

KRANKENHAUS-IT PLATTFORM-
ÖKONOMIE AM HORIZONT
INTENSIVMEDIZIN TELEMEDIZIN
& CO MACHEN DEN UNTERSCHIED
KRANKENKASSEN ZUGANG ZU
VERSORGUNGSDATEN GEFRAGT



KHPFLEG: INDUSTRIE BLEIBT AUSSSEN VOR

Strammes Akronym, wenig stringente Umsetzung: Beim KHPfLEG vergibt die Bundesregierung Chancen, die Digitalisierung politisch besser auszurichten.

INHALT

- 68** Studie zu deutschen Notaufnahmen
- 69** Success Stories Telemedizin
- 69** eID fürs Gesundheitswesen
- 70** Interview: Melanie Wendling, neue bvitg-Geschäftsführerin



Der **BVITG-MONITOR** auf den Seiten 66 bis 71 dieser Ausgabe von **E-HEALTH-COM** wird verantwortet vom Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e.V., Friedrichstraße 200, 10117 Berlin.

v. i. S. d. P.: Melanie Wendling

Gesetze, die über ihr Kernthema hinaus diverse andere Gesetzesänderungen unterbringen, werden im politischen Jargon Omnibus-Gesetze genannt. Sie sind vor allem dann umstritten, wenn sie kaum Zeit für Stellungnahmen geben. So geschehen beim Krankenhauspflegeentlastungsgesetz, kurz KHPfLEG. Der Referentenentwurf lieferte neben pflegerelevanten Punkten ein kleines Digitalisierungsgesetz gleich mit aus – den Verbänden und der IT-Industrie blieb kaum eine Woche Zeit für Kommentare.

Letztlich scheint die Industrie position auch niemanden interessiert zu haben: Zwar nahmen an der KHPfLEG-Anhörung zahlreiche Verbände teil, darunter der bvitg. In den am 14. September verabschiedeten Kabinettsentwurf fanden aber kaum Verbändeanehrungen Eingang. „Das Ergebnis ist ein Gesetz, das der Selbstverwaltung mehr Verantwortung in Sachen IT gibt, bei dem aber niemand weiß, ob sie dieser Verantwortung gerecht werden kann“, sagt Martin Saß, Referent Digitale Gesundheitsversorgung beim bvitg.

Hauptkritikpunkt des bvitg ist, dass die KBV durch den § 332b, Artikel 1 die Möglichkeit für Rahmenvereinbarungen mit den IT-Herstellern erhalten soll. Rahmenverträge durch Körperschaften des öffentlichen Rechts und (teil-)staatliche Institutionen bergen die Gefahr von wettbewerblicher Verzerrung und Kartellbildung. Das Ergebnis ist eine willkürliche Kontrolle des freien Marktes, die am Ende nicht im Interesse der Anwender:innen sein kann.

Was § 332a angeht, unterstützt die Industrie grundsätzlich den Ansatz, dass IT im Gesundheitswesen nutzerfreundlich und funktionell sein sollte. Auch eine Förderung des PVS-Wettbewerbs ist positiv zu sehen. Allerdings entstehen für Schnittstellen zu TI-Komponenten erhebliche Aufwände, die nicht kostenlos erbracht werden können. Eine Regelung, wonach die Einbindung von Komponenten und Diensten der TI herstellerübergreifend ohne zusätzliche Kosten ermöglicht werden soll, wird deswegen abgelehnt.

Kritisch sieht der bvitg außerdem, dass bei Einführung der PPR 2.0 Kin-

der- und Intensivstationen ausgeklammert werden sollen und dass dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) hinsichtlich der Freigabe der KHZG-Gelder eine zweijährige Fristverlängerung zugestanden wird. Letzteres ist angesichts dessen, dass den Kliniken

bisher keine Fristverlängerung für eine sanktionsbefreite KHZG-Umsetzung gewährt wird, indiskutabel. Insgesamt reiht sich das KHPfLEG ein in eine Reihe zumindest suboptimal exekutierter, E-Health-politischer Maßnahmen der derzeitigen Bundesregierung. ■



VERSTÄRKUNG FÜR DIE BVITG-GESCHÄFTSSTELLE

Seit dem 4. Oktober ist Clara Baranowski als Referentin eHealth in der Geschäftsstelle tätig. Sie hat an der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften am Standort Wolfsburg den Bachelor „Management im Gesundheitswesen“ erlangt und schreibt derzeit ihre Masterarbeit im Studiengang „Integriertes Versorgungsmanagement im Gesundheitswesen“. Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit. ■

TALENTE-FORUM DES BVITG

Am 13. Oktober 2022 fand das Forum der bvitg-Talente in Berlin statt. Die Talente sind ein Netzwerk junger Fach- und Führungskräfte der bvitg-Mitgliedsunternehmen. Insgesamt haben 25 Mitglieder des Netzwerks teilgenommen. Gäste der Veranstaltung waren bvitg-Geschäftsführerin Melanie Wendling und Finanzvorstand Matthias Meierhofer. Politik-Referent Dennis Geisthardt gab den Teilnehmer:innen einen kurzen Überblick über die Gremienstruktur des Verbandes. Ziel des Forums war es, die Arbeit im nächsten Jahr zu planen.

Überdies wurde eine Namensänderung beschlossen: Aus den Talenten wird künftig `bvitg_generation_next`. Als Sprecher:innen wurden Rania Abbas und Josefin Michels gewählt. Wir gratulieren und freuen uns auf die Zusammenarbeit! ■



Das Forum der bvitg-Talente fand im Oktober in Berlin statt.



VOM MÜSSEN ZUM WOLLEN

Als Kind haben es mir meine Eltern ermöglicht, dass ich Klavierspielen lernen durfte. Und häufig gab es den gleichen Kampf: Eltern: „Du musst noch Klavier üben!“. Heute will ich gerne mehr üben, habe aber die Zeit nicht.

Ähnlich geht es uns in Deutschland mit der Digitalisierung. 2001, als das erste Mal nach dem auslösenden Lipobay-Skandal über ein digitalisiertes Gesundheitssystem nachgedacht wurde, hat man den § 291a SGB V ins Gesetz eingeführt. Und der Paragraf wimmelte von Müssen: Die Karte musste geeignet sein, ärztliche Verordnungen in elektronisch und maschinell verwertbarer Form übermitteln zu können, sie musste Daten zur Notfallversorgung aufnehmen können und Daten zur Therapiesicherheit, medizinische Befunde, Behandlungsberichte...

Heute bin ich überzeugt: Der Ansatz war falsch. Wenn man etwas muss, sperrt man sich innerlich. „Du musst“ nimmt uns Freiheiten. Wollen dagegen ist wie müssen, nur freiwillig. Wir brauchen also ein Commitment aller Stakeholder, dass wir ein digitales Gesundheitswesen wollen. Wenn der partizipative Prozess des Bundesministeriums für Gesundheit zur Erarbeitung einer Digitalisierungsstrategie diesen Gedankenwechsel erreicht, dann sind wir schon ein großes Stück vorangekommen. Dann ergibt es auch Sinn, in andere Länder zu schauen und von guten Beispielen zu lernen. Denn üben und ausprobieren ist das eine – manchmal geht es aber schneller, wenn man auf jemanden mit Erfahrung hört. Dann hat man auch schnell kleine Erfolge – und die motivieren, weiterzumachen. Deshalb nehme ich jetzt wieder Klavierunterricht... ■

MELANIE WENDLING bvitg-Geschäftsführerin

STUDIE DEUTSCHE NOTAUFNAHMEN: EIN DIGITALER NOTFALL!

Eine aktuelle Studie zeigt enorme Defizite bei der Digitalisierung der Notaufnahmen in Deutschland. Das ist aus mehreren Gründen ein echtes Problem.



Im Rahmen des KHZG haben die Notaufnahmen zwar einen eigenen Fördertatbestand (FTB 1) erhalten. Der entfaltet aber bisher nicht die gewünschte Wirkung, weil in puncto digitaler Notaufnahmen kein finanzieller Malus droht. Das Land Thüringen hat deswegen kürzlich ein eigenes Förderprogramm für die Digitalisierung der Notaufnahmen aufgelegt – als bisher einziges Bundesland.

Wie nötig das ist, zeigt eine von dem Unternehmen eHealth-Tec bei bcmed in Auftrag gegebene Studie zur Digitalisierung der Notaufnahmen, die vom bvtg und von der DGINA unterstützt wurde. Rund 700 ärztliche und 400 pflegerische Leitungen von Notaufnahmen wurden angeschrieben. Insgesamt 109 Fragebögen wurden valide ausgefüllt und waren auswertbar.

Bei einem im Rahmen der Studie entwickelten Reifegradmodell für Digitalisierung erreichten die deutschen

Notaufnahmen im Mittel 44 %. Es gibt also – wie auch die kürzlich vorgelegte Reifegradmessung des Digital-Radar-Projekts für die gesamte Krankenhaus-IT gezeigt hat – noch erheblich Luft nach oben. Im Detail nutzt zum Beispiel rund ein Drittel der Notaufnahmen gar kein Notaufnahmeinformationssystem. Nur in 22 % der Notaufnahmen werden Vitaldaten automatisiert in ein Informationssystem übernommen. Nur die Hälfte nutzt digitale Medikationssysteme und nur 3 % bzw. 5 % Tracking-Systeme für Patient:innen bzw. Geräte. Vor allem aber: 75 % der Notaufnahmen können bei einem Systemausfall nicht oder nur eingeschränkt auf zentrale Patientendaten zugreifen.

Existierende Bedarfe werden dabei teilweise erstaunlich schlecht adressiert. So gaben 82 % an, dass sie sich ein IT-gestütztes Bettenmanagement wünschen würden, aber nur in 26 % der Fälle existierte eines. „Wir müssen

es schaffen, die Anwender- und Patientenperspektive stärker in den Mittelpunkt zu rücken“, sagt Andreas Ropertz, Geschäftsbereichsleiter bei eHealth-Tec. „Wir müssen immer im Austausch bleiben und immer direktes Feedback einholen: Was für Funktionen benötigen sie? Welche Schnittstellen müssen ausgebaut werden?“

Für Lukas Illini von bcmed gibt es zum einen ein politisches Argument dafür, in Sachen digitale Notaufnahme rasch nachzusteuern: „Wir reden über integrierte Notfallzentren und sektorübergreifende Versorgung in der Notfallmedizin. Aber viele Krankenhäuser sind dafür auf IT-Seite gar nicht bereit.“ Der zweite, eher betriebswirtschaftliche Grund für eine zügige Digitalisierung ist der Personalnotstand: „Richtig gemacht kann die Digitalisierung der Notaufnahme das Personal entlasten, und das ist in der aktuellen Lage dringend erforderlich.“ ■

ERFOLGSGESCHICHTE TELEMEDIZIN – WIE WEITER?

Die Pandemie hat der Telemedizin zum Durchbruch verholfen. Jetzt muss es darum gehen, Telemedizin überall da und immer dann verfügbar zu machen, wenn sie Nutzen stiftet.

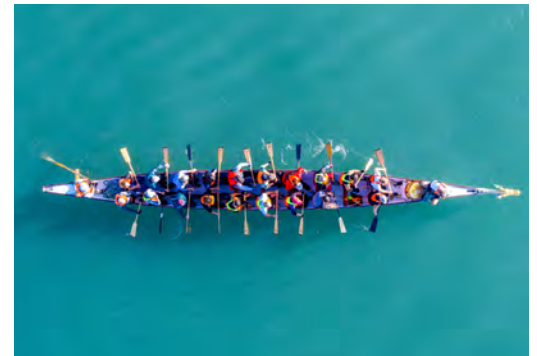
Zusammen mehr Schlagkraft: Der bvitg hat gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V. (DGIV) die Publikation „Success Stories Telemedizin“ veröffentlicht. Sie trägt Beispiele zusammen, die illustrieren, wo telemedizinische Ansätze ganz konkret die medizinische Versorgung verbessern, und bietet darüber hinaus eine umfassende Sammlung von Statements und Interviews von und mit führenden Expert:innen aus Politik, Medizin und Versorgung. Sie zeichnen ein umfassendes Bild der Lage der Telemedizin in Deutschland und zeigen künftige Entwicklungswege auf.



persönlich vorstellig werden müssen, damit die Ärzt:innen keinen 30-prozentigen Abschlag auf die Quartalspauschale riskieren. Auch telekonsiliarische Dienste sollten deutlich vereinfacht werden. Die im DVPMG angelegte Möglichkeit, Telekonsile durch den Bewertungsausschuss ohne langjährige wissenschaftliche Evaluierung einzuführen, ist ein richtiger Gedanke, dem jetzt allerdings Taten folgen müssen.

Innerärztlich sollte nach Auffassung von DGIV und bvitg besser über telemedizinische Möglichkeiten aufgeklärt und fortgebildet werden. Ein Fortschritt wäre beispielsweise die Aufnahme der Videosprechstunde in die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM). Technisch würde ein konsequenter Ausbau der Telematikinfrastruktur der Telemedizin helfen, insbesondere wenn die TI wirklich zu einem digitalen Ökosystem für Versorgungsplattformen wird. Über die individuell-ärztliche Telemedizin hinaus halten bvitg und DGIV eine gezielte und möglichst flächendeckende Förderung der Telepflege für wünschenswert, gleichermaßen wie auch eine zunehmende Verknüpfung von telemedizinischen Zentren (TMZ) mit integrierten Versorgungsszenarien. ■

Weitere Informationen unter: www.bvitg.de/success-stories-telemedizin



eID: BITTE ALLE INS BOOT HOLEN

Eine eID für das Gesundheitswesen ist überfällig. Insofern sind die aktuellen politischen Überlegungen, in diese Richtung voranzuschreiten, zu begrüßen. Dass die Industrie hier durch die gematik früh eingebunden und umfänglich informiert wird, ist ebenfalls erfreulich und ein wichtiger Erfolgsfaktor. Rein kartenbasierte Identitäten können in einer modernen, digitalen Gesellschaft nicht das letzte Wort sein, weder im Gesundheitswesen noch an anderen Stellen. Wer bei der Digitalisierung Erfolg will, braucht Akzeptanz, und wer Akzeptanz haben will, braucht bestmögliche Nutzerfreundlichkeit – aufseiten der Versicherten wie auch aufseiten der Heilberufler:innen.

Allerdings ist die Einführung einer softwarebasierten eID im Gesundheitswesen nichts, was mal eben nebenbei bewerkstelligt werden kann. Insbesondere ist eine umfassende Abstimmung mit den zuständigen Instanzen, konkret dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und dem Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit (BfDI) zwingend notwendig. Ehrgeizige Fristen für die Einführung einer eID und für die Anerkennung einer eID als Versicherungsnachweis zu definieren, ohne diese Hürden genommen zu haben, mag politisch geboten erscheinen. Es hilft aber am Ende niemandem. Die Industrie unterstützt die Bemühungen um eine eID im deutschen Gesundheitswesen uneingeschränkt. Es müssen aber alle Stakeholder im Boot sein. ■

INTERVIEW » DIGITALISIERUNG LÄSST SICH NICHT OKTROYIEREN «

Nichts ist so konstant wie der Wandel. **Melanie Wendling** ist seit August 2022 neue Geschäftsführerin des bvtg. Der Wechsel an der Spitze erfolgt in einer herausfordernden Zeit – nicht nur die Digitalisierung des Gesundheitssystems, auch Inflation, Lieferengpässe und Fachkräftemangel fordern agiles Handeln.



Melanie Wendling ist neue Geschäftsführerin des bvtg.

Was hat Sie am bvtg gereizt?

Ich kenne den Verband noch aus meiner Zeit in der politischen Kommunikation bei einem großen Healthcare-Unternehmen. Die Themen, die der bvtg vertritt, sind Themen, mit denen ich mich seit 2003 beschäftige. Verbandsarbeit ist ein wichtiger Teil der demokratischen Meinungsbildung, insofern ist der Begriff Lobbyismus für mich auch positiv besetzt. Auch mal die Perspektive zu wechseln, hat mir schon immer Spaß gemacht. Ich bin überzeugt, dass Netzwerken und ein offener Austausch nicht nur helfen, Verständnis füreinander zu schaffen, sondern auch das System voranzubringen. Die Industrie schafft im Übrigen nicht nur Arbeitsplätze, sondern sie ist es auch, die politische Ideen am Ende umsetzt. Diese Gesamtkonstellation reizt mich schon immer.

Wie wird sich der Verband unter neuer Führung weiterentwickeln?

Wir hatten einige personelle Veränderungen, und es wird weitere geben. Das liegt in der Natur der Sache: Verbände wie der bvtg sind sehr attraktiv für junge Menschen. Aber die ziehen beruflich dann auch häufig weiter. Damit müssen wir umgehen. Mein Ziel ist, den Verband so zu strukturieren, dass wir sowohl auf die tiefe Fachexpertise der Mitarbeiter:innen als auch der Mitgliedsunternehmen zurückgreifen können.

Sie sind die erste Geschäftsführerin des bvtg. Muss Gesundheits-IT weiblicher werden?

Das Gesundheitswesen und auch die Gesundheits-IT werden weiblicher, das ist einfach so. Ich halte das für positiv. Es ist gut für die Gesprächskultur untereinander, und es führt dazu, dass die Arbeitswelt insgesamt familienfreundlicher wird. Ich nehme zunehmend wahr, dass auch Männer ihr Leben nicht mehr nur nach ihrem Job ausrichten wollen und sich vermehrt Zeit für Freunde und Familie nehmen. Wir gucken beim Thema Digitalisierung ja so gerne nach Schweden: Wenn es um Work-Life-Balance geht, sind uns die Schweden auch um Jahre voraus.

Die Krankenhauswelt ist in Sachen IT derzeit u.a. mit KHZG-Projekten, PPR 2.0, DEMIS und ISiK beschäftigt. Gibt es überhaupt noch Kapazitäten in der Branche?

Es gibt definitiv zu viele Projekte. Das ist für die Krankenhäuser intern schwer zu stemmen, aber auch für die Softwareunternehmen. Wir reden ja viel über Ärzt:innen- und Pflegenotstand. Aber es gibt definitiv auch einen erheblichen Fachkräftemangel in der IT. Das gilt nicht nur für die Programmierer:innen. Es gibt auch keine Leute für den Support. Es gibt keine Arbeitskräfte, die vor Ort die Implementierungen koordinieren können. Den Krankenhäusern geht es im Übrigen ähnlich. So viele Krankenhaus-ITler:innen, wie im Moment benötigt werden,

haben wir in Deutschland einfach nicht.

Was kann der bvtig in so einer Situation tun?

Wir putzen bei der Politik Klinken und werben mit Nachdruck für realistischere Fristen. Bei DEMIS zum Beispiel war nun wirklich jedem klar, dass das nicht funktionieren kann. Da frage ich mich schon, was das dann soll. Als Branchenverband müssen wir hier vermitteln und immer wieder geduldig erläutern, was wie lange dauert.

Sind die KHZG-Fristen noch zu halten?

Viele Unternehmen nehmen im Moment keine Projekte mehr an. Ich sehe keinen Hinweis, dass irgendetwas verlängert wird. Es könnte passieren, dass nicht alles Geld, das zur Verfügung steht, ausgeschöpft wird und dass die, die nicht rechtzeitig zugegriffen haben, am Ende Pech haben. Ein anderes Thema ist, wie es nach dem KHZG weitergeht. Bisher hat sich noch niemand Gedanken über den laufenden Betrieb ab 2025 gemacht. Das wird aber nicht von selbst funktionieren, nicht solange die Finanzierungssituation der Krankenhäuser so unbefriedigend ist, wie es aktuell ist.

Wie könnte eine Lösung aussehen?

Viel wird von der Krankenhausreform und der Krankenhauskommission abhängen. Unabhängig davon denke ich, dass wir Digitalisierung stärker als Infrastruktur begreifen müssen, und Infrastruktur ist Aufgabe des Staates. Wir werden ein digi-

tales Gesundheitssystem nicht kostenlos bekommen. Es muss dauerhaft Geld in die Hand genommen werden. Da wir den Gesundheitsfonds mit Steuergeld befüllen, könnte man doch überlegen, davon einen gewissen Anteil für Infrastrukturkosten inklusive Digitalisierung zu reservieren. Das wäre eine Idee, es gibt auch andere. Die Abteilungsleiterin Digitalisierung & Innovation im BMG Dr. Susanne Ozegowski benutzt gern die Formulierung, dass wir Digitalisierung neu denken sollten. Vielleicht sollten wir breit herangehen und das ganze Thema Finanzierung digitaler Infrastrukturen noch mal neu denken. Digitalisierung ist kein Selbstzweck, sondern erforderlich, um unsere hochqualitative Versorgung sicherzustellen.

Was erwarten Sie sich von der derzeit in Arbeit befindlichen Digitalstrategie?

Es ist gut, dass es einen breiten, partizipativen Prozess gibt. Das führt dazu, dass viele Beteiligte miteinander reden, die das sonst eher nicht tun. Ich habe den Eindruck, dass es einen breiten Veränderungswillen gibt, und der erhält durch den Strategieprozess etwas Dynamik. Das Wichtigste ist, dass wir an einen Punkt kommen, an dem sich alle einig sind, dass sie Digitalisierung wollen. Digitalisierung kann man nicht oktroyieren, das hat schon die letzten 20 Jahre nicht funktioniert.

Bei der Digitalstrategie geht es auch um die Telematikinfrastruktur, wo wichtige Weichenstellungen anstehen. Haben Sie konkrete Wünsche?

Wir würden uns weiterhin eine zentrale Governance wünschen. Es gibt zu viele Akteure, die bei der Digitalisierung nicht nur mitreden, sondern mitentscheiden. Das ist nicht gut, da es den Prozess unnötig verzögert und verschiedene, zum Teil divergierende technische Vorgaben gemacht werden.

Mein zweiter Wunsch geht wieder in Richtung mehr Kommunikation. Wenn im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) Paragrafen stehen, die in der ganzen Branche eigentlich niemand dort stehen haben will, dann ist das ein Kommunikationsproblem. Wenn Entscheidungen der Datenschützer:innen die TI ausbremsen, obwohl die Datenschützer:innen die TI gar nicht ausbremsen wollen, dann ist das auch ein Kommunikationsproblem. Wir müssen mehr miteinander reden, einander besser zuhören. Und wir müssen die Komplexität der Vorgaben reduzieren.

Und zuletzt: Auch ein digitales Gesundheitssystem muss eine Fehlerkultur einführen. Das ist heute bei jeder Transformation üblich. Ich hoffe sehr, dass die Digitalstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit sich auch damit befasst – inklusive dafür nötiger Rollen, Verantwortlichkeiten und Strukturen. ■