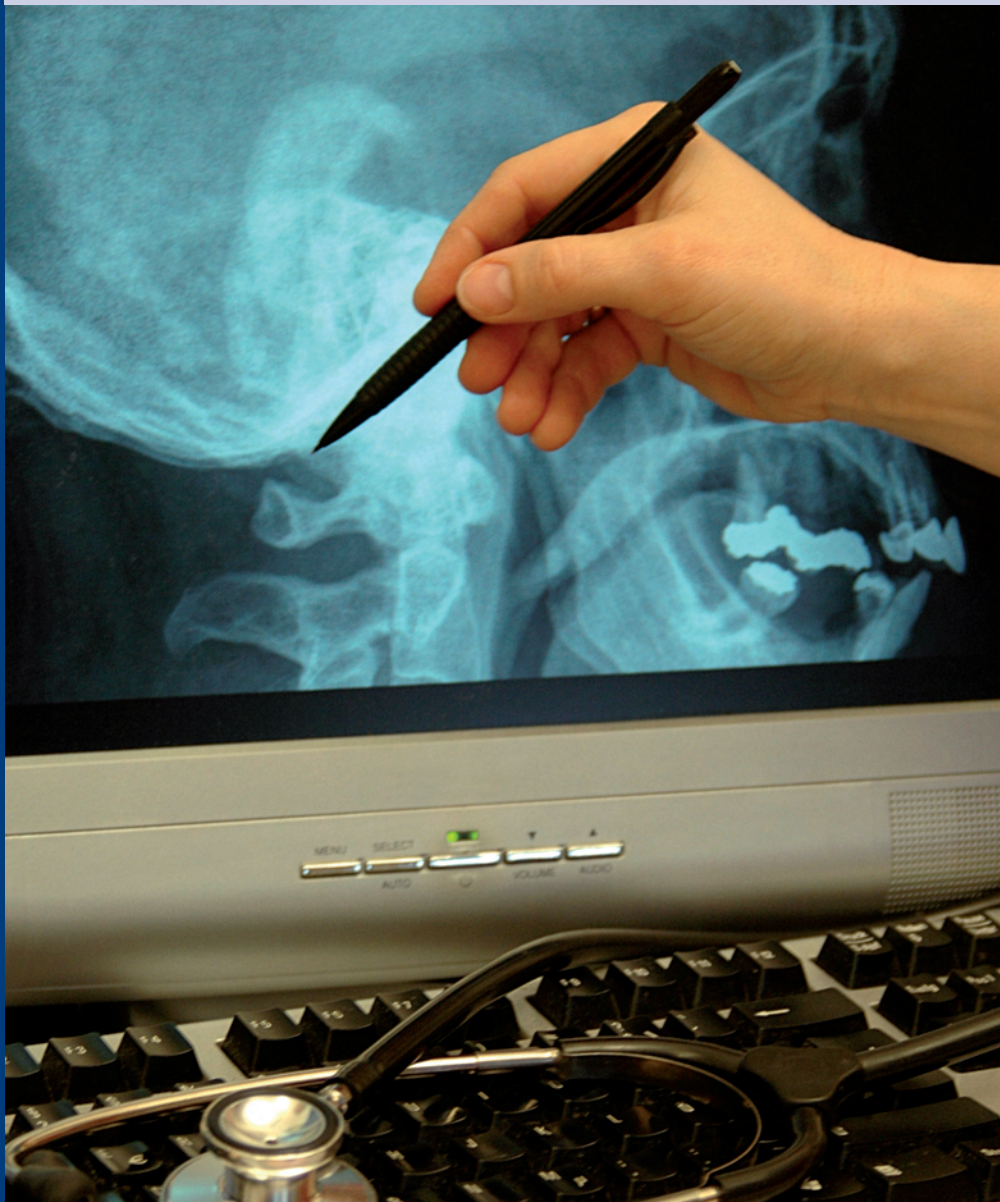


COMPUTER UND ARBEIT

2
2008

Vernetztes Wissen für Betriebs- und Personalräte



Seite 26

Apropos Nokia: Subvention, Steuererleichterung, Arbeitsplatzverlagerung

Seite 30

Jugendwahn im IKT-Bereich hat keine Zukunft – jetzt umsteuern!

Seite 36

Teamarbeit und Technikeinsatz im (Gesamt-)Betriebsratsbüro ...

In Zusammenarbeit mit:

- Arbeitsrecht im Betrieb
- Der Personalrat

Die Zukunft der IKT im Krankenhaus

Knut Hüneke

HIER LESEN SIE:

- in welche Richtung sich die in Krankenhäusern eingesetzte Informations- und Kommunikationstechnik entwickeln wird und welche Konsequenz dies für Beschäftigte und Patienten voraussichtlich haben wird
- wie sich Arbeits- und Pflegeprozesse verändern werden, wenn die bisher noch üblichen „Insellösungen“ zusammengebracht, also integriert sein werden
- welche Voraussetzungen und Bedingungen erfüllt sein müssen, wenn es darum geht, die Informations- und Kommunikationstechnik in den Krankenhäusern nach dem Vorbild industrieller Prozesssteuerung weiter zu entwickeln



Natürlich gibt es schon lange Informations- und Kommunikationstechnik (IKT) im Krankenhaus. Oder genauer: Schon lange ist ein Krankenhaus ohne IKT nicht mehr vorstellbar. Monitoring auf der Intensivstation, Erfassung von Diagnosen und Prozeduren, Qualitätssicherung, Befundungssysteme (z.B. Radiologie-Informationssysteme), Patientendatenverwaltung, Abrechnung, Medikation, Pflegedokumentation, Beschaffung sowie zig einzelne medizintechnische Systeme ... Im Gegensatz zur Industrie sind diese vielen Einzelsysteme in den Krankenhäusern aber nicht integriert und es gibt deshalb nur wenige Möglichkeiten, Prozesse über all diese Systeme hinweg zu steuern ...

Noch immer wird – Industrielogistiker und -arbeitsplaner werden staunen – die Belegung in vielen Krankenhäusern nur grob nach Erfahrungswerten („Wir können täglich etwa fünf Patienten auf Station Innere 1 aufnehmen ...“) geplant. So kann die OP-Planung nicht auf die Dienstpläne und „Skills“ (datenmäßig erfasste Kenntnisse und Qualifikationen) der Mitarbeiter zugreifen, auch eine Verknüpfung von Belegungsplanung und OP-Planung ist nicht gegeben. In der Folge fehlt dann oft genug nach einer Operation das passende Bett, ärztliche Anforderungen, Beratungsergebnisse und Befunde werden auf Papier durchs Haus transpor-

tiert, was Personal bindet und zu enormen Zeitverzögerungen führt. Und selbst wenn das eine oder andere bereits via IKT übermittelt werden kann, fehlt am Ende doch die Möglichkeit, diese Daten automatisiert in den Entlassungsbrief einzufügen – von einer weitergehenden Steuerung ganz zu schweigen.

Krankenhäuser unter ökonomischem Druck

Die Krankenhäuser in Deutschland stehen unter einem enormen ökonomischen Druck. Dafür haben die Umstellung der Kos-

tenerstattung von Belegungstagen auf Fallpauschalen, die Verschiebung vieler stationärer Behandlungen in den ambulanten Bereich, das sogenannte Krankenhausnotopfer¹, die Erhöhung der Umsatzsteuer, der Anstieg der Energiepreise, die zusätzliche Einstellung von Ärzten wegen der neuen Arbeitszeitgesetze sowie die jüngsten Tarifierhöhungen bei gleichzeitigem „Deckeln“ der Budgets² gesorgt.

Die Krankenhäuser haben darauf zwar reagiert ...

- durch Personalabbau (laut Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Kran-

DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG)

Beginnend im Jahr 2003 wird seit spätestens 2005 kein Krankenhaus mehr für die Tage bezahlt, in denen ein Patient im Krankenhaus versorgt wird. Vergütet wird mittels Fallpauschalen, den so genannten Diagnosis Related Groups (DRG).

So bedeutet z.B. eine schwere Hüftgelenksarthrose eine fixe Fallpauschale, ganz egal ob der Patient nun 11 oder 16 Tage im Krankenhaus liegt.

Differenzierungen sind möglich, z.B. nach dem Schweregrad der Krankheit oder wenn mehrere Krankheiten gleichzeitig vorliegen. So können in bestimmten Fällen zusätzliches/teureres Material (etwa ein aufwändigeres künstliches Hüftgelenk) und erhöhter Personaleinsatz geltend gemacht und abgerechnet werden. Oder es wird neben der Arthrose zusätzlich z.B. Fettleibigkeit oder Diabetes diagnostiziert, was eine aufwändigere und damit teurere Behandlung rechtfertigen kann.

Das DRG-System ist ein sogenanntes lernendes System. Bundesweit wird durch eine eigens eingerichtete Institution, das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INeK) ein Dauervergleich von Kostenfaktoren (Verweildauern, Material, Personal bis hin zu Verwaltung und Grundkosten) vorgenommen. Mit der Folge, dass der konkrete Geldwert einer DRG den Ergebnissen der Untersuchungen und Vergleiche entsprechend angepasst wird – meist allerdings nach unten. Denn: Je besser alle werden, desto enger werden die Zügel für alle angezogen.

Die Krankenhäuser haben versucht, dem durch die Umstellung auf Fallpauschalen entstandenen Kostendruck vor allem mit der Verkürzung der Liegezeiten/ Verweildauer und immensen Kosteneinsparungen zu begegnen.

kenhausgesellschaft, wurden in den letzten zehn Jahren mehr als 150 000 Arbeitsplätze abgebaut, insbesondere in der Pflege³;

- durch Aufgabenverschiebung hin zu jeweils billigeren Arbeitskräften (von Ärzten zu Pflegekräften, von Pflegekräften zu Pflegehelfern), auch die Falldokumentation wird zunehmend auf Dokumentationsassistenten oder Kodierfachkräfte verlagert;

- durch Auslagerung von Aufgaben an Fremdfirmen oder andere Krankenhäuser⁴ (Technik, Verpflegung, Reinigung, Apotheke, Wäsche, IKT usw.) – immer mehr Häuser verfolgen hier eine Kerngeschäftsstrategie;

- durch Einsparungen bei medizinischem Bedarf (von Verbandsmaterial über Medikamente bis hin zu Implantaten) mithilfe der Bildung von Einkaufsgemeinschaften.

... aber es wird nicht reichen!

Laut dem von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) regelmäßig herausgegebenen „Krankenhausbarometer“ schreiben mehr als ein Drittel der Kliniken in Deutschland Verluste, obwohl sich die Zahl der Kliniken in Deutschland seit 1989 um 14 % von 2447 auf 2104 verringert hat. McKin-

sey erwartet eine weitere Schrumpfung um 30 %. Und laut Ernest & Young wird bis 2020 jede vierte Klinik schließen und selbst das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung geht davon aus, dass dieses Schicksal zumindest jede zehnte Klinik treffen wird.

Die Folge: Weitere Einsparungen an Personal – bei durchschnittlich 60 bis 70 % Personalkosten im Krankenhaus eine naheliegende Lösung – sind geplant. Wie das Krankenhausbarometer ausführt, beabsichtigen immerhin 37,7 % der Kliniken einen weiteren Stellenabbau bei Verwaltung und Pflege, während 11 % erklären, sie wollten auch Arztstellen streichen. Und weitere 28,2 % wollen Kosten sparen, indem sie frei werdende Stellen wenigstens zeitweise nicht besetzen.

Das Fazit von DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum: „Die Patienten leiden unter den Sparzwänge der Kliniken“, denn weitere Stellenkürzungen müssten zwangsläufig zulasten der Zuwendung gehen. Diese Meinung wird unterstützt durch eine kürzlich veröffentlichte Studie aus England, deren zentrales Ergebnis so zusammengefasst werden kann: Je geringer die Zahl der

Pflegekräfte, desto höher ist die Sterblichkeit in den Kliniken!⁵

Das „Mitleid“ mit den Kliniken hält sich gleichwohl in Grenzen: In Deutschland soll es laut OECD pro 1000 Einwohner 6,4 Klinikbetten geben, in Frankreich hingegen nur 3,8 und in Schweden sogar nur 2,2 Betten.⁶ Außerdem liegen – so die OECD weiter – die Patienten in Deutschland mit durchschnittlich 8,6 Tagen deutlich länger auf Station als in den Nachbarländern.

Dem stehen zwar auch Studien gegenüber, die darlegen, dass die deutschen Krankenhäuser bei gleichzeitiger Betrachtung von Qualität und Ökonomie international sogar Spitze seien.⁷ Auch gebe es sehr wohl Kliniken und Klinikketten, die Umsatzzuwächse und Gewinne zu verzeichnen hätten, ohne dass die Qualität dort schlechter sei als in anderen Häusern.⁸

Alles in allem überwiegt in der öffentlichen Diskussion aber die Kritik. Und wir müssen wohl davon ausgehen, dass es auch weiterhin vor allem darum gehen wird, neue Einsparpotenziale zu erschließen. Das wird über Kooperationen und damit einhergehende Einspareffekte versucht werden, vor allem aber auch über eine effektivere Patientensteuerung – und dabei wird die Informations- und Kommunikationstechnik naheliegenderweise eine Schlüsselrolle spielen.

Die schöne neue Krankenhauswelt

Malen wir uns einmal aus, wie mit IKT-Hilfe im Krankenhaus der Zukunft gearbeitet werden könnte.

Dabei werden wir die zeitliche Abfolge betrachten (vor-stationär, stationär und nach-stationär) aber auch nach administrativen und logistischen Prozessen bis hinein in die medizinischen Kernprozesse schauen – eine „ganzheitliche“ Sichtweise, wie sie den meisten Krankenhausverantwortlichen noch fremd ist. Zwar gab es bereits Versuche, Prinzipien der industriellen Ablaufsteuerung auf Krankenhäuser zu übertragen⁹, viele dieser Versuche blieben jedoch zu vorsichtig, beschränkten sich auf einzelne, in sich abgeschlossene Bereiche oder machten spätestens vor den medizinischen Kernprozessen Halt.

Das allerdings wird sich wohl ändern – dazu die Financial Times Deutschland: „Quereinsteiger aus der Privatwirtschaft sollen die Misere der deutschen Kliniken beenden. [...] Zahlreiche Klinikbetreiber haben daher begonnen, Personal aus anderen Branchen anzuheuern. Sie sollen erfolgreiche Konzepte aus der Wirtschaft auf den Klinikbetrieb übertragen – und die behördlichen Verwaltungsorganisationen in flexible Dienstleistungsunternehmen umwandeln.“¹⁰

Der vor-stationäre Ablauf

Beginnen wir unseren Blick auf das Krankenhaus der Zukunft mit der Zeit noch vor einem eventuellen Krankenhausaufenthalt: Eine Patientin sitzt bei ihrem Arzt, das Krankheitsbild ist noch unscharf, die diagnostischen Möglichkeiten des niedergelassenen Arztes reichen nicht aus oder es handelt sich um eine chronische Erkrankung – jedenfalls ist der nächste medizinische Schritt nicht ganz klar.

Der Arzt meldet sich deshalb zu einem **virtuellen Konsil** (einem Beratungsgespräch zwischen Ärzten) bei der entsprechenden Fachambulanz des Klinikums an. In einer computergestützten Video- oder Telefonkonferenz, bei der sowohl der niedergelassene Arzt als auch das Klinikum Zugriff auf die wesentlichen Patientendaten haben (aktuelle Laborwerte, Röntgenbilder, Ultraschall, EKG, Medikation usw.¹¹), werden die nächsten Schritte erörtert. Das Ergebnis des Konsils: Der Arzt überweist seine Patientin zur Mit-Diagnostik in die Klinikambulanz. Die dortigen Ergebnisse werden in einer erneuten Telefon-/Videokonferenz zwischen niedergelassenem Arzt und Klinikarzt erörtert. Die Entscheidung: stationäre Behandlung.

Die Anmeldung der Patientin erfolgt nun durch den niedergelassene Arzt über ein spezielles, geschütztes **Internet-Portal**. Dabei kann der Arzt die bisherige Diagnose, die Medikation, die Krankengeschichte (Anamnese) und seine sämtlichen Befunde¹² direkt aus seinem Praxissystem heraus an die Krankenhaus-IKT übermitteln. Auf der Grundlage dieser Daten wird nun im System des Krankenhauses ermittelt, welche Fallpauschale, also welche DRG (siehe Kasten auf Seite 8) zutrifft, welche Prozedu-

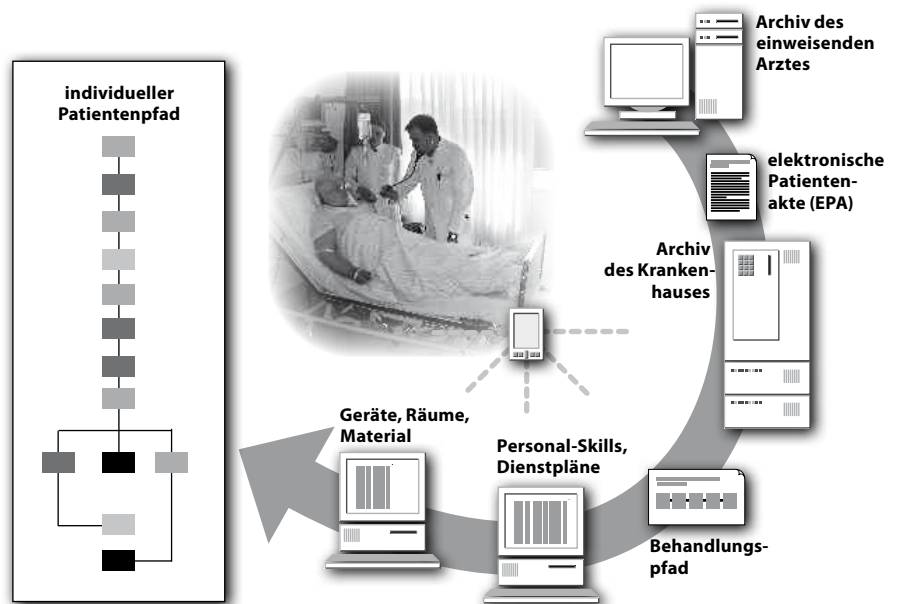
ren (also z.B. welche Operation) vorzunehmen sind, der Schweregrad des Falls kann abgeschätzt werden usw.

Oder um es „informationstechnisch“ auszudrücken: Aus dem Katalog der im Klinikum hinterlegten „Pfade“ wird der Patientin zunächst ein allgemeiner „Pfad“ zugeordnet und daraus dann in Verbindung mit ihren speziellen Daten ein individueller „Patientenpfad“ zusammengestellt. In dem ist detailliert festgelegt, wie die Behandlung der Patientin ablaufen wird, welche einzelnen Schritte erfolgen sollen:

- Terminierung der verschiedenen Transporte der Patientin innerhalb der Klinik,
- Erstellung des medizinisch gebotenen Verpflegungsplans (mit Berücksichtigung der Patientenwünsche),
- Terminierung der zu erwartenden Behandlungsschritte (z.B. Schmerztherapie, Physiotherapie) bis hin zur nachoperativen Versorgung und Kontrolle.

Mit dieser internen Vorausplanung ist dann auch klar, zu welchem Termin die Pflegeüberleitung voraussichtlich einen Platz in einer Reha-Klinik organisieren muss, ob ein

Von der Einweisung zum „Patientenpfad“



- Zeitpunkt und genauer Ort des Erscheinens in der Klinik,
- die Empfangsperson sowie die Aufstellung der ergänzenden Fragen, die diese noch für die Anamnese erheben muss,
- Buchung der Aufnahmeuntersuchungen und Diagnostik inklusive der notwendigen Geräte und des Personals,
- Belegung des OP-Saals inklusive Personal, Geräte und Material,
- Reservierung des zum Fall passenden Betts (z.B. nahe am Pflegestützpunkt, da pflegeintensiv, Fensterplatz, weibliche Zimmergenossinnen in vergleichbarem Alter) für die nach DRG zu erwartende Verweildauer,
- Bestimmung und Sicherstellung der voraussichtlichen Medikation und anderer Pflege-/Therapiemittel,

Kurzzeitpflegeplatz gebraucht wird oder ein Pflege-/Sozialdienst für die heimische Versorgung organisiert werden muss. Und der einweisende Arzt erfährt bereits jetzt, wann seine Patientin voraussichtlich wieder in seine Betreuung übergeben wird und wann daher ein Hausbesuch oder ein Praxistermin ansteht.

Auf dieser Basis könnten einweisender Arzt und Patientin sogar noch rechtzeitig vor der eigentlichen Einweisung konkrete Terminvorschläge erhalten, von denen sie den für sie günstigsten auswählen können. In jedem Fall wird eine verkürzte, übersichtliche Kurzversion des erstellten Patientenpfads an den einweisenden Arzt und seine Patientin übermittelt, eventuell in Verbindung mit einem Aufnahmevertrag, der dann auch zusätzliche Wahlleistungen ent-

WAS SIND PATIENTEN „PFADE“?

Diesen Begriff zu klären, ist schon deshalb etwas schwierig, weil es so viele verschiedene Bezeichnungen gibt: Clinical Pathway, Critical Pathway, Patientenpfad, (Behandlungs-) Leitlinie, Case Map, Klinischer Behandlungspfad – oder als besonders schöne Umschreibung: „Richtleitliniendokumentationspfad“¹ ... In diesem Artikel wird mit zwei Begriffen gearbeitet: dem Behandlungspfad (Clinical Pathway) und dem Patientenpfad.

Der Behandlungspfad ist „ein standardisierter Behandlungsplan, der bestimmte durchzuführende Untersuchungen/Behandlungen (Kriterien) an den einzelnen Verweiltagen in jeder DRG für alle Fachdisziplinen festlegt.“²

Damit ist der Behandlungspfad das, was man in der Industrie einen Kernprozess nennt, in diesem Fall also ein medizinischer Kernprozess. Der Pfad beschreibt zu einer bestimmten Diagnose die jeweils klinikspezifische Behandlung auf der Basis der Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften und soll damit Behandlungsqualität auf aktuellem Stand sicherstellen.

In der Fachliteratur wird davon ausgegangen, dass rund 70 % aller Patienten sogenannte „Pfadpatienten“ sind oder doch nur geringfügig oder kurzzeitig vom Pfad abweichen. Das heißt, dass diese nach dem jeweiligen DRG-Standard behandelt werden können (und sollten).

Der Patientenpfad beschreibt den Durchlauf eines bestimmten Patienten durch das Krankenhaus auf der Grundlage seiner Diagnose und bezieht sowohl administrative und logistische als auch vor-, neben- und nachgelagerte Prozesse mit ein. Dabei kann und wird der standardisierte Behandlungspfad Bestandteil eines Patientenpfads sein.

Von der pfadgemäßen Behandlung wird erwartet, dass sie neben Kosteneinsparungen auch deutliche Qualitätssteigerungen bringt.

Auch gibt es – bei aller Ökonomisierung der Kliniken – durchaus die Chance, dass über die Einführung von Behandlungspfaden wieder die Medizin zur Leitdisziplin im Krankenhaus wird und sich ihrer Fachlichkeit in verstärktem Maße widmen kann.

Fußnoten

- 1 Dr. H. Stockhorst, Klinikum Hannover, unter: www.klinikum-hannover.de/arzt/veran/clipath.pdf
- 2 www.pflegewiki.de/wiki/Clinical_Pathways

halten kann. Zusätzlich ließe sich der Zugriff auf ein Aufklärungsvideo zu Ablauf und Risiken des geplanten Eingriffs freischalten.

Der stationäre Aufenthalt

Und so geht das Zukunfts-Szenario weiter: Kommt die Patientin in die Klinik, ist alles terminiert und vorbereitet. Die Patientin wird erwartet, ein Patientenlotse nimmt sie in Empfang, überprüft noch einmal die vorliegenden Daten und klärt letzte Fragen ab (z.B. ob gerinnungshemmende Mittel eingenommen wurden). Mitgebrachte Dokumente für die elektronische Patientenakte werden sofort eingescannt. Die noch fehlenden Unterschriften auf den bereits vorbereiteten Dokumenten werden erbeten. Wenn nötig, wird der individuelle Patienten-

pfad durch den Lotsen noch einmal aktualisiert. Danach bekommt die Patientin dann ein Identifikationsarmband, das via Funktechnik (► RFID) die jederzeitige Ortung innerhalb der Klinik erlaubt.

Die Patientin ist jetzt im IKT-System des Krankenhauses als anwesend geführt. Damit lässt sich (unter anderem) jederzeit ein auf sie bezogener Terminkalender aufrufen. Automatisch werden die jeweils zuständigen Stellen über die nächsten, für diese Patientin anstehenden Aktion durch Bildschirmanzeige informiert:

Frau Müller // 15 Minuten bis Aufklärungsgespräch // Anästhesist Meier // Raum A-17 // 45 Minuten bis Thorax-Röntgen // RTA Schmidt // Raum R-4

Ebenso werden diese Termine für jeden betroffenen Mitarbeiter automatisch in seine persönliche Aufgabenliste (To-Do-Liste) eingefügt. Jede Aktion muss quittiert werden, jede Verzögerung wird deutlich angezeigt.

Die Steuerung des Ganzen erfolgt über „Workflows“, also über programmierte und dadurch (teil)automatisierte Arbeitsabläufe. So wird z.B. das Ergebnis einer Röntgenuntersuchung in die Arbeitsliste des zuständigen Arztes eingespielt werden, der durch einen Mausklick bestätigt, dass die Patientin OP-fähig ist. Die Information geht an den zuständigen Anästhesisten, der nach Terminplan das Aufklärungsgespräch führt und durch Mausklick im System quittiert. Damit ist die Freigabe für die OP erfolgt. Der vorausgeplante Termin für die OP-Vorbereitung wird bei der zuständigen Pflegekraft auf der Station „aktiv“ gesetzt, ebenso ist es beim Patiententransportdienst und immer so weiter ...

Da alle patientenbezogenen Vorgänge am IKT-System des Krankenhauses quittiert werden müssen, wäre bei einem solchen Verfahren die (heute sehr aufwändige und belastende) Dokumentation aller pflegerischen und ärztlichen Maßnahmen kein zusätzlicher Aufwand mehr. Selbst die ► Monitoringdaten (Puls, Blutdruck usw.) aus dem OP oder dem Aufwachraum werden automatisch in die EPA, die elektronische Patientenakte übertragen. Und sollte die Patientin mal einen Termin versäumen (beim Spaziergang im Garten oder Gesprächen im Besuchsraum), ist sie über das RFID-Patientenbändchen, das sie seit der Aufnahme trägt, jederzeit lokalisierbar.

Die Entlassung und die nachstationäre Versorgung

Die Prüfung, ob und wann die Entlassungskriterien erfüllt sind, würde in einem solchen System schon Tage vor der eigentlichen Entlassung eingeleitet werden (Abschlussuntersuchungen sind terminiert, die Übergabe an eine Pflege- oder Reha-Einrichtung ist vereinbart, der erforderliche Krankenwagen bestellt). Die Erfüllung der Entlassungskriterien könnte sogar zum Teil automatisch anhand der im System hinterlegten Grenzwerte überprüft werden. So könnte z.B. in einem ► Expertensystem festgelegt sein,

welche Laborwerte mindestens erreicht werden müssen, um eine Entlassung zu rechtfertigen.

In jedem Fall würde – unter Zugriff auf die ja lückenlos dokumentierten Aktionen – der ärztliche Entlassungsbericht durch das System weitgehend vorbereitet werden und könnte sogar dem einweisenden Arzt bereits vor der Entlassung zur Einsicht zugestellt werden.

Vor allem aber werden natürlich alle nachfolgenden Aktionen im Rahmen der Pflegeüberleitung (siehe oben) zeitgerecht eingeleitet, der Arztbrief wäre am Tag der Entlassung fertig, der Inhalt eines ausführlichen Entlassungsgesprächs wäre vorbereitet, zusammen mit einer schriftlichen Erläuterung des zu erwartenden weiteren Heilungsverlaufs sowie z.B. noch Ernährungsempfehlungen. Und als zusätzlicher Service könnte sogar die frühere Medikation durch den einweisenden Arzt überprüft und im Hinblick auf eine Fortsetzung bewertet werden (z.B. auf Unverträglichkeiten).

Nicht zuletzt wird auch nach der Entlassung und im Zuge der weiteren Behandlung die Möglichkeit zu virtuellen Konsilen (Video-/Telefonkonferenzen) zwischen Hausarzt und Klinikmedizinern gegeben sein

Die Abrechnung und Qualitätssicherung

Der hier aus Sicht von Patient und behandelnden Ärzten geschilderte Prozess umfasst selbstverständlich auch Abrechnung und Qualitätssicherung. Der Krankenhausaufenthalt ist also abgeschlossen, die elektronische Patientenakte im Archiv gesichert. Und auf dieser Grundlage wird nun jede einzelne Maßnahme und Aktion auch finanziell bewertet. So würde auch für unsere Patientin ganz genau bestimmt werden, ob sich ihre Behandlung für das Krankenhaus rentiert hat.

Allerdings geht es dabei nicht persönlich und konkret um diese Patientin. Da alle Aktivitäten, die in einem solchen System definiert sind und gesteuert werden, exakt nach Euro und Cent bewertet sind (Kosten eines Belegungstags bei einer bestimmten Verpflegung, dazu die Kosten z.B. eines Implantats, jeder einzelnen Diagnose, der Physiotherapie und der Medikamente), kann man sich das so vorstellen, als liefe ständig ein Zähler mit, der anzeigt, wie der für einen bestimmten Fall (DRG) festgelegte Pauschalpreis nach und nach durch die anfallenden Kosten aufgebraucht wird. Damit ist dann auch klar, was als Gewinn für das Krankenhaus hängen bleiben wird und wie stark dieser Gewinn z.B. durch zusätzliche Diag-

nostik oder einen nicht eingeplanten weiteren Verweiltag geschmälert wurde.

Schließlich ist es das klar definierte Ziel solcher Systeme, das Kostenbewusstsein bei allen Beteiligten zu fördern. Zurzeit sind Krankenhäuser meist nur in der Lage zu errechnen, welchen Verlust oder Gewinn sie insgesamt gemacht haben, nicht jedoch, ob eine bestimmte Behandlung (DRG) rentabel war oder nicht.

Vom Szenario zur Verwirklichung

Noch ist die IKT-Landschaft in einem Krankenhaus allerdings – wie zu Beginn schon dargestellt – meist nur eine Ansammlung von kaum oder gar nicht miteinander verbundenen Einzelsystemen. „Insellösungen“ herrschen also vor, auch wenn es immer eine Hauptinsel, nämlich das Krankenhaus-Informationssystem (KIS), zur Erfassung und Abrechnung der Leistungen gibt. Und es gibt auch Kommunikation zwischen den Inseln.

Diese Kommunikation ist aber nach wie vor noch von sogenannten Medienbrüchen geprägt. Das heißt, dass die einzelnen Systeme zwar meist mit [digitalen](#) Daten arbeiten, diese aber in einem anderen System so nicht (weiter)bearbeitet werden kön-

nen. Die digitale Datenkette wird immer wieder durch Datenübermittlung via Papier, Fax oder Telefon unterbrochen. Nur um das zu verdeutlichen:

Es kommt immer noch vor, dass Daten aus der Medikationssoftware von Hand in den Arztbrief übertragen werden müssen. Und der Übergang von ambulanter zu stationärer Behandlung oder umgekehrt stellt oftmals ein datentechnisch schwieriges Unterfangen dar, weil sich die beteiligten Systeme nicht „verstehen“ können – am Ende heißt es dann doch wieder: Handarbeit.

Das hier vorgestellte Szenario ist also einstweilen noch reine Zukunftsmusik. Bis zu seiner Verwirklichung sind noch viele Hürden zu überwinden. Die Richtung aber, in die es gehen soll, die ist klar. Und nach und nach werden auch die für die Verwirklichung unseres Szenarios notwendigen Bedingungen geschaffen werden – und das sind vor allem diese drei:

- **Integration** (Zusammenfassung/Vernetzung der Einzelsysteme),
- **Realtime** (Erfassung und Verarbeitung aller Daten in „Echtzeit“, also im gleichen Moment, in dem auch etwas passiert),
- **Workflow** (Definieren und Programmieren von computergestützten/-begleiteten Arbeitsabläufen).

Bedingung 1: Integration

Unabdingbare Voraussetzung für eine Integration der Einzelsysteme ist es, zunächst alle Daten „unter einem Dach“ zu haben. Ob dies in Komplettsystemen (vollintegrierten Systemen) erfolgen wird, oder ob es eher „Plattformen“ geben wird, die über alle Einzelsysteme hinweg deren Daten sammeln und sinnstiftend zusammenbringen, das ist – wenn man den Markt betrachtet – noch nicht entschieden.

Von einem Komplettsystem könnte immer dann die Rede sein, wenn alle oder doch möglichst viele der im Krankenhaus anfallenden Daten und Funktionen in einem einzigen System abgebildet sind: administrative Prozesse, Logistik, Dokumentationsprozesse in Pflege und Medizin, Qualitätssicherung, Medikation, Anforderungs- und Befundkommunikation, Laboreinbindung, Terminierung/Terminkalender und natürlich alle Arten der Abrechnung und Kosten-

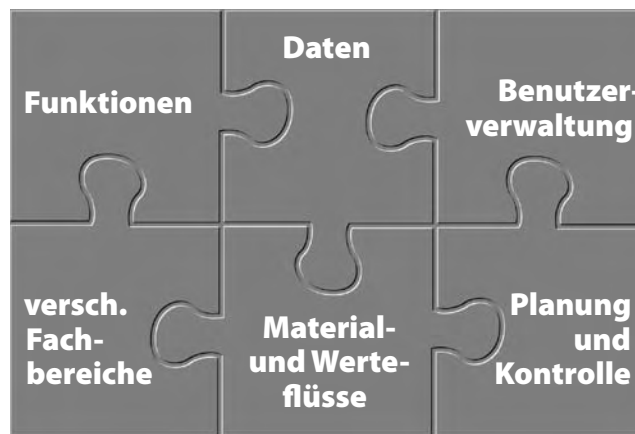
sicherung, sowohl für ambulante als auch stationäre Aufgaben.

Solch ein System wäre allerdings ein wahrer Moloch und schwer zu beherrschen, insbesondere dann, wenn die gelieferte Standardversion noch an spezielle betriebliche Bedürfnisse, Wünsche und Notwendigkeiten angepasst werden soll und muss. Es böte aber den Vorteil, alle Daten einheitlich definiert, unter einer Logik und einer **► Oberfläche** im Zugriff zu haben. Probleme mit Schnittstellen gäbe es höchstens zu medizinischen Einzelgeräten (z.B. Übernahme der Daten aus EKG-Geräten ver-

Lösung des Komplettanbieters angewiesen ist.

Aber unabhängig davon wie die Integration erreicht wird, fest steht jedenfalls: Ohne eine solche Integration ist das hier vorgestellte Szenario – ob in Gänze oder in Teilen – nicht denkbar!

Nehmen wir als Beispiel den vorstationären Ablauf und hier die Terminsuche und -buchung: Wenn die Verfügbarkeit der Operationssäle, der Betten, der Pflegekräfte mit den benötigten „Skills“ und der sonstigen Ressourcen im System nicht hinterlegt und aufrufbar sind, und wenn diese nicht



Integration fügt wie in einem Puzzle verschiedene Bereiche zu einem größeren Ganzen zusammen oder gliedert sie in ein größeres Ganzes ein

schiedener Hersteller). Ein weiterer Vorteil wäre: Das Krankenhaus muss sich nur mit *einem* Systemanbieter auseinandersetzen, nur ein (Haupt-)System muss verwaltet und benutzt werden.¹³

Aber: Diese umfassende Integration kann auch eine Fessel sein, weil in der Folge vielleicht um der Einheitlichkeit willen darauf verzichtet werden muss, irgendein komfortableres, leistungsfähigeres aber eben nicht „passendes“ Einzelsystem anzuschaffen.

Einen anderen Weg beschreiten die sogenannten Plattformsysteme. Denn hier wird nicht der Anspruch erhoben, sämtliche (auch zukünftig) benötigten Funktionalitäten selbst und in guter oder zumindest ausreichender Qualität zu bieten. Vielmehr geht es „nur“ darum, die Daten aus (fast) allen schon betriebenen Systemen zu sammeln und strukturiert abzulegen, um sie dann möglichst vielfältig und sinnvoll abrufen und auswerten zu können.

Der Vorteil einer solchen Lösung liegt darin, dass das Krankenhaus (auch in der Zukunft) die jeweils beste Einzellösung wählen kann und nicht auf die entsprechende

mit den Daten der Patientin und den hinterlegten Pfaden verknüpft werden können, kann es einen solchen Planungsprozess eben nicht geben (siehe die Abbildung auf Seite 9).

Es soll aber auch nicht übersehen werden, dass mit der Menge der Daten und Funktionen und mit dem Umfang der Integration auch die Leistungsanforderungen an die Informations-/Kommunikationstechnik (IKT) steigen.

Schon eine schlichte Buchungsanfrage erfordert viele Aktionen des Systems. Darüber hinaus ist in einem solchen System eben alles – ob von Hand oder automatisiert – zu erfassen. Und alles muss unmittelbar nach einer Eingabe oder Änderung zuverlässig für Auskünfte und Datenverarbeitungen zur Verfügung stehen – das reizt die Leistungsfähigkeit der heutigen IKT-Systeme voll aus.

Deshalb beschränken sich die Hersteller bei einzelnen Funktionen auch noch, z.B. beim sogenannten **► Scheduling**: Eine automatisierte Neufestlegung der diversen Patiententermine ist im Fall einer Veränderung (z.B. Verzögerung durch einen Notfall)

mit den aktuellen Systemen (noch) nicht machbar!

Bedingung 2: Realtime

Die Steuerungsfähigkeit des Systems hängt nicht nur davon ab, dass (möglichst) alle Daten erfasst sind, sie müssen auch in Realtime (Echtzeit) vorliegen – also unmittelbar nach jeder Aktion im System verfügbar sein.

Das ist kein Problem, wenn diese Daten (wie die Monitoring-Daten am Intensivbett) automatisiert erfasst und ins System übertragen werden. Aber immer dann, wenn die Datenerfassung durch Menschen erfolgen muss, ist es sehr viel schwieriger, sicherzustellen, dass diese Daten ohne Verzögerung ins System gelangen.

Nichts dürfte mehr auf Papier erfasst und erst später (heute oft sehr viel später bei Schichtende oder in der Nacht) am Stationstresen oder im Arztzimmer eingegeben werden. Alles müsste immer gleich vor Ort, also oftmals direkt am Bett, erfasst und ins System übertragen werden (z.B. durch mobile Computer mit drahtloser Datenübertragung).

Bedingung 3: Workflow

Das i-Tüpfelchen in einem integrierten System ist die logische und zeitliche Verknüpfung der einzelnen Elemente: Denn das „Was-soll-wer-wann-mit-wem-mit-welchen-Mitteln-tun“ muss in einen steuerbaren Ablauf überführt werden. Gesehen haben wir bereits, dass alle Standardaktionen und -abläufe in den sogenannten Pfaden hinterlegt sind (siehe Kasten auf Seite 10): das Erstellen einer Anamnese oder eines Röntgenbilds, eine Operation, die Beauftragung des Sozialdienstes oder die Verabreichung eines Medikaments.

Wer auf diesen Pfaden welche Schritte gehen soll, ergibt sich aus den ebenfalls im System hinterlegten „Rollen“: Eine Anamnese soll bei einem bestimmten DRG-Fall z.B. durch einen Facharzt für Orthopädie erfolgen, das Röntgenbild macht eine radiologisch-technische Assistentin nach Anordnung durch einen Mediziner mit radiologischer Fachkunde, das Medikament kann – nach Anordnung durch einen behandelnden Arzt – durch eine Pflegekraft verabreicht werden.

Um dies alles durch eine Software steuern zu können, muss also für jeden Beschäftigten im Krankenhaus hinterlegt sein, welche Rollen er einnehmen kann. Dazu gehören die Qualifikationen und die beruflichen Rechte in allen Details. Welcher „Rollenträger“ dann in einem bestimmten Fall zum Einsatz kommt, ergibt sich aus dem Zeitplan des individuellen Patientenpfads und aus den Dienstplänen/Anwesenheiten der Beschäftigten.

Aber auch die benötigten Ressourcen müssen für eine exakte Prozesssteuerung in den Pfaden hinterlegt sein: Medikamente müssen verfügbar sein und vielleicht sogar hergestellt werden; der OP-Saal, in dem eine bestimmte Operation aufgrund der dort befindlichen Ausstattung vorgenommen werden kann, muss frei sein; das zugehörige OP-Material muss bereitstehen; der Stellplatz im Aufwachraum ist zu reservieren, ebenso das Bett auf der Normalstation; dazu kommt vielleicht noch die Infusionspumpe für das Schmerzmittel, das Röntgengerät für die postoperative Kontrolle ...

Wie detailliert diese Ressourcen erfasst werden, hängt davon ab, wie feingliedrig die Steuerung sein soll: Sollen z.B. Infusionsständer mit verwaltet werden oder nimmt man einfach an, dass es davon genug gibt und deshalb wohl keine Engpässe entstehen werden?

Wie auch immer: Damit ein Workflow aufgebaut werden kann, braucht es ein Datenmodell (welche Daten gibt es im System und wie ist die Beziehung der Daten untereinander), ein Prozessmodell (hier: Pfade), ein Modellierungswerkzeug (Workflow-Designer), eine Steuerungslogik (Workflow-Engine) und eventuell auch noch eine Wissensdatenbank (mit hinterlegten Kriterien für Entscheidungen) sowie eine [Administra-](#) [tions-](#) und [Controlling-](#)Komponente.

Innovative Prozesssteuerung

Die erhofften Einsparungsmöglichkeiten einer Prozesssteuerung mit Hilfe von Workflows auf der Basis integrierter Systeme werden nicht zu erreichen sein, indem nur das, was bisher „von Hand“ erledigt wurde, nun auf ein IKT-System übertragen wird. Sowohl im Vorfeld der Systemeinführung als auch

begleitend zu dieser (auf manches „wie“ kommt man erst, wenn man weiß, was die Software kann) müssen neue Ideen entwickelt werden.

Schließlich sollen die neuen Systeme nicht nur das (teil-)automatisieren, was es bisher schon gab, sondern sie sollen Möglichkeiten bieten, die bisher nicht möglich waren (weder technisch noch technisch-organisatorisch). Dazu einige Beispiele:

- Die Steuerung über Behandlungspfade soll dadurch Einsparungen bringen, dass der klar definierte Ablauf unnötige Untersuchungen, Diagnostiken, Medikamentengaben usw. verhindert.

- Die klare Definition von Pfaden entspricht einer sachgerechten Behandlung und soll (bis auf wenige Einschränkungen) die Übernahme von Behandlungsschritten durch nicht-ärztliche Berufsgruppen erlauben (z.B. durch Pflegekräfte, die ja auch näher am Patienten sind).

- Die Steuerung über Workflows soll jede Menge Rüst-, Leerlauf- und Wartezeiten einsparen, indem Ressourcen verlässlich und zeitgerecht am richtigen Ort sind, indem die systemgesteuerte Terminierung Terminkollisionen verhindert, indem Anforderungen und Befunde in „Echtzeit“ überall abgerufen werden können und indem Doppeluntersuchungen vermieden werden.

- Der oft enorme Aufwand für Transport und Lagerung von Papierunterlagen soll weitgehend entfallen (und wird zu entsprechenden Personaleinsparungen führen).

- Die Personaleinsatzplanung (siehe auch K.-H. Böker: „Software zur Personaleinsatzplanung (PEP)“, Artikelreihe ab CuA 5/07) soll im Hinblick auf den tatsächlichen Bedarf optimiert werden. Ob in der Diagnostik, der Therapie, bei den Dienstleistungen oder in der Pflege – überall wo die Planung exaktere Voraussagen über den Bedarf erstellen könnte, soll das Personal nur noch bedarfsorientiert eingesetzt werden.

Integrierte Krankenhaussysteme werden Abläufe aber nicht nur steuern, sie werden auch Simulationen durchführen können, nach dem Motto: „Was wäre wenn?“ Auch dafür zwei Beispiele:

- Bei einer bestimmten DRG (Fallpauschale) kommt es in 20 % aller Fälle zu abweichenden Erscheinungen, die in der Regel am vierten Tag nach Therapiebeginn

anhand von Blutwerten entdeckt werden. In diesen Fällen muss dann medikamentös nachgesteuert werden, die Liegezeit erhöht sich von sechs auf acht Tage. Die Fragestellung an das System könnte nun sein: Verbessern sich die Durchlaufzeiten, wenn von vornherein bei allen Patienten vorsorglich

stände Einwände erheben könnten und wo in hohem Maße auch ethische Diskussionen geführt werden müssen (z.B. wegen des mit den Neuerungen verbundenen Eingriffs in die gesetzlich verbriefte alleinige Entscheidungsfreiheit des Arztes über eine Behandlung).

„Das könnte eine mögliche Strategie sein: Man beginnt mit der Integration bei den administrativen Prozessen, selbst wenn die Patienten- und Behandlungspfade noch nicht erstellt sind.“

eine zusätzliche Laboruntersuchung ange- setzt wird, die diese Abweichung gleich auf- deckt, so dass sie bei der Medikation von Anfang an berücksichtigt werden kann? Und: Wie verhalten sich die Kosten für den erhöhten Laboraufwand im Verhältnis zu der zu erwartenden Verkürzung der Liege- zeiten?

■ Bisher wird die Blutentnahme immer nur von Ärzten durchgeführt, weil Pflegekräfte – im Gegensatz zu Arzthelfer(inne)n – solche Eingriffe nicht vornehmen dürfen. Lohnt es sich also, Arzthelfer neu einzustellen, um so die Ärzte zu entlasten? Wie viel Zeit wäre im ärztlichen Dienst einzusparen und wie ist diese kostenmäßig zu bewerten im Ver- gleich zu den Kosten für die Neueinstellun- gen?

Diese Liste möglicher Einsparungen zeigt auch, dass sich bei weitem nicht alle Einsparpotenziale erst realisieren lassen, wenn die Behandlungspfade durch ein inte- griertes System gesteuert werden. Sowohl eine Teilintegration als auch eine Teilpro- zesssteuerung wird sich bereits als profita- bel erweisen.

Und das könnte in der Praxis eine Strate- gie sein: Man beginnt zunächst bei den eher administrativ-logistischen Prozessen, selbst wenn die Patienten- und Behandlungsp- fade noch nicht erstellt sind. Also zunächst die Terminierung mit den Leistungsstellen, dann die Hinterlegung der Pfade als Check- liste, später die Steuerung über Workflow usw.

Dieses Vorgehen käme den Klinikorga- nisatoren auch in anderer Hinsicht entge- gen: Im administrativ-logistischen Bereich werden weniger Widerstände erwartet als in den medizinischen Kernbereichen, wo die pflegerischen und ärztlichen Berufs-

Autor

Knut Hüneke ist Diplom-Psychologie mit dem Schwerpunkt Arbeits-, Betriebs- und Organisations- psychologie und arbeitet seit 14 Jahren als Berater für Betriebs- und Personalräte; seit Anfang 2006 ist er darüber hinaus als Prozess- und Qualitätsmanager in einem privaten Krankenhaus tätig; fon 08145 997470, k.hueneke@link-m.de, www.khueneke.link-m.de

Lexikon

Administration ► (Verwaltung) Einrichtung, Verwal- tung, Betreuung und Pflege von IKT-Systemen oder Netzwerken durch eine Fachkraft (Administrator), die für ihre Tätigkeit besondere (Zugriffs-)Rechte benötigt

Controlling ► (englisch: *control* = steuern, regeln) ist ein (ausschließlich nach innen wirkender) Teil der Unternehmensführung; konkrete Aufgabe ist die Beschaffung, Aufbereitung und Analyse von Daten zur Vorbereitung von Unternehmensentscheidungen

Expertensystem ► Software-Systeme, die auf der Basis von Expertenwissen zur Lösung oder Bewer- tung bestimmter Problemstellungen dienen (z.B. zur Unterstützung medizinischer Diagnosen oder zur Ana- lyse wissenschaftlicher Daten); Expertensysteme wer- den dem Fachgebiet der künstlichen Intelligenz zuge- rechnet

Monitoring (englisch: *to monitor* = beobachten, über- wachen) ein vielseitig gebrauchter Begriff von der technischen Überwachung zu medizinischen Zwecken bis zum Einsatz von Überwachungs-/Kontrollsoftware am Arbeitsplatz

Oberfläche ► (hier gemeint: „Benutzungsoberflä- che“) die Form und Art in der die Orientierungs- und Benutzungselemente einer Software für die Darstel- lung auf dem Bildschirm gestaltet sind (z.B. mit grafi- schen Symbolen und „Fenstern“ oder rein textorien- tiert)

RFID ► (Radio Frequency Identification = Identifika- tion durch Funkwellen) Technik zur automatischen Identifikation von Gegenständen oder Menschen; ein RFID-System besteht aus einem sehr kleinen, in Gegenstände (z.B. KLeidung, Armband) integrier- ten oder sogar implantierten Transponder (Datenträ- ger mit Sende-/Empfangsantenne) und Lesegeräten, die drahtlos die im Transponder enthaltenen Daten empfangen, aber u.U. auch Daten dort abspeichern können; das Lesegerät erzeugt dafür in der Regel ein elektromagnetisches Hochfrequenzfeld geringer Reichweite, womit nicht nur Daten übertragen, son- dern auch die Transponder mit Energie versorgt wer- den

Scheduling ► (englisch: *schedule* = Zeit-/Ablaufplan, auch Zeitablaufsteuerung genannt) Erstellung eines Ablaufplans, der den so definierten Prozessen auch zeitlich begrenzt Ressourcen (Personal, Geräte, Mate- rial usw.) zuweist

Fußnoten

- 1 Dadurch wird jede Rechnung der Krankenhäuser um 0,5 % Sanierungsabgabe für die Krankenkassen gekürzt
- 2 Orientiert am durchschnittlichen Anstieg der Grundlohnsumme in Deutschland von zuletzt 0,64 % kann das Budget eines Krankenhauses um maximal diesen Prozentsatz steigen
- 3 www.dkgev.de/dkgev.php/cat/35/aid/2655/title/DKG+stellt+%84Krankenhaus+Barometer+2007%93+vor
- 4 Blum/Offermanns/Perner: Krankenhaus Barometer 2007 kompakt, Deutsches Krankenhausinstitut/DKI, Düsseldorf 2007, Seite 3 (<http://dki.comnetinfo.de/PDF/Barometer%20Kompakt%202007.pdf>)
- 5 Eine Zusammenfassung der Studie aus der Zeitschrift Medical Care ist zu finden unter www.aerztblatt-studieren.de/doc.asp?docId=104207
- 6 Süddeutsche Zeitung vom 18.10.2007: „Kranken- häuser / Das große Schrumpfen“
- 7 Salfeld/Hehner/Wichels: Modernes Krankenhaus- management; McKinsey/Springer-Verlag 2007; www.mckinsey.de/knowmatters/buecher/publika- tionen_buecher_krankenhausmanagement.htm – dort auch ein Interview mit zwei der Autoren, eine Inhaltsübersicht sowie das Einführungskapitel zum Herunterladen
- 8 Hier ist die gemessene Qualität nach dem soge- nannten BQS-Verfahren gemeint, einem Verfahren, wonach die Krankenhäuser zu bestimmten Erkran- kungen definierte Daten erfassen und an eine zent- rale Stelle melden
- 9 Porsche Consulting und McKinsey haben z.B. ein viel beachtetes Projekt in der Herz- und Gefäß- chirurgie an der Universitätsklinik in Freiburg durchgeführt, siehe: www.porscheconsulting.com/filestore.aspx/default.pdf?pool=pco&type=download&id=ausgabe02-aufhfhregesundheits- pdf&lang=de&filetype=default
- 10 www.financialtimes.de/unternehmen/gesundheits- wirtschaft/295304.html?p=1
- 11 Das setzt natürlich das Einverständnis der Patientin und gesicherte Übertragungswege voraus; anson- sten sei kurz angemerkt, dass der Zugriff auf die Pati- entendaten natürlich auch mit der stufenweisen Einführung der Gesundheitskarte angedacht war; viele Kliniken bieten dazu aber jetzt schon eigene und über die geplanten Möglichkeiten der Gesund- heitskarten hinausgehende Lösungen an
- 12 Auch hier ist natürlich wieder die Zustimmung der Patientin vorausgesetzt
- 13 Eine Übersicht über die derzeitigen Anbieter von Komplettsystemen unter dem Fokus der Prozess- steuerung bietet der Trillium-Report 2007-5

Prozesssteuerung im Krankenhaus – Chancen und Risiken

Irene Gölz // ver.di Bayern

HIER LESEN SIE:

- welche Risiken mit der Übertragung „industrieller Prozesssteuerung“ auf die Abläufe im Krankenhaus verbunden sein können
- wo dieser Übertragung – bei aller Anerkennung auch positiver Entwicklungschancen – klare Grenzen zu setzen sind
- auf welche Sachbereiche die Belegschaftsvertretung besonders zu achten hat und wo Schwerpunkte in der Regelung durch Betriebs- und Dienstvereinbarungen zu setzen sind



Eine umfassende Steuerung der Verwaltungs-, Behandlungs- und Pflegeprozesse in einem Krankenhaus mit IKT-Unterstützung wäre für die betroffenen Beschäftigten (und damit auch die Patienten) nicht nur mit Chancen, sondern vor allem auch mit einigen Risiken verbunden. Davon sollen hier die wesentlichsten einmal näher betrachtet werden ...

Das von Knut Hüneke entwickelte Szenario (siehe den Artikel ab Seite 7) macht unter anderem deutlich, dass die darin beschriebene Planungs- und Steuerungstechnik zahlreiche Ansätze für eine umfassende Leistungs- und Verhaltenskontrolle der betroffenen Beschäftigten bietet. Dennoch soll dieser Aspekt hier nicht im Mittelpunkt meiner kritischen Betrachtungen stehen. Das Thema Leistungs- und Verhaltenskontrolle ist bereits in so vielen CuA-Artikeln grundsätzlich dargestellt und bearbeitet worden, dass ich mich hier darauf beschränken kann, nur noch auf einige Besonderheiten dieses Themas in Bezug auf Krankenhäuser einzugehen.

Leistungs- und Verhaltenskontrolle

In den meisten Krankenhäusern war die Leistungserfassung über IKT-Systeme bisher auf Systeme beschränkt, die den Zweck hatten, den Abrechnungsprozess mit den Kostenträgern (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und privat versicherten Patienten) sicherzustellen. In diesen Systemen wurde und wird vor allem erfasst, was bei einem Patienten gemacht wurde. Wer etwas wann getan hat, wie lange oder wie aufwändig dies war und welche Ressourcen dabei verbraucht wurden, wurde zwar ebenfalls festgehalten – was wegen der

Nachweispflicht auch unumgänglich ist – in der Regel aber nur in den Patientenakten und Berichten *aus Papier* dokumentiert. Lediglich in einigen – derzeit nur begrenzt mit den vorhandenen Krankenhaus-Informationssystemen (KIS) verbundenen – Einzelsystemen (wie z.B. in der Radiologie oder einem OP-System) fielen und fallen ausführlichere digitale Leistungsdaten an

Mit einem integrierten KIS, wie es in dem vorangegangenen Artikel ausführlich dargestellt wurde, würde eine Vielzahl weiterer, für eine Leistungs-/Verhaltenskontrolle nutzbarer Daten und damit eine neue Qualität entstehen. Bei der Einführung solcher Systeme muss die Belegschaftsvertretung

deshalb sehr genau hinschauen, ob die zu erfassenden Daten wirklich alle für die angestrebte effektive Steuerung benötigt werden. Und wenn dies der Fall sein sollte, wäre in jedem Fall zu prüfen und festzulegen, wer mit welcher Absicht darauf zugreifen darf. Es müsste also eine entsprechende

solche Vergleiche müssen unterbunden oder zumindest im Hinblick auf die daraus abgeleiteten Maßnahmen geregelt werden – immer nach dem Motto: personelle Maßnahmen, nein, Qualifikation, Teamentwicklung oder organisatorische Hilfestellung, ja!



Foto: KimC@aboutpixel

Mit dem Zusammenwachsen der bisher noch vorhandenen IKT-„Inseln“ werden auch die Möglichkeiten der Leistungs- und Verhaltenskontrolle und damit der Zeitdruck auf die Beschäftigten zunehmen – bei jedem Schritt, bei jedem Handgriff läuft im Hintergrund der „Gebührenzähler“ mit...

keln behandelt wird). Dies gilt besonders für die Arbeitsplatzgestaltung an Stations- und Empfangstresen und für die mobil vor Ort, also z.B. direkt am Krankenbett eingesetzten Eingabegeräte (hier vor allem: Lesbarkeit der Bildschirme unter ungünstigen Lichtverhältnissen, ausreichende Schriftgrößen, klare Benutzerführung).

Aber auch „im Hintergrund“ wird Bildschirmarbeit, etwa zur Führung elektronischer Patientenakten zunehmen, und muss z.B. den Anforderungen an Dokumentenmanagementsysteme entsprechend geregelt werden (siehe dazu den Themenschwerpunkt „Dokumenten-Management und die Folgen“ in CuA 11/07).

„Industrielle“ Steuerung im Krankenhaus

Sicherlich gibt es eine Menge unwirtschaftlicher, unrationeller Vorgänge und Prozesse im normalen Krankenhausbetrieb, deren Optimierung die deutlich bessere Alternative zu Personalabbau, Tarifflicht und Ausgründungen wäre. Aber es muss auch eindeutige Grenzen geben bei der Übertragung industrieller Steuerungslogik auf eine Organisation, die bei allen Ansprüchen an eine wirtschaftliche Leistungserbringung doch etwas anderes „produziert“ als Güter – nämlich Linderung und Heilung. Jeder Versuch einer solchen Übertragung muss deshalb kritisch begleitet und die Grenzen sowohl in Bezug auf die Krankenhausbeschäftigten, aber auch auf die Patienten verantwortungsvoll ausgelotet werden. Damit stellen sich einige Fragen – die vielleicht wichtigste ist:

Wer trägt die Verantwortung für Fehler?

Was geschieht in einem von vorprogrammierten Regeln und eingegebenen Daten gesteuerten Behandlungsprozess, wenn es eine Fehleingabe oder einen Zahlendreher gibt? Was passiert, wenn die Systemlogik im Einzelfall schlichten Unsinn produziert oder wenn der falsche Peter Müller gezogen wird?

In der Automobilproduktion wäre die Folge Ausschussproduktion, im schlimmsten Fall ein unbrauchbares Auto. In einem Krankenhaus allerdings kann es bei einem

Zweckbindung und die dazu gehörenden „Berechtigungen“ vereinbart werden, um so auf der einen Seite eine Verbesserung der Prozesse zuzulassen, andererseits die Beschäftigten aber vor einer Leistungs- und Verhaltenskontrolle zu schützen. Schließlich muss in der Abwägung zwischen den Steuerungsinteressen des Krankenhauses und den Rechten der Mitarbeiter nicht zwangsläufig die Mitarbeiterschaft hinten anstehen!

Ebenfalls muss darauf hingewiesen werden, dass es bei der Regelung solcher Systeme nicht nur darum geht, Einzelpersonen vor einer Leistungs-/Verhaltenskontrolle zu schützen, sondern auch Gruppen von Personen – handele es sich um eine Station oder ein „Leistungsstellenteam“. Welches Team ist schneller, welches verbraucht weniger Ressourcen, welches hat geringere Verweildauern oder kodiert besser? Auch

Arbeits-, Umfeld- und Gesundheitsschutz

Auch wenn es durch ein integriertes KIS zu teilweise erheblichen Entlastungen der Beschäftigten in Bezug auf Störungen, Chaosbeherrschung usw. kommen mag und wenn Routinetätigkeiten und ungeliebte Dokumentationspflichten verringert werden:

Insgesamt wird der Umgang mit der Informations-/Kommunikationstechnik deutlich zunehmen. Das ist vor allem eine Folge der Anforderung, dass möglichst alle Daten in „Echtzeit“ und deshalb vor Ort ins System eingegeben werden sollen.

Hier wird darauf zu achten sein, dass die bekannten ergonomischen Anforderungen an Bildschirmarbeitsplätze strikt beachtet werden (ein Thema, das vor allem in den CuA-Ausgaben 2008 in vielen Arti-

solchen „Ausschuss“ um Leben und Tod gehen. Wer trägt dafür die Verantwortung? Und wer haftet? Sicher nicht die Programmierer und auch nicht die Herstellerfirma. Auch die Krankenhausbeschäftigten würden nur im Rahmen der Arbeitnehmerhaftung herangezogen werden können, die selbst im Krankenhaus Grenzen kennt ...

Solche Unsicherheiten wird es immer geben, dennoch wird den Beschäftigten zukünftig stärker abverlangt werden, sich einerseits auf das System zu verlassen – wie könnte man auch sonst damit arbeiten –, andererseits das System aber doch „im Auge zu behalten“, es zu kontrollieren.

Wenn das aber so ist, dann muss auch die Frage gestellt werden, wie viel Nutzen ein System noch bringt, wenn man es doch ständig überwachen muss?

Außerdem besteht die Gefahr, dass alle Patienten, die nicht entsprechend den im System hinterlegten Behandlungspfaden (Clinical Pathways, siehe Seite 10) behandelt werden können (und das sind der wissenschaftlichen Literatur zufolge immerhin rund 30 %!), nicht die Fürsorge erhalten, die ihnen genauso zusteht wie den „Pfadpatienten“.

Zwar wird immer wieder betont, dass die durch die Standardisierung zu erreichenden Einsparungen auch dafür genutzt werden sollen, mehr Zeit für die Versorgung der „Nicht-Pfadpatienten“ zu gewinnen. So lange dies aber nicht durch entsprechende Behandlungskonzepte abgesichert ist, müssen Zweifel erlaubt sein. Denn die finanzielle Bewertung jeder einzelnen Maßnahme und der ständige Ausweis einer Gewinn- und Verlustrechnung für jeden einzelnen Patienten wird einen enormen Druck auf die Personen ausüben, die Entscheidungen z.B. über eine zusätzliche Diagnostik oder eine weitere Therapiemaßnahme zu treffen haben. Dieser wirtschaftliche Druck, der ja auch jetzt schon allgegenwärtig ist, könnte dann durchaus dazu führen, dass Patienten „nach Pfad“ behandelt werden, obwohl es angebrachter wäre, davon abzuweichen.

So etwas kann zwar auch ohne „industrielle Prozesssteuerung“ passieren, könnte aber durch die integrierten Systeme noch befördert werden. Die rechtlich klar geregelte alleinige Entscheidungsfreiheit des Mediziners über die Diagnostik und Behand-

lung würde dann nicht nur durch den finanziellen, sondern auch den durch die Systeme verursachten mentalen Druck auf systemkonformes Verhalten eingeschränkt – ein Druck, der alle an der Behandlung der Patienten beteiligten Personen beträfe.

Und schließlich wäre noch abzuwenden, dass aus der Standardisierung mittels Pfaden ein „Korsett“ wird. Wenn Medizin und Pflege – was wünschenswert ist – über Behandlungs- und Patientenpfade wieder Leitdisziplinen im Krankenhaus werden könnten, dann müsste das aber auch heißen, dass (frei nach Dietrich Dörner) solch ein Pfad immer dazu da ist, von ihm abzuweichen – soweit dies medizinisch begründet ist. Ist diese Möglichkeit vorgesehen und klar geregelt, kann dies sogar einen Fortschritt darstellen gegenüber dem jetzigen, eher diffusen ökonomischen Druck, der im Klinikalltag so manche Blüte treibt.

Was sind die Auswirkungen auf die Personalwirtschaft?

Das Mehr an Leistung pro Zeiteinheit (= Zuwachs an Produktivität), das von einer IKT-unterstützten Steuerung im Krankenhaus erwartet wird, würde personelle Auswirkungen haben. Da gibt es wohl keine Zweifel.

Personalabbau würde immer dann drohen, wenn keine Umsatzsteigerung erzielt wird. Es kann aber auch dann gelten, wenn es gelingen sollte, einen Teil des Produktivitätszuwachses den Patienten und den Beschäftigten zukommen zu lassen – was allerdings kaum zu erwarten ist. Andererseits werden einige Kliniken ihr Geschäft ausweiten können, ihre Marktanteile erhöhen und damit unrentable Kliniken verdrängen (wie es die im Artikel von Knut Hüneke angeführten Studien ja auch prognostizieren).

Mehr Produktivität kann in vielen Fällen auch Arbeitsverdichtung im Gefolge haben. Zwangsläufig ist das aber nicht: Das Wegfallen von stark stressbehaftetem „Chaos-Management“ (durch Stau in der Aufnahme, Verschiebung von Untersuchungsterminen, Versuche, z.B. eine OP noch unterzubringen oder einen Physiotherapietermin zu ergattern) kann durchaus auch Entlastung schaffen – falls nicht gleichzeitig der Personalstand reduziert wird. Es wird für die



© Stephan Große Rüschkamp

Bedingungslos menschlich.

Mit **ÄRZTE OHNE GRENZEN** helfen Sie Menschen in Not.



Bitte schicken Sie mir unverbindlich

- allgemeine Informationen über **ÄRZTE OHNE GRENZEN**
- Informationen für einen Projekteinsatz
- Informationen zur Fördermitgliedschaft
- die Broschüre „Ein Vermächtnis für das Leben“

Name

Anschrift

E-Mail

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.
Am Köllnischen Park 1 • 10179 Berlin
www.aerzte-ohne-grenzen.de

Spendenkonto 97 0 97
Sparkasse KölnBonn • BLZ 380 500 00

111048 Z1

Belegschaftsvertretung also darauf ankommen, bei der Einführung eines integrierten KIS aus möglichst ganzheitlicher Perspektive die Gestaltung der Abläufe zu beeinflussen und in jeder Phase und bei jeder Funktion die Interessen und die Schutzrechte der Beschäftigten einzubringen!

Dabei wird es sehr wahrscheinlich so sein, dass die Arbeitgeber versuchen werden, bedarfsorientierte Personaleinsatzkonzepte zu etablieren – eine Konsequenz der durch verstärkten IKT-Einsatz erhöhten Planbarkeit. In Reinkultur könnte das bedeuten, dass das KAPOVAZ-Modell (= Kapazitätsorientierte Variable Arbeitszeit), das in den 1980er-Jahren im Handel für großes Aufsehen sorgte, schon bald das Interesse der Krankenhaus-Geschäftsführungen finden wird: Bei geringem Arbeitsaufkommen wird das Personal „flexibel“ heruntergefahren. Steigt das Patientenaufkommen wieder, wird Personal „zugeschaltet“.

Auch die heute bereits zu beobachtende Strategie, Vollzeitstellen in Teilzeitstellen umzuwandeln könnte sich ausweiten. Das wäre auch durchaus denkbar, wenn es Arbeitskräfte mit einem echten Interesse an solchen Beschäftigungen gibt und wenn diese Stellen sozial und arbeitsrechtlich gleichgestellt sind. Zu verhindern ist aus meiner Sicht allerdings die Strategie, nur noch Teilzeitstellen anzubieten, um so die „Kopfzahl“ z.B. auf einer Station zu erhöhen und dadurch Schichten besser abdecken zu können, insbesondere in Kombination mit „Arbeit auf Abruf“.

Und im schlechtesten Fall könnte es darauf hinauslaufen, mit sogenannten Kern- und Randbelegschaften arbeiten zu wollen, also nur noch die Grundlast mit fest angestellten Mitarbeitern abzudecken, für alles andere aber „flexibel“ Leiharbeitnehmer einzusetzen. Die Grenze wird immer da zu ziehen sein, wo der Bedarf oberstes oder gar alleiniges Primat wird und die Planbarkeit von Arbeits- und Freizeit sowie ein sicheres Einkommen für die Beschäftigten nicht mehr gegeben ist.

Die meist ebenfalls geplante Verschiebung von Tätigkeiten auf jeweils geringer qualifizierte Beschäftigte durch die vermeintlich Qualifikation ersetzende Prozesssteuerung bedeutet die Gefahr von Entqualifizierungen und in der Folge dann eine

Veränderung der Zusammensetzung des Personals. Hier müssen vor allem Gewerkschaften und Berufsverbände auf der Hut sein und die Entwicklung kritisch begleiten.

Fazit

Die entscheidende Frage, die sich meiner Meinung nach bei der Verwirklichung des im Artikel von Knut Hüneke beschriebenen Szenarios stellt, ist diese:

Wie weit reicht der Nutzen der integrierten Prozesssteuerung durch die keineswegs in Abrede zu stellende Optimierung und Planbarkeit der Abläufe? Und:

Ab welchem Punkt übersteigt ein möglicher Schaden den Nutzen? Das heißt: Ab welchem Punkt stößt eine Übertragung der in der Industrie erprobten integrierten Prozesssteuerung bei einer Übertragung auf Krankenhausverhältnisse an ihre Grenzen?

Diese Grenzen müssen sich primär beziehen auf eventuelle negative Auswirkung auf die Patienten. Die Auswirkungen auf die Beschäftigten sind jedoch ebenso zu beachten, denn eine gute Versorgung der Patienten kommt ganz sicher nicht zustande unter den bedingungen grenzenloser Flexibilität und unsicherer Arbeitsverhältnisse!

Autorin

Irene Gözl ist Diplom-Soziologin und Physiotherapeutin und arbeitet als Gewerkschaftssekretärin bei ver.di Bayern im Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen; irene.goelz@verdi.de

Integrierte Krankenhausinformations-/Steuerungssysteme und Datenschutz

Roland Schäfer // Fachkraft für Datenschutz, Frankfurt am Main

HIER LESEN SIE:

- welche Funktionen eines Krankenhausinformations-/Steuerungssystems unter Datenschutzgesichtspunkten besonders bedeutsam sind
- welche technischen und organisatorischen Maßnahmen erforderlich sind, um das informationelle Selbstbestimmungsrecht der Patienten zu sichern
- warum speziell RFID-Patientenarmbänder nur in Ausnahmefällen mit Datenschutzerfordernissen im Einklang stehen

Zentrales Mittel für Kosteneinsparungen im Krankenhaus ist die Prozessoptimierung der gesamten Ablaufsteuerung im Krankenhaus und darüber hinaus. Dies soll realisiert werden durch die Einrichtung systemübergreifender und integrierter Krankenhausinformations- und Steuerungssysteme (siehe dazu die beiden vorangegangenen Artikel). Dass dabei der Datenschutz und die informationelle Selbstbestimmung von Patienten (und Beschäftigten) nicht etwa unter den Tisch fallen, sondern vielmehr ebenfalls verbessert und optimiert werden könnten, ist Thema und Anspruch dieses Artikels.

Der Zusammenhang integrierter Krankenhausinformations- und Steuerungssystemen (KISS) und Datenschutz soll hier anhand von vier Themenfeldern aufgegriffen und diskutiert werden:

- das elektronische *Anmelde- und Einweisungsverfahren* mit Datenübertragung vom niedergelassenen Arzt in das Krankenhaus;
- die *Nachbehandlung* durch den niedergelassenen Arzt mit Informationen aus dem Krankenhaus;
- die *Information* von Patienten und das Einholen von Einwilligungserklärungen;
- die *Identifizierung* von Patienten mit sogenannten RFID-Bändchen innerhalb des Krankenhauses.

Der diesen Schwerpunkt einleitende Artikel von Knut Hüneke (ab Seite 7) hat bereits gezeigt, dass es wesentliche Aufgabe eines Krankenhausinformations-/Steuerungssystems (KISS) ist, bereits den niedergelassenen

Arzt (den sogenannten Hausarzt) einzubinden.



Foto: Orderman

Elegant aber nicht unproblematisch: ein datenfunkendes „RFID“-Patientenarmband

Elektronisches Einweisungsverfahren

Der Hausarzt soll möglichst schon die Auswahl des geeigneten Facharztes und damit des richtigen Krankenhauses zusammen mit dem Patienten begleiten und die ersten

Schritte für das Anmeldeverfahren (Einweisung) veranlassen. Dies erfolgt in mehreren Schritten:

- Der Einweisung ins Krankenhaus ist üblicherweise eine Beratung zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhaus vorgeschaltet. Dafür wird bereits eine Teilmenge an Patienteninformationen an den voraussichtlich behandelnden Krankenhausarzt geschickt, damit dieser in einer Vorprüfung entscheiden kann, ob er aus medizinischer Sicht die Behandlung dieses Patienten übernehmen wird. Noch vor dieser ersten Datenübermittlung muss sich der niedergelassene Arzt die dafür nötige Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht durch den Patienten bescheinigen lassen und die entsprechende Erklärung an das Krankenhaus übermitteln.
- Mit der Datenübermittlung gibt der niedergelassene Arzt dem Krankenhausarzt

aber nur Einblick in seine Patientenunterlagen. Der niedergelassene Arzt bleibt „Herr der Daten“, er ist also nach wie vor die für die Datenverarbeitung „verantwortliche Stelle“ (§ 3 Abs. 7 BDSG). Die Einsicht durch den Krankenhausarzt ist datenschutzrechtlich lediglich eine „Datenverarbeitung im Auftrag“ (§ 11 BDSG). Lehnt der Krankenhausarzt die Behandlung ab, ist der Zugriff auf diese Patienteninformationen für ihn wieder vollständig zu sperren. In medizinischen Notfällen wird diese erste Phase natürlich entfallen.

■ Wird die Behandlung durch das Krankenhaus übernommen, dann werden die Patienteninformationen endgültig an das Krankenhaus übermittelt. Damit wird das Krankenhaus zuständig für den ordnungsgemäßen Umgang mit diesen Informationen und ist von da an die verantwortliche datenverarbeitende Stelle. Gibt es zwischen den ersten Beratungen und der endgültigen Übermittlung der Patienteninformationen an das Krankenhaus eine erhebliche Zeitlücke, kann es nötig sein, die Entbindung des niedergelassenen Arztes von seiner Schweigepflicht noch einmal zu wiederholen.

■ Der Zeitpunkt der Übergabe der Patienteninformationen an das Krankenhaus ist mit Blick auf den Datenschutz und auf die ► Revisionsfähigkeit des KISS zu protokollieren – zumal die Übergabe in der Regel nicht mehr wie früher mit dem Eintreffen des Patienten im Krankenhaus zusammenfällt, sondern zeitlich vorgelagert ist und abgekoppelt von anderen Aktionen.

■ Diese Übergabe der Patienteninformationen ist so zu gestalten, dass einzelne vom niedergelassenen Arzt freigegebene Informationen vom Krankenhaus auch abgewiesen werden können. Ein Verfahren, bei dem sich in Bezug auf Umfang und Erforderlichkeit der Datenübermittlung nur der eine auf den anderen Arzt verlässt, wäre nicht ausreichend.

Um diesen Prozess datenschutzgerecht zu gestalten, gibt es einige technische Anforderungen an ein solches KISS:

Die Übertragung von Patienteninformationen sollte durchweg *verschlüsselt* erfolgen. Es wird eine systemübergreifende Berechtigungsprüfung erforderlich sein. Es wird einen Verantwortliche für die Vergabe

und den Entzug von Berechtigungen geben müssen. Und obwohl das Krankenhaus das KISS betreibt, verwaltet und bezahlt, wird es sogar Bereiche geben, die selbst für die normalerweise für den Zugriff berechtigten Nutzer im Krankenhaus nicht zugänglich sein dürfen, sondern nur für die angebotenen niedergelassenen Ärzte.

Nachbehandlung durch den Hausarzt

Nach der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus wird in der Regel die Notwendigkeit einer optimierten und effizienten Nachsorge durch einen niedergelassenen Arzt bestehen und damit die Notwendig-

erforderlich sein. Es darf also nicht einfach standardmäßig davon ausgegangen werden, dass der Patient dem Hausarzt, dem er die Behandlung eines Schnupfens anvertraut, automatisch auch die Nachsorge für die neu erkannte Krebserkrankung zutraut und überlässt.

■ Ein KISS muss deshalb dazu in der Lage sein, auch diese während des Krankenhausaufenthalts vielleicht gefällte Patientenentscheidung für einen Wechsel des Arztes abzubilden. Die freie Arztwahl darf schließlich nicht an einer zu starren Systemgestaltung scheitern.

■ Die Übergabe der Patienteninformationen vom Krankenhaus an den niedergelassenen Arzt ist – wie im umgekehrten Fall



Foto: Medilox

Es muss nicht unbedingt Funktechnik sein; auch auf dem bekannten Strichcodesystem basierende Patientenarmbänder können für die Datenerfassung „vor Ort“ genutzt werden ...

keit einer Datenübermittlung in die andere Richtung. Auch hier gestaltet sich der Datenschutz ähnlich, nur mit umgekehrtem Vorzeichen:

■ Normalerweise werden nach der Krankenhausbehandlung die erforderlichen Unterlagen vom KISS an den niedergelassenen Arzt weitergereicht. Wenn sich aber während des Krankenhausaufenthalts der Umfang oder die Art der Behandlung umfassend geändert hat, kann auch eine Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht des Krankenhausarztes gegenüber dem niedergelassenen Arzt

auch – so zu gestalten, dass einzelne vom Krankenhaus freigegebene Informationen vom niedergelassenen Arzt beim Empfang abgewiesen werden können.

■ Aus Gründen des Datenschutzes und der Revisionsfähigkeit des Systems muss der Zeitpunkt dieser Übergabe protokolliert werden.

■ Und schließlich gelten für den Informationsfluss vom Krankenhaus hin zum niedergelassenen Arzt selbstverständlich die gleichen technisch-organisatorischen Datenschutzerfordernisse wie für die umgekehrte Richtung.

Information und Einwilligung

Gerade im Zusammenhang mit klar definierten und möglichst effizient ausgestalteten Geschäftsprozessen besteht die Chance, dass auch die Patienten davon in der Wahrnehmung ihrer Rechte profitieren:

Vor jeder Behandlung oder Diagnosemaßnahme ist ein Informationsgespräch zwischen Arzt und Patient über deren Zweck und Risiken erforderlich. Dabei könnten auch im KISS hinterlegte schriftliche Erklärungen zur Einwilligung der Maßnahme dem Patienten ausgehändigt und von ihm unterschrieben werden. Ebenso ließen sich im KISS für jede Phase, für jeden einzelnen Behandlungsschritt Standardinformationen (z.B. über Diagnoseverfahren, Behandlungen und deren Risiken) hinterlegen und ergänzend zum Arztgespräch für den Patienten ausdrucken.

Was aber noch bedeutsamer ist: Der Patient wird von diesen Informationen nicht – wie sonst z.B. bei der Aufnahme ins Krankenhaus – auf einmal und im Übermaß „erschlagen“, sondern er wird vielmehr häppchenweise zu jedem Schritt der Diagnose und Behandlung die aktuelle benötigten Informationen bekommen. Das Gleiche sollte auch für die diversen Einwilligungserklärungen gelten. Hier würde eine solche „Entzerrung“ sowohl zur besseren Übersicht des Patienten beitragen – immerhin geht es ja um dessen **informatorische Selbstbestimmung** – als auch zur Rechtssicherheit für Ärzte und Krankenhaus.

Denn nur eine vollständig verstandene und freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung ist hinterher auch eine rechtswirksame, auf die man sich im Haftungsfall berufen kann.

Klar definierte und effizient ausgestaltete Geschäftsprozesse bergen aber auch Risiken für den Patienten. Ein solches Risiko liegt z.B. darin, dass ein mit allzu heißer Nadel gestricktes KISS Informationsmaterial für Patienten bietet, das nicht ausreichend verständlich gestaltet und vielleicht sogar unvollständig ist.

Ein weiteres Risiko liegt darin, dass die Beschleunigung, die mit einer Prozessoptimierungen einhergeht, dazu führen

kann, dass eine etwaige Einwilligungserklärung vom Patienten unter Zeitdruck abverlangt und gegeben wird. Dies aber könnte die zwingend erforderliche Freiwilligkeit der Erklärung infrage stellen und würde dann gerade nicht die von allen Seiten erwartete sichere Rechtsgrundlage für die Behandlung schaffen.

RFID-Identifizierung der Patienten

Bei der Aufnahme in das Krankenhaus soll – so das übliche Szenario (siehe den Artikel ab Seite 7) – der Patient ein Bändchen erhalten, das mit einem **RFID-Chip** ausgestattet ist. Dies würde es dem Krankenhaus erlauben, jederzeit und ohne dass der Patient dies beeinflussen könnte, festzustellen, wo sich ein Patient gerade befindet.

Solche Identifikations- und Ortungstechniken werden bisher vor allem in der Lagerwirtschaft eingesetzt. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass die Chips – einmal angefunkt – die auf ihnen gespeicherten Daten berührungslos absenden.

Besondere Schutzmechanismen, wie eine Berechtigungsprüfung oder verschlüsselte Datenübertragung, können die Chips derzeit aber noch nicht verwalten. Unter Datenschützern hat sich daher das Prinzip durchgesetzt, dass RFID-Chips an Waren gehören, nicht aber an Menschen. Das heißt konkret:

■ Im Krankenhaus sollten RFID-Patientenbänder allenfalls dann eingesetzt werden, wenn es sich um Patienten handelt, die durch eine (sei es auch nur schwache oder vorübergehende) geistige Behinderung nicht in der Lage sind, sich z.B. auf einen Aufruf zu melden oder sich im Krankenhaus zu orientieren (was z.B. für Demenzerkrankte oder durch Narkose vorübergehend beeinträchtigte Patienten gelten könnte). Alle anderen Patienten sind auf dem üblichen sozialen Weg zur Mitwirkung zu bewegen, nicht jedoch mit technischen Hilfsmitteln zu überwachen.

■ Dabei ist die Entscheidung, welche der Patienten ein RFID-Bändchen bekommen, restriktiv zu fassen. Das könnte heißen: Erst wenn ein Patient einmal einen Termin innerhalb des Krankenhauses verpasst hat und eine plausible Erklärung dafür fehlt, könnte

eventuell das normale durch ein RFID-Bändchen ersetzt werden.

■ Ist ein RFID-Bändchen im Zusammenhang mit einer Narkose angelegt worden, so sollte es standardmäßig nach spätestens 12 Stunden wieder durch ein normales Bändchen ersetzt werden.

■ In jedem Fall aber ist wegen der immer gegebenen Möglichkeit eines unkontrollierbaren Abrufens von Daten auch durch unbefugte Dritte sicherzustellen, dass außer einer Patienten und einer Krankenhauskennzeichnung keine weiteren Daten auf dem RFID-Chip gespeichert sind.

■ Alle Maßnahmen des Anbringens und Entfernens von RFID-Bändchen am Patienten sind revisionsicher zu dokumentieren.

Auf den ersten Blick scheinen alle diese Anforderungen dem Ziel der Prozessoptimierung entgegenzuwirken. Es sind aber genau diese Zusatzaufwände, die eine datenschutzfreundliche Handhabung gewährleisten und die auch alle ohne große weitere Behinderung von einem KISS erfolgreich unterstützt werden können.

Datenschutz und Informationelle Selbstbestimmung einerseits und Prozessoptimierung andererseits behindern einander also nicht, sondern ergänzen einander und verbessern Systeme nachhaltig nicht nur in ihrer Wirksamkeit, sondern vor allem auch in ihrer Akzeptanz.

Autor

Roland Schäfer, Fachkraft für Datenschutz/Privacy Consultant; Flensburger Straße 22, 60435 Frankfurt am Main, fon 069 565414, schaefer@datenschuetz.de, www.datenschuetz.de

Lexikon

informationelle Selbstbestimmung ► durch Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (im „Volkszählungsurteil“ von 1983) formuliertes Grundrecht jedes Menschen, über Verbleib und Nutzung der über ihn gespeicherten Daten prinzipiell selbst bestimmen zu können

Revisionsfähigkeit ► lückenlose Nachvollziehbarkeit von Datenverarbeitungsvorgängen

RFID ► siehe Lexikon Seite 14