assistenzsystem zur Priorisierung in der Notfallaufnahme“. (kma online 2022).

Fallstricke bei Nutzung Künstlicher Intelligenz

Informieren Sie sich intensiv über die Gefahren bei der Anwendung, z. B. in Bezug auf Haftungsfragen und bisher nicht übersehbare Risiken (Fuest, B. 2023, Wipper und Heynicke 2023, Reisinger 2023, Talk Illner 13.04.2023).

Last, but not least! Nutzen Sie, vor allem bei Tätigkeiten im ländlichen Bereich, die Chancen von Anwendungen der Telemedizin! Mit Hilfe dieser Technologie können Sie massive Unterstützung durch große Krankenhäuser oder Universitätskliniken für die Optimierung der Patientenversorgung in Ihrer kooperativen Versorgungsstruktur bzw. in Ihrem Krankenhaus erhalten (Hoff und Stappenbeck 2020).

9.4 Nachhaltigkeit und Purpose

Abstract

Außer Zweifel steht: Der Gesundheitssektor (einschließlich der Versorgungseinrichtungen) muss zum Klimaschutz beitragen. Hier bestehen vielerorts Defizite, deren schnelle Beseitigung zwingend ist. Infolge von Corona und weiteren Herausforderungen für eine gute medizinische Versorgung mit immer neuen Hiobsbotschaften (Situation in der Kindermedizin, keine freien Betten in vielen Krankenhäusern, immer weiteres Ausbluten von Personal) gilt es Prioritäten zu setzen!

Prioritäten setzen!

- Setzen Sie Strukturreformen in Ihrer Versorgungseinrichtung mit besonderem Fokus auf Personalgewinnung und die Herstellung guter Arbeitsbedingungen für alle Mitarbeitenden um!

- Schaffen Sie Anreize für eine erfolgreiche Rekrutierung von Personal!
- Planen Sie parallel dazu Aktivitäten zum Klimaschutz (soweit möglich)!

Primär kann es zunächst nur darum gehen, die derzeitige hochgradig defizitäre Situation in der Patientenversorgung aufzulösen (z. B. Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen und Optimierung palliativmedizinischer oder psychotherapeutischer Betreuung). Ebenfalls dringlich ist das „Nachholen“ elektiver Operationen, die während Corona häufig nicht umsetzbar gewesen sind und die Umsetzung von strukturellen Veränderungen zur Vorbeugung und Bewältigung ähnlicher Krisen wie Corona.

Was bedeutet Nachhaltigkeit?

Entwicklung, die Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt, ohne dabei die Zustände zukünftiger Generationen zu beeinträchtigen (Brundtland-Bericht 1987).

Eine erweiterte Definition bezieht sich auf die Dimensionen

- Umwelt mit Bezug zum Klima
- Soziales mit Bezug zu Mitarbeitenden und der Gesellschaft
- Governance mit Fokussierung auf die Unternehmensführung

Im Vordergrund steht dabei die Frage, wie ich mein Unternehmen so aufstellen kann, dass es mit all seinen Strukturen und Prozessen nachhaltig sein kann (Windolph-Lübben et al. 2022).

Bereits jetzt planen

Ungeachtet des Zeitpunkts realisierbarer Maßnahmen zum Klimaschutz sollte schon jetzt darüber nachgedacht werden, wie Klimaschutz umgesetzt werden kann. Gute Tipps gibt das Gutachten des „Wuppertaler Institut für Klima, Umwelt und Energie“ (Hohenstein 2022).

- Klimaschutzmanagement (3 Jahre)
- Fotovoltaik (2 Jahre)
- Wärme- und Kälteerzeugung (5–10 Jahre)
- Gebäudehüllensanierung (5–10 Jahre)
- LED-Beleuchtung (2 Jahre)
- Heizungspumpensanierung (5 Jahre)
- Lüftungsanlagen (5–10 Jahre)

- Ohne Auto zum Krankenhaus (1 Jahr)
- Ausbau E-Mobilität (3 Jahre)
- Narkosegas (2 Jahre)

An Vorbildern orientieren

Beispielhafte Aktivitäten:

- Krankenhaus Hubertus in Berlin
Vieles wurde getan, somit war es nicht überraschend, dass das Gütesiegel „Energie-sparendes Krankenhaus“ verliehen wurde (Kohrs 2019).
- Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe
Schon lange wird auf Klimaziele fokussiert mit dem erfreulichen Ergebnis, dass massiv CO₂-Immissionen vermindert werden konnten. Kosteneinsparungen waren dabei die Folge (Heeser 2022)

Was bedeutet Purpose?

„Purpose“ bezeichnet den Zweck oder tieferen Sinn des Wirtschaftens. Ein klarer Purpose unterstützt die Strategie, hilft bei der Personalfindung und bindet die besten Kräfte (Stay-Stiftung, Andreas Kugler 2022).

Wer informiert über Purpose und seine Zielsetzungen?

Beispielsweise: **Der Chirurg Prof. Dr. Felix Hoffmann (Apollon Hochschule)**. Er hat den Verein „Purpose Health“ mit dem Ziel eines sinnvollen und nachhaltigen Wandels des Gesundheitswesens gegründet und definiert 3 Prinzipien der Purpose Economy: „Vermögensbindung“, „Werteorientierung“ und „Selbstbestimmungsprinzip“.

Wie kann man die Vereinsgründung bewerten?

Aus Sicht des Autors dieses Buches ist die Gründung des Vereins eine hervorragende Initiative, geprägt besonders durch den Fokus auf das Patientenwohl und weniger auf Unternehmensinteressen. Insoweit kommt sie neuen Vorstellungen des amtierenden Gesundheitsministers nahe, mehr das Patientenwohl zu berücksichtigen und Profitorientierung in den Hintergrund zu stellen.

9.5 Ausblick

Es gibt viel zu tun! Man könnte den Überblick verlieren, Baustelle reiht sich an Baustelle und das Personal wird immer weniger. Zwingend muss gelten: Prioritäten setzen. „Schichten Sie nach und nach ab“ und zwar so, dass das zunächst ermittelte Ergebnis die Basis für den jeweils folgenden Handlungsrahmen ist (etc.). Haben Sie dann ein gutes Reorganisationsergebnis erreicht, können Sie aufgrund Ihrer bereits erfolgten Planungen zu Nachhaltigkeit und Purpose, an deren Umsetzung gehen.

Präziser ausgedrückt: Schaffen Sie prozessorientierte Strukturieren, nicht nur als Grundlage für die Digitalisierung, sondern auch für die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, vor allem von Pflege und Ärzten. Damit können Sie Ihre Patientenversorgung optimieren und zusätzlich Personalmangel kompensieren. Treiben Sie die Digitalisierung voran. Wenn auch die Transformation zu „Smart Hospital“ bei Ihnen eher in Frage steht, nutzen Sie die Möglichkeit der Digitalisierung für die Optimierung der Versorgung und zur Erleichterung der Arbeit Ihres reduzierten Personalbestandes, ebenfalls zum Abbau von Bürokratie. Setzen Sie sich mit den Möglichkeiten der Umsetzung von KI auseinander und prüfen Sie, was in Ihrer Einrichtung machbar und möglich ist!

Die Herausforderungen von Nachhaltigkeit, sollten Sie nicht nur im Auge behalten, sondern dazu Konzepte entwickeln lassen, in Abhängigkeit von sich ergebenden freien Zeitfenstern in Ihrer Einrichtung. Leistungsstarke Projektgruppen unter Einbeziehung von Studierenden aus Medizin und Naturwissenschaften können wertvolle „Zu- und Aufbauarbeit“ leisten. Studierende aus naturwissenschaftlichen Studiengängen sind für Fragen des Klimaschutzes hoch motiviert. Analoges gilt für Vorstellungen zu einem nachhaltigen Wandel im Gesundheitswesen und der Unternehmensführung. Studierende einschlägiger Studiengänge können gute Unterstützung geben, motiviert z. B. durch die Bereitstellung konkreter Themen für Bachelor- oder Masterarbeiten.

Kontrollfragen

1. Unterscheiden Sie zwischen „Prozessorganisation“ und „Funktionaler Organisation“.
2. Was hat „Prozessorientierung“ mit „Digitalisierung“ zu tun?
3. Definieren Sie „Digitalisierung“, welche Bedeutung hat sie für Versorgungseinrichtungen (vor allem auch in schwierigen Zeiten mit massivem Personalmangel)?
4. Was bedeutet Telematikinfrastruktur (TI) und welche Bedeutung hat sie für die Patientenversorgung?
5. „Smart Hospital“ wird als Vorzeigemodell für Krankenhäuser dargestellt. Begründen Sie, warum das nur die halbe Wahrheit ist.
6. Welchen konkreten Nutzen digitaler Anwendungen sehen Sie für Patienten und betreuendes Personal in Versorgungseinrichtungen?
7. Definieren Sie „Telemedizin“ und legen Sie dar, warum die telemedizinische Unterstützung von kleinen Krankenhäusern, z. B. durch Universitätskliniken oder große Krankenhäuser, eine gute Sache ist, vor allem für die Patientenversorgung in strukturschwachen Regionen.
8. Was verstehen Sie unter „Künstlicher Intelligenz (KI) und welche Anwendungsmöglichkeiten für die Patientenversorgung kennen Sie?
9. Begründen Sie die Aussage: „Die Notwendigkeit der Beteiligung von Versorgungseinrichtungen am Klimaschutz ist zwingend“.
10. Welche Maßnahmen zum Klimaschutz müssen, zumindest längerfristig, von einem Krankenhaus ins Auge gefasst werden?
11. Definieren Sie „Purpose“ und begründen Sie, warum dieses Konzept zu den Vorstellungen des amtierenden Gesundheitsministers zur Neugestaltung der Versorgung in Deutschland gut passt?

BESTELLEN SIE JETZT!

JA, ich bestelle

--- Expl. Sanierungsfall Gesundheitswesen
Softcover, 2023, 264 Seiten,
ISBN 978-3-96474-692-4,
39,95 Euro (Print)

--- Expl. Sanierungsfall Gesundheitswesen
PDF, 2023,
ISBN 978-3-96474-693-1,
34,95 Euro (Print)



Widerrufsrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform oder – wenn die Sache vor Fristablauf überlassen wird – auch durch Rücksendung der Ware widerrufen. Die Frist beginnt nach Erhalt dieser schriftlichen Belehrung, jedoch nicht, bevor Ihnen eine schriftliche Auftragsbestätigung vorliegt.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Sache.

Die mgo fachverlage GmbH & Co. KG verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen des Vertragsverhältnisses gem. Art. 6 Abs. 1 lit. b. EU-DS-GVO. Detaillierte Informationen zum Datenschutz finden Sie unter <https://shop.mgo-fachverlage.de/datenschutz>

Unser Bestellservice



09221 949-311

Name / Vorname



kundenservice@mgo-fachverlage.de

Einrichtung



www.ku-gesundheitsmanagement.de

Straße / Hausnummer



oder Bestellung einfach rechts
eintragen und abschicken.

PLZ / Ort

E-Mail

Telefonnummer

Datum / Unterschrift

mgo fachverlage GmbH & Co. KG
E.-C.-Baumann-Str. 5 · 95326 Kulmbach



Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann

Hochschule Hannover und Kompetenzzentrum KoKiK® (Kooperative Kundenorientierung im Krankenhaus), Wissenschaftlicher Leiter des Studienprogramms MHM® (Medical Hospital Manager) für ärztliche Führungskräfte und Initiator des Studienmodells Hannover für Berufe im Gesundheitswesen. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsversorgung in strukturschwachen Regionen, Förderung des ärztlichen Nachwuchses, Patientensicherheit.

Das Gesundheitssystem qualitativ hochwertig gestalten und Bürger vor ausufernder Profitorientierung schützen!

„Das kranke deutsche Gesundheitssystem“ eine begründete Aussage? Nein! Unser Gesundheitssystem ist (trotz Corona-Krise) im Vergleich und in Relation zu dem von anderen Ländern übersichtlich strukturiert und weist weitgehend hervorragende ärztliche und pflegerische Expertise in den Versorgungseinrichtungen auf. Dies gilt vor allem für Krankenhäuser.

Es zeigt aber auch eine Vielfalt von Schwachstellen, reichend von Defiziten in der politischen Entscheidungsfindung über fehlende Strukturveränderungen in Versorgungseinrichtungen bis hin zu wenig Schlagkraft von ärztlichen Körperschaften. Hinzu kommt die immer stärker werdende Fokussierung auf Profitorientierung, ja Profitgier, besonders im niedergelassenen Bereich.

Diesen Gegebenheiten möchte das Buch durch die Identifizierung von Fehlentwicklungen, aber auch durch das Aufzeigen von Handlungsoptionen für notwendige Veränderungen entgegenwirken.

Dies gilt besonders für Vorschläge zur Notwendigkeit von effektiver Gesundheitskompetenz und Gesundheitskommunikation, den Abbau von Bürokratie, angemessene Honorarregelungen, mehr Patientensicherheit, mehr Bemühungen um Mitarbeitergesundheit und effizientere auf Patienten bezogene Entscheidungsfindungen bei Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen.

Gelten muss das Primat: „Gesundheit muss für alle da sein“, einer Differenzierung zwischen Versicherten der GKV und der PKV bedarf es dazu nicht!

Das Buch zeigt vielfältige Lösungswege zur Optimierung bestehender Defizite in der deutschen Gesundheitsversorgung auf.

Adressaten sind gesundheitspolitische Entscheider, Führungskräfte und Mitarbeitende aus Versorgungseinrichtungen. Angesprochen ist aber auch der ärztliche und pflegerische Nachwuchs. Er wird das Gesundheitswesen, und hier vor allem die Versorgungseinrichtungen, zukünftig mitgestalten.

Das vorliegende Buch ist Teil der Buchreihe „Kurswechsel – Patientenversorgung für neue Herausforderungen positionieren“.