

Digitalisierung: Finanzierungsdefizit und Nachholbedarfe

Um die Krankenhaus-IT ist es in Deutschland nicht gut bestellt. Aus Anwendersicht besteht dringender Handlungsbedarf.

Anke Simon, Helmut Schlegel,
Duale Hochschule Baden-Württemberg,
Stuttgart

„Die Software ist extrem unflexibel programmiert und ausgesprochen unübersichtlich. Modulare Änderungen sind nur in kleinen Bereichen möglich. Einige Inhalte sind in ihrer Auslegung völlig an den praktischen Notwendigkeiten vorbeientwickelt“, antwortet eine Ärztin im Rahmen einer Erhebung zur Anwenderzufriedenheit mit klinischen Systemen in deutschen Krankenhäusern. Was Brancheninsider schon längst wissen, bestätigen nunmehr viele empirische Studien und Umfragen.

Unreife Krankenhaus-IT-Landschaft

Eine der ersten wissenschaftlichen Untersuchungen ergab bereits im Jahr 2016 kritische Zufriedenheitswerte bei den Anwendungssystemen im klinischen Alltag. Fast die Hälfte der befragten Ärzte sind

nicht zufrieden (Abb. 1). Da tröstet auch nicht, dass die Pflege etwas besser bewertet. In der gleichen Erhebung erreichte der IT-Support (Hotline, Vor-Ort Service, Rufbereitschaft etc.) der IT-Abteilungen jedoch überdurchschnittlich gute Zufriedenheitswerte, was angesichts der bekannten Personalknappheit in den IT-Abteilungen der Krankenhäuser bemerkenswert ist. Die bedenklichen Ergebnisse zur Anwenderzufriedenheit mit klinischen Anwendungssystemen der vom KH-IT Bundesverband initiierten Studie wurden in 2017 von einer Umfrage des Marburger Bundes sowie 2018 von einer breit angelegten Erhebung von Deloitte & Philips bestätigt. Eine aktuelle wissenschaftliche Untersuchung des IT-Report Gesundheitswesen nimmt die fünf wichtigsten klinischen Kernprozesse in den Blick: Patientenaufnahme, Visite, OP-Vorbereitung, OP-Nachbereitung und Entlassung. Die digitale Unterstützung der Visite wird besonders kritisch gesehen, was die Autoren auf die ungenügende Abdeckung mit und Nutzung von WLAN, keinem vollständigen mobilen Daten-Zugriff, einer insuffizienten Ausstattung mit mobiler Hardware und einer eher nicht benutzerfreundlichen Bereitstellung von Patientendaten zurückführen. So verfügen in Deutschland nur knapp 74% der Krankenhäuser über WLAN, im Schnitt haben weniger als 60% der Stationen einen mobilen Zugriff auf Patientendaten. Wenn überhaupt stehen hierfür Laptops auf Visitenwagen zur Verfügung. Zeitgemäße Tablets und Smartphones

sind mit 5% sehr selten vorhanden. So wundert es auch wenig, dass Deutschland im Ländervergleich abgehängt ist. Im Benchmarking wurde der Reifegrad der klinischen Anwendungssysteme nach dem EMRAM-Modell (Electronic Medical Record Adoption Model) analysiert, bewertet und verglichen. Dabei werden sieben Reifegradstufen von Stufe 0 (keine Digitalisierung, das Krankenhaus arbeitet quasi noch auf Basis der papierbasierten Patientenakte) bis zur Stufe 7 (lückenlose elektronische Patientenakte integriert in alle klinischen Bereiche) unterschieden. Deutsche Krankenhäuser erreichen im Mittel nur einen geringen Reifegrad der Digitalisierung von 2,3 (Tab. 1).

Geht man den Ursachen für die unreife IT-Landschaft in den Kliniken nach, spielen naturgemäß viele Einflussfaktoren eine Rolle: fehlender politischer Wille auf Trägerseite bzw. vonseiten der zuständigen Landespolitik, ungenügendes Bewusstsein für die Bedeutung der Digitalisierung im Krankenhaus, unterschiedliche Interessen der Standesgruppen, hohe Komplexität, eklatante Finanzierungsprobleme und vieles andere mehr. Dabei dürften die zwei zuletzt genannten Faktoren eine besonders herausragende Rolle spielen.

Hochkomplexe Organisation Krankenhaus

Krankenhäuser gelten als hochkomplexe Organisationen. Im Unterschied zur Handelsbranche oder dem Bankengewerbe (um

nur zwei Beispiele aus dem Dienstleistungsbereich aufzugreifen) sind die Standardisierungsmöglichkeiten in Kliniken begrenzt. Eine Vielzahl von einzelnen Versorgungsprozessen greift auf dem Weg von Patientenaufnahme über Diagnostik und Therapie bis zur (hoffentlich erfolgreichen) Entlassung ineinander. Diverse Berufsgruppen unterschiedlicher Qualifikationen sind bei der individuell auf den Patienten zugeschnittene Behandlung beteiligt. Mit den einzelnen Versorgungsprozessen eng vernetzt, kommen noch eine Vielzahl von unterstützenden Prozessen der Radiologie, Labor und anderer Funktionsbereiche sowie administrative Prozesse des Krankenhausmanagements hinzu. Selbst gleiche medizinische Fachbereiche, z.B. eine Klinik für Allgemeine Chirurgie, wie es sie in vielen Krankenhäusern gibt, funktionieren, was die Prozesse und Dokumente angeht, in jedem Krankenhaus anders. Leider tragen hier die Medizinischen Fachgesellschaften bisher wenig zu einer evidenzbasierten Standardisierung des jeweiligen medizinischen Fachgebietes bei. Die Digitalisierung der Krankenhäuser erfordert daher höchste Fachexpertise, ausreichend Manpower in der IT-Abteilung und die entsprechenden finanziellen Mittel für IT-Investitionen und Betrieb.

Erhebliches Finanzierungsdefizit

Die in 2018 vom KH-IT durchgeführte Expertenbefragung zu den nicht

finanzierbaren IT-Leistungen und Projekten in den Krankenhäusern ergab ernüchternde Zahlen (Kasten). Im Bezugsjahr 2017 fehlen allein 1,6 Mrd. € (davon 1,1 Mrd. € nicht genehmigte Investitionsbedarfe für Endgeräte, klinische Systeme, Server, Netzwerk etc.). Hochgerechnet auf die kommenden fünf Jahre ergibt sich ein Finanzierungsdefizit in der Krankenhaus-IT von 11,6 Mrd. €. Dabei wurde in der Erhebung lediglich nach der Finanzierungslücke zwischen genehmigtem und aus IT-Leitungssicht notwendigem IT-Budget gefragt. Die Erhebungsergebnisse bilden demnach tendenziell den Fehlbetrag für die IT-Mindestausstattung in deutschen Krankenhäusern ab. Die (oben aufgezeigte) notwendige Erhöhung des IT-Reifegrades sowie die Technologien zur digitalen Transformation der Krankenhäuser (Body Electronic, Artificial Intelligence, Robotic etc. etc.) vergrößern die Finanzierungslücke beträchtlich.

Man sieht im Ergebnis auch die Problematik der unterschiedlichen Finanzierungstöpfe – die IT-Investitionsmittel sind abhängig von den Fördermitteln der Länder, IT-Betrieb und Personalkosten müssen aus den Erlösen der Patientenabrechnung bestritten werden. Das Finanzierungsdefizit hat sich in 2018 fortgesetzt und ist sogar größer geworden. Selbst wenn man nur die Bedarfsplanung für das zugrunde gelegte Jahre 2017 betrachtet, bedeutet dies, dass das durchschnittliche IT-Budget in den Häusern in 2019 um ca. 1,7% gesteigert hätte werden müssen. Es stellt sich auch

die Frage, wie im Gesundheitswesen der Engpass an 2.688 IT-Fachkräften befriedigt werden soll. Wie sollen die IT-Fachkräfte unter den limitierenden tariflichen Bedingungen der Krankenhäuser gewonnen und gehalten werden? Die Hochrechnung offenbart auch den immer höher werden Anteil des IT-Unterhalts, der naturgemäß entsteht, da jedes abgeschlossene Projekt laufende Betriebskosten mit sich bringt. Rein rechnerisch wäre hier eine Erhöhung der IT-Budgets über die fünf Jahre im Schnitt um 2,2% erforderlich. Die Krankenhäuser haben einen hohen Nachholbedarf in den nächsten Jahren abzuarbeiten.

Mit Blick auf die im Jahr 2006 erstmals vorgesehene und dann gescheiterte Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Verbindung mit der nationalen Telematik-Infrastruktur besteht ein Rückstand von ca. 15 Jahren. Die IT-Ausstattung in den Krankenhäusern gilt dabei als Backbone/Rückgrat – ohne digitale Krankenhäuser keine nationale Telematik-Infrastruktur.

Man mag die Zahlen wenden, wie man will, an einer kräftigen Erhöhung der IT-Budgets in den Krankenhäusern, über welchen Finanzierungsweg auch immer, führt kein Weg vorbei.

Literaturquellen sind über die Autoren beziehbar.

| www.dhbw-stuttgart.de |

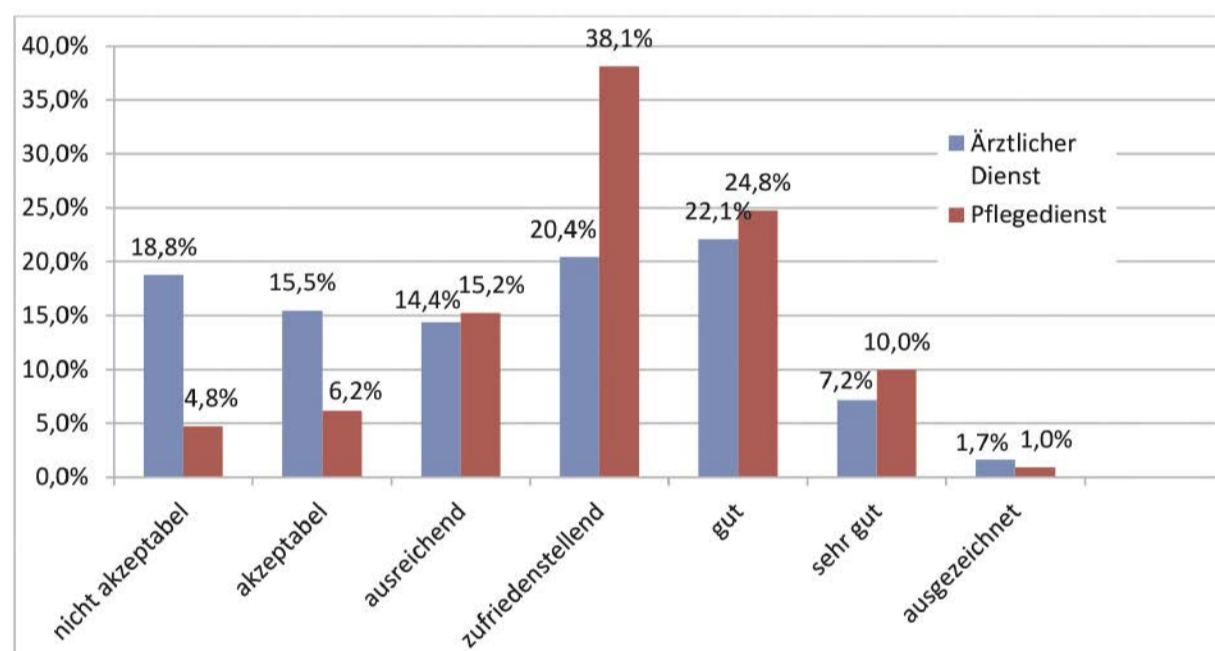


Abb. 1: Gesamtzufriedenheit der IT-Anwender mit der hauptsächlich genutzten klinischen Applikation (Quelle: Simon A., 2016)

Finanzierungsdefizit der Digitalisierung im Krankenhaus

Stichprobe: Die Hochrechnung basiert auf einer repräsentativen empirischen Erhebung unter den Mitgliedern des KH-IT-Bundesverbandes (Grundgesamtheit ordentliche Mitglieder 318, ausgenommen Mitglieder KH < 100). Befragt wurden 35 IT-Leiterinnen und -Leiter mit Verantwortung für 44 Krankenhäuser über alle Krankenhausgrößenklassen (ausgenommen KH < 100 Betten) und Versorgungskategorien (Grund-, Regel-, Maximalversorgung sowie Unikliniken).

Methode: Erhoben wurde der Fehlbetrag des IT-Budgets (Differenz zwischen benötigtem und genehmigtem IT-Budget) bezogen auf das Kalenderjahr 2017. In der Hochrechnung (Bezugsbasis Krankenhausbetten, Krankenhausstatistik 2017) wurde eine Preissteigerung von 2% sowie eine Afa von fünf Jahren berücksichtigt.

Ergebnisse im Detail:

Fehlbetrag IT-Budget	Bezugsjahr 2017	Hochrechnung	
5 Jahre (2019–2023)			
Investitionskosten	1.112.322.035 €	70 %	6.020.111.280 €
Personalkosten	223.100.832 €	14 %	1.207.466.719 €
Betriebskosten	263.944.375 €	16 %	4.342.127.934 €
SUMME			
Fehlbetrag IT-Budget	1.599.367.242 €		11.569.705.934 €

Quelle: KH-IT 2018