

Mit einem Gastbeitrag
von Prof. Dr. Arno Elmer,
Hauptgeschäftsführer der gematik,
zum Thema „E-Health-Gesetz“
Seite 2

Ausgabe 1/2015

Heft 25, 8. Jahrgang

EDITORIAL

E-Health

Liebe Leserinnen, liebe Leser,
der Entwurf des E-Health-Gesetzes
liegt vor und wird intensiv diskutiert.
Wie immer gehen die Meinungen
auseinander. Vielen geht das Gesetz
nicht weit genug. Die meisten sehen
uns aber auf dem richtigen Weg.

Wir wollen die Gelegenheit nutzen
und uns in unserem Schwerpunktartikel
noch einmal mit Gegenwart und
Zukunft von E-Health auseinandersetzen.
Wie immer unterhalten wir uns
mit unterschiedlichen Experten; dabei
sind Prof. Dr. Arno Elmer, Dr. Stefan
Schaller, Prof. Dr. Gerhard Fettweis,
Dr. Markus Müschenich sowie Martin
Peuker.

Der Leser erfährt von unseren
niederländischen Kollegen, was
unter dem Begriff der Gamifikation
zu verstehen ist. Weitere spannende
Themen sind Neues zur Abrech-
nungsprüfung durch den MDK, gute
Unternehmensführung im Gesund-
heitswesen und technikbasierte
Assistenzsysteme für die Altenpflege.

Unter der Rubrik Nachgefragt
wagen wir mit Dr. Markus Horneber
einen Blick in die Zukunft.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß
beim Lesen und freuen uns – wie
immer – auf Ihre Meinung.

Mit besten Grüßen
Prof. Dr. Volker Penter
Partner, Head of Health Care

Schwerpunktthema:

E-Health als Gestalter der Gesundheit von morgen

E-Health, das Thema ist nicht neu. Mehr als zehn Jahre ist es inzwischen her, dass die Diskussion über elektronische Vernetzung im Gesundheitswesen angestoßen wurde. Doch was mit der Vision eines elektronischen Gesundheitspasses begann, wuchs schnell der Skepsis. Vom gläsernen Patienten war die Rede, von potenziellem Informationsmissbrauch, hohem bürokratischen Aufwand und mangelnden Schutzmechanismen. Mit der flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und dem Entwurf eines E-Health-Gesetzes nimmt der Zug nun aber endlich Fahrt auf. Wir zeigen in dieser Ausgabe, was sich seit dem E-Health-Kongress 2002 getan hat und wohin die Reise führen kann, welche Erleichterungen E-Health im Alltag verspricht, welche Hürden noch zu nehmen sind und welche Gefahren lauern.

Schwerpunktartikel und Interviews, Seite 4 bis 15

GASTBEITRAG

Prof. Dr. Arno Elmer, Hauptgeschäftsführer der gematik, zum Thema „E-Health-Gesetz“

2

SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

Das E-Health-Gesetz und die Potenziale für Krankenkassen
Die digitale private Krankenversicherung

33

35

INTERNATIONALES

Vom Hörsaal auf den Spielplatz – wie spielerische Elemente dem Gesundheitssektor neue Möglichkeiten eröffnen

37

NACHGEFRAGT

Der Zukunft entgegen
Nachgefragt bei Dr. Markus Horneber

40

STATISTIKSPLITTER

Die digitale Transformation – ein Branchenvergleich

42

NACHRICHTEN

Fallpauschalen als trennbare Abrechnungseinheiten
Neue Veröffentlichungspflichten für gesetzliche Krankenkassen

45

45

SERVICE

Veranstaltungen
Publikationen

46

47

KRANKENHAUS

Neue Regelungen für die Abrechnungsprüfung im Krankenhaus
Gute Unternehmensführung in Unternehmen der Gesundheitswirtschaft: Bedeutung erkannt, Risiken gebannt?
IT-Risikomanagement nach DIN EN 80001 zur Integration von Medizinprodukten in Krankenhaus-IT-Netzwerke

16

20

23

MEDIZINTECHNIK

Betreibermodelle in primären Leistungsbereichen von Krankenhäusern erfolgreich umsetzen
Telemedizin ist Vergangenheit – Digital Health die Zukunft

25

27

PFLEGEINRICHTUNGEN

Neue Chancen durch technikbasierte Assistenzsysteme für die ambulante und stationäre Altenpflege
Technische Assistenzsysteme im Einsatz bei sozialen Dienstleistern

29

30

Mit dem E-Health Gesetz beginnt die Transformation des deutschen Gesundheitswesens

Kommentierung des Referentenentwurfs eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen

Gastbeitrag von Prof. Dr. Arno Elmer, Hauptgeschäftsführer der gematik

Vor über einem Jahrzehnt wurde die Idee geboren, das deutsche Gesundheitswesen zu vernetzen und damit das Zeitalter einer sektorübergreifenden und hochsicheren elektronischen Kommunikation zwischen allen Beteiligten im Gesundheitswesen einzuläuten. Die Bundesregierung ergreift nun 2015 gesetzliche Maßnahmen, um die leider erst in den letzten Jahren erzielten Projektfortschritte bei der Digitalisierung und Vernetzung zu unterstützen und abzusichern. Das Projekt elektronische Gesundheitskarte (eGK) und Telematikinfrastruktur entwickelt sich endlich positiv und soll nun rasch zu einem erfolgreichen Abschluss gebracht werden. Mit der bereits an die Versicherten ausgegebenen eGK sowie dem erfolgreichen Aufbau einer flächendeckenden Telematikinfrastruktur, wird Telemedizin-, Vernetzungs- und E-Health-Projekten und -Anwendungen inzwischen eine nachhaltige Plattform geboten. Damit eröffnen sich Chancen, das Gesundheitswesen nachhaltig zu modernisieren und neue Behandlungspfade zu gestalten. Zudem soll allen Patienten und Versicherten* die Möglichkeit gegeben werden, eine deutlich stärkere Rolle bei Entscheidungen über die eigene Gesundheit wahrzunehmen.

Nachdem dem Projekt im Jahre 2009 durch einen Regierungswechsel und den Ausruf eines Moratoriums beinahe das Aus beschert worden war, begann sich das Blatt ab 2012 zu wenden. Auf Basis eines Schlichterspruchs Ende 2011 sowie mit einem neuen Managementteam gelang es, das Vorhaben ab Anfang 2012 wieder signifikant zu beschleunigen und wichtige Meilensteine – und damit den Turnaround – zu erreichen. Nach einem 20-monatigen europaweiten Vergabeverfahren erhalten Ende 2013 verschiedene Industriekonsortien den Auftrag zum Aufbau der Telematikinfrastruktur. Die Anerkennung der gematik bei wichtigen

Partnern begann zu wachsen und das Unternehmen konnte viele dringend benötigte Mitarbeiter und Spezialisten gewinnen.

Zunächst wurde die Komplexität des Projektes unterschätzt, mittlerweile jedoch ist die technische Realisierung weit fortgeschritten. So ist der Aufbau der zentralen Telematikinfrastruktur bereits in großen Teilen erfolgt und der nächste wichtige Meilenstein rückt in realistisch greifbare Nähe. Ab Ende 2015 soll der Abgleich von Versichertenstammdaten auf der eGK über die dann fertiggestellte Telematikinfrastruktur erprobt werden. Im Anschluss sollen dann rasch die qualifizierte elektronische Signatur, die Erfassung von lebensrettenden Notfalldaten auf der eGK, Systeme, die die Arzneimitteltherapiesicherheit unterstützen, sowie weitere Mehrwertanwendungen realisiert werden.

Nachdem über viele Jahre hinweg fast ausschließlich negativ – zum großen Teil auf Basis völlig falscher Aussagen und Behauptungen – über das Projekt berichtet wurde, sind heute die Rufe „noch schneller“ und „noch mehr“ in den Vordergrund gerückt. Projektfortschritte und intensive Kommunikation haben das Vertrauen in das Projekt gestärkt, und das nicht nur bei vielen direkten Akteuren des Gesundheitswesens, sondern insbesondere auch bei Ministerien und in der Politik. Der Referentenentwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen dient vor allem dazu, die erreichten Projektergebnisse abzusichern und das positive Momentum des Projekts mit konkreten Projektvorgaben zu unterstützen und zu beschleunigen.

Das unter dem Arbeitstitel E-Health-Gesetz bekannte Dokument wurde von vielen bereits erwartet und beschäftigt derzeit viele Akteure im Gesundheitswesen, die noch an der Kommentierung des Referentenent-



wurfs arbeiten. Diese Entwicklung zeigt deutlich, dass das Projekt nun doch die Chance hat, zu einer bundesweiten, sektorübergreifenden und hochsicheren Vernetzung zu führen und damit für alle Beteiligten zur Erfolgsstory zu werden – insbesondere, wenn es nun auch durch eine zukunftsorientierte Politik unterstützt wird.

Dabei sollten nicht nur die nächsten geplanten Projektschritte schnell realisiert, sondern schon heute die Weichen gestellt werden, damit künftig innovative Lösungen schnell flächendeckend und bundesweit verfügbar gemacht werden können. Dazu gehört, dass der Patient eine aktiver Rolle in seiner Behandlung übernehmen kann und dass auch Bereiche wie die Pflege in die Vernetzung einbezogen werden. Konsequente Digitalisierung und Vernetzung im Gesundheitswesen eröffnen die Chance, Behandlungsprozesse signifikant zu verbessern und Wirtschaftlichkeit und Transparenz zu erhöhen. Die Qualität der Patientenversorgung sollte hierbei allerdings immer im Vordergrund stehen.

Diese Entwicklung ist in Deutschland teilweise schon überfällig: Ideen- und Kreativschmieden sind aktiv dabei, neue Apps zu entwickeln, in deren Fokus die Gesundheit steht. Der Patient entwickelt sich mithilfe von modernen Instrumenten wie Smartphones bereits vom E-Health- zum mHealth-Nutzer und das wird von vielen nicht nur gewünscht, sondern mehr und mehr auch gefordert. Konzepte wie Ambient Assisted Living, ein ganzheitlicher Ansatz zwischen Gesundheit, Technologie und unabhängigem und selbstbestimmtem Leben in den eigenen vier Wänden, zeigen exemplarisch auf, was mit Nutzung moderner IT-Instrumente bereits heute technisch möglich ist. Immer mehr Ärztenetze entstehen in Deutschland, weil erkannt wurde, dass ein „Gemeinsam“ im Gesundheitswesen nicht nur wirtschaftlich sinnvoll,

sondern vor allem für den Patienten vorteilhaft ist.

Mit der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens werden zudem nicht nur die Verbesserung von Behandlungen sowie die Stärkung von Datenschutz und -sicherheit für sensible Patientendaten einhergehen. Innovative und vor allem auch flächendeckende Lösungen für die Regelversorgung bieten der deutschen Gesundheits(-IT-)wirtschaft auch die Chance auf eine nachhaltige positive Weiterentwicklung. In der digitalen Agenda der Bundesregierung ist gefordert, dass der Aufbau von smarten Infrastrukturen auch im Gesundheitswesen umgesetzt werden soll, um Deutschland langfristig auch in diesem Sektor eine gute Wettbewerbsposition neben anderen Industrienationen zu sichern.

Die Diskussionen, die seit Veröffentlichung des Referentenentwurfs begannen, sind zum großen Teil positiv und zukunftsweisend. Diese Energien – vor allem auch in der Politik – sind notwendig, um die Transformation hin zur Digitalisierung voranzutreiben und auch zu steuern. Es ist klar, dass dieser Transformationsprozess nur gemeinsam gestaltet werden kann. Die partnerschaftliche Schaffung von Möglichkeiten, Innovationen und Rahmenbedingungen, aber auch Akzeptanz, ist eine Aufgabe, die von der Politik unterstützt werden kann. Die Verantwortung für eine erfolgreiche Realisierung liegt jedoch weiterhin bei den dafür zuständigen Institutionen. Die Chancen heute stehen gut, tatsächlich einen großen Schritt zur Digitalisierung des Gesundheitswesens zu gehen: Gemeinsam vernetzen wir Gesundheit. Sicher.

Ihr
 Prof. Dr. Arno Elmer
 gematik – Gesellschaft
 für Telematikanwendungen der
 Gesundheitskarte mbH

Prof. Dr. Arno Elmer

Der studierte Diplom-Betriebswirt und Wirtschaftsinformatiker ist seit Januar 2012 Hauptgeschäftsführer der gematik – Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH. Er promovierte im Bereich Gesundheitswissenschaften und lehrt als Professor für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre an der FOM Hochschule für Oekonomie und Management in Nürnberg und Berlin unter anderem Gesundheits- und Sozialmanagement, Controlling und Projektmanagement. An der FOM ist er des Weiteren wissenschaftlicher Leiter der Forschungsgruppe E-Health. Arno Elmer lehrte darüber hinaus bereits an der evangelischen Hochschule in Nürnberg, Fakultät Gesundheit und Pflege, und hat einen Master of Laws mit Schwerpunkt Verbraucher- und Datenschutz im Internet. Im Laufe seiner beruflichen Stationen als Manager, Geschäftsführer und Vorstand in verschiedenen großen Unternehmen sammelte er fundierte Erfahrungen in der Steuerung komplexer IT-Projekte, der Einführung karten- und onlinebasierter Zahlungssysteme sowie der erfolgreichen Steuerung, Restrukturierung und Neuausrichtung von Unternehmen.

E-Health als Gestalter der Gesundheit von morgen

„Die modernen Kommunikationsmöglichkeiten müssen auch im Gesundheitswesen mehr als bisher genutzt werden“, waren die Worte der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt auf dem E-Health-Kongress 2002. Konkret warb sie für eine neue Generation der Versichertenkarte, mit der eine stärkere Vernetzung der Sektoren ermöglicht und somit eine effizientere und effektivere Versorgung erzielt werden könnte. Dabei sollte der elektronische Gesundheitspass innerhalb von drei bis fünf Jahren flächendeckend eingeführt werden und mit einer Vielzahl von Anwendungen das Gesundheitssystem moderner gestalten. Mit rund zehn Jahren Verspätung ist seit Anfang dieses Jahres die elektronische Gesundheitskarte (eGK) für alle gesetzlich Versicherten das neue Kommunikationsmittel mit dem Leistungserbringer. Festzustellen ist jedoch, dass von den damals großen Visionen einer digitalen Gesundheitskarte bisher noch immer nicht viel umgesetzt wurde.

Autoren: Prof. Dr. Volker Penter und Kevin Pfaffner, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin und München

Das ist nur ein Beispiel von vielen, die zeigen, dass auch vor mehr als einem Jahrzehnt der politische Wille und Optimismus vorhanden waren, das Gesundheitswesen zeitnah zu digitalisieren. Auch heute ist E-Health, wenn es um Innovationen im Gesundheitswesen geht, hochrelevant. Es stellt sich aber die berechtigte Frage, warum gerade jetzt die Chancen gut stehen, dass E-Health-Anwendungen in Breite und Tiefe den Gesundheitsmarkt erobern werden.

Die Politik hat aus den Fehlern der Vergangenheit gelernt

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe versprach auf der Eröffnungsrede des letzten Hauptstadtkongresses, dass „jetzt mit Hochdruck im Gesundheitsministerium gearbeitet“ wird, um ein E-Health-Gesetz auf den Weg zu bringen. Der Referentenentwurf „eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ liegt nun vor.

Die sich dadurch ergebenden Änderungen für die gesetzliche Krankenversicherung können als tatsächliche Chance und potenzieller Treiber für

eine zeitnahe, wenn auch schrittweise, Digitalisierung des Gesundheitssystems gesehen werden. Denn entscheidend ist, dass aus den Fehlern früherer Reformen gelernt wurde und nicht nur konkrete Fristen für den Aufbau einer Telematikinfrastruktur und die Umsetzung von Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gesetzt wurden, sondern auch konkrete Sanktionen bei Nichteinhaltung vorgesehen sind. Demnach droht den Gesellschaftern der gematik – Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH eine Kürzung ihrer Ausgaben, sollten sie die Umsetzung definierter Dienste auf der eGK nicht fristgerecht zur Verfügung stellen. Auch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und Zahnärzte werden mit einer pauschalen Kürzung ihrer Vergütung bei Nicht-Nutzung bestimmter Dienste der eGK sanktioniert.

Gleichzeitig sollen mit der Reform aber auch Anreize geschaffen werden, um E-Health schneller in den Markt zu bringen. In Form einer Anschubfinanzierung erhalten Versorger Zusatzvergütungen bei Nutzung von festgelegten Diensten, die die eGK zukünftig ermöglichen soll.

Neben der Etablierung der elektronischen Gesundheitskarte zielt der Referentenentwurf auch auf die Öffnung der geplanten Telematikinfrastruktur für andere E-Health-Anwendungen. Damit Hersteller ihre innovativen Produkte und Dienstleistungen problemlos in die Infrastruktur integrieren können, sieht der Gesetzgeber vor, ein Interoperabilitätsverzeichnis aufzubauen. Schnittstellenprobleme unter den Leistungserbringern und Sektoren sollen damit überwunden werden.

Gesellschaftliche Trends wirken als Treiber für E-Health

Neben der politischen Initiative lassen sich zwei zentrale gesellschaftliche Trends als Erfolgsfaktoren für E-Health erkennen.

E-Health ist konsumentengetrieben

Jahrelang lag der Fokus bei der Etablierung von E-Health-Anwendungen auf dem ersten Gesundheitsmarkt. Die hierbei vorherrschenden hohen regulatorischen Anforderungen an Finanzierung und Datenschutz sowie die starren Strukturen der Sektoren stellten jedoch nach wie vor große Hemmnisse dar.

Dabei ist zu beobachten, dass im Vergleich zu 2002 der selbstfinanzierte zweite Gesundheitsmarkt der Treiber für E-Health sein wird. Immer mehr Menschen greifen auf technische Hilfsmittel zur Unterstützung ihres gesunden Lebensstils zurück. Mit sogenannten Wearables in Form von Armbändern, Smartwatches und anderen Applikationen erfassen und dokumentieren die Nutzer ihr Fitness- und Gesundheitsverhalten.

Der Markt für diese Art von E-Health-Produkten entwickelt sich rasant und bringt immer neue Innovationen hervor. Nicht nur große Technologiehersteller wie Apple oder Samsung integrieren entsprechende Sensoren und Applikationen in ihre Produkte.

Auch immer mehr Unternehmen aus anderen Consumer-Bereichen folgen dem Trend. So brachte Braun kürzlich eine elektrische Zahnbürste auf den Markt, die das Putzverhalten der Nutzer erfasst und per Bluetooth an ihr Smartphone sendet.

Hierbei sind es besonders die einfache Anwendbarkeit, der klar erkennbare Nutzen, aber auch die spielerische Komponente, die E-Health im Consumer-Bereich so erfolgreich machen. Zudem weisen heutige Generationen ein ganz anderes Verhältnis zur Technik auf: Studien zeigen, dass die Akzeptanz und tatsächliche Nutzung von Gesundheitstechnologien weniger vom Alter oder Geschlecht abhängen, als viel mehr von der individuellen Technikbiografie.¹

Es liegt somit nahe, dass es die Konsumenten selbst sind, die die Umgestaltung des Gesundheitswesens vorantreiben und digitalisierte Gesundheitsleistungen auch auf dem regulierten Markt nachfragen werden.

Digitale Welten und Gesundheit – zwei Megatrends treffen aufeinander

In den folgenden Jahrzehnten werden verschiedene Megatrends das Leben beeinflussen. Gesundheit und digitale Lebenswelten stellen zwei dieser Trends dar.

Gesundheit ist heute weit mehr als die bloße Abwehr von Krankheit und Gebrechen. Mit einem steigenden Bewusstsein der Gesellschaft wird Gesundheit als ein ganzheitliches Gut angesehen. Dadurch zieht Gesundheit in immer mehr Bereiche des täglichen Lebens auch außerhalb der klassischen Gesundheits- und Krankenversorgung ein. Altersgerechte Wohnformen, gesundheitsförderliche Maßnahmen am Arbeitsplatz, Präventionsprogramme zur Ernährung in Schulen, Wellness- und Sporttourismus und umweltbewusstes Verhalten können beispielhaft genannt werden. Zudem durchdringt der digitale Wan-

Abbildung 1
Das weite Feld von E-Health
Quelle: KPMG



del alle Lebenswelten. Technologien bilden die Basis in fast allen Bereichen des täglichen Lebens – seien es die Kommunikation über soziale Plattformen, moderne Kollaborationsmittel im Arbeitsalltag oder der Einkauf im Internet.

Es ist somit gar nicht denkbar, dass kurz- bis mittelfristig diese beiden Trends nicht aufeinandertreffen werden und die Digitalisierung somit keinen Einzug in das deutsche Gesundheitswesen finden wird.

E-Health ist weit mehr als nur Telemedizin

Die Möglichkeiten von E-Health erscheinen unendlich. Wird jedoch von E-Health gesprochen, ist oft nicht klar, was in Summe darunter zu verstehen ist. Dabei wird von vielen mit E-Health zuerst das weite Feld der Telemedizin assoziiert. Dass E-Health aber weit mehr ist als eine reine Form der Kommunikation zur Überwindung von örtlichen Distanzen, verdeutlicht das

weitläufig und allgemein gefasste Verständnis der EU-Kommission. Demnach ist E-Health ein Sammelbegriff für die auf „Informations- und Kommunikationstechnologien basierenden Instrumente zur Verbesserung von Prävention, Diagnose, Behandlung sowie der Kontrolle und Verwaltung im Bereich Gesundheit und Lebensführung“.² Auch das Bundesministerium für Gesundheit versteht E-Health als einen „Oberbegriff für ein breites Spektrum von IKT³-gestützten Anwendungen (...), in denen Informationen elektronisch verarbeitet, über sichere Datenverbindungen ausgetauscht und Behandlungs- und Betreuungsprozesse von Patientinnen und Patienten unterstützt werden können“.⁴

Abbildung 1 illustriert beispielhaft die vielen Anwendungsfelder und Bestandteile eines digitalisierten Gesundheitswesens. Im Folgenden sollen nur einige Teilgebiete von E-Health einleitend vorgestellt werden, die als wichtige Anwendungsgebiete in den nächsten Jahren gesehen werden können.

Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Die Erwartungen an die eGK waren groß. Aus Anwendersicht sind lediglich das Passfoto auf der Vorderseite und die europäische Versichertenkarte auf der Rückseite als Neuerungen der eGK zu verzeichnen. Dabei bietet die Mikroprozessorkarte Potenzial für eine Vielzahl von Anwendungen, die eine bessere digitale Vernetzung des Gesundheitswesens ermöglichen sollen.

Im Auftrag der Spitzenverbände der Leistungserbringer und Kostenträger wurde die gematik nun im ersten Schritt damit beauftragt, fünf Funktionen für die eGK zu erproben und zeitnah bereitzustellen. In der ersten Rolloutphase soll es ermöglicht werden, dass Versichertenstammdaten auf der Gesundheitskarte automatisch online auf Richtigkeit überprüft und bei Änderungen von Adressdaten oder Statusinformationen des Versicherten geändert werden können. Ein Austausch der Karte wird zukünftig somit nicht mehr notwendig sein. Mit der zweiten Ausbaustufe soll der Versorgungsprozess der Versicherten deutlich verbessert werden. Zum einen soll ein effektives Notfalldatenmanagement (NFDM) ermöglicht werden, in dem Ärzte und Sanitäter im Notfall relevante Daten von der Gesundheitskarte lesen können. Der Versicherte soll hierbei frei entscheiden, welche Notfalldaten er von sich preisgeben möchte. Sie können von Allergien über Medikationen bis hin zu Vereinbarungen über Patientenverfügungen und Organspendebereitschaft reichen.

Ein weiterer wichtiger Schritt ist die Etablierung einer sicheren und rechtsverbindlichen Kommunikation zwischen den Leistungserbringern. Durch den digitalen Austausch von Befunden könnten beispielsweise Entlassbriefe nach einem Krankenhausaufenthalt wesentlich schneller und effizienter an den weiterbehandelnden Arzt übermittelt werden.

Als erster Gesundheitsdatendienst auf der noch zu schaffenden Telematikinfrastruktur soll die elektronische Fallakte zum Einsatz kommen und dem Leistungserbringer zu einer besseren medizinischen Versorgung verhelfen. Mit der eGK könnten dann unterschiedliche Einrichtungen, die an der Behandlung eines Patienten beteiligt sind, fallbezogen dokumentieren und die Informationen gemeinsam nutzen.

Das Datenmanagement zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) verfolgt das Ziel, Risiken von Medikamenten-Wechselwirkungen zu verringern, indem Daten zu verordneten Arzneimitteln des Versicherten auf der eGK gespeichert und von Ärzten und Apothekern eingesehen werden können. Ob und in welchem Ausmaß ein Versicherter daran teilnehmen möchte, bleibt ihm selbst überlassen.⁵

Mit einer funktionierenden Telematikinfrastruktur sind potenziell weitere Anwendungsfelder, wie zum Beispiel das E-Rezept, für die eGK denkbar. Sie können dazu verhelfen, Abrechnungen wirtschaftlicher zu gestalten, ungewollte Doppeluntersuchungen zu vermeiden und Betrugsfälle offenzulegen. Wird dies zukünftig durch den Einsatz der eGK gewährleistet, sind laut der Einschätzung von Fraunhofer-Gesundheitsexperten Einsparungen von bis zu 5,9 Milliarden Euro jährlich möglich.⁶

Telemedizin

Telemedizin kommt zum Einsatz, um die Diagnose, Behandlung oder das Monitoring von Krankheiten über örtliche und/oder zeitliche Distanzen mittels Informations- und Kommunikationstechnologien zu ermöglichen. Der Austausch von Daten kann dabei zwischen verschiedenen Leistungserbringern untereinander oder aber zwischen Leistungserbringer und Patient erfolgen.

Die erstmalige Anwendung von Telemedizin ist für das Jahr 1897 dokumentiert, als eine Diagnose per Tele-

fon abgeklärt wurde.⁷ Seitdem ist viel Zeit vergangen und heute ergeben sich aus technischer Sicht ganz andere Möglichkeiten, medizinische Handlungen über die Ferne abzuwickeln. Die Anwendungsfälle reichen von Telekonsultationen unter Ärzten, über den Einsatz in Fort- und Weiterbildung bis hin zu Telediagnostik, -therapie oder -monitoring.

Dabei zeigen neuere Untersuchungen, dass durch den Einsatz von Telemedizin nicht in jedem Fall ein Nutzen erzielt wird. So konnte zum Beispiel nachgewiesen werden, dass beim Einsatz von Telemonitoring nur bei der Auswahl von geeigneten Patienten ein medizinischer oder auch gesundheitsökonomischer Effekt erzielt werden kann.⁸

In welchem Umfang Telemedizin zukünftig zum Einsatz kommen wird, hängt auch stark davon ab, welche Möglichkeiten für die Finanzierung in der Regelversorgung geschaffen werden.

Mit dem zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Gesetz zur Verbeserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) wurde erstmals die Vergütung telemedizinisch erbrachter Leistungen konkret im SGB V verankert. Demnach sollte besonders in ländlichen Regionen an geeigneter Stelle die Telemedizin ein „wichtiger Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung werden“.⁹ Gemäß § 87 Ila SGB V hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Aufgabe, bis spätestens zum 31. März 2013 zu prüfen, welche Gebührenordnungspositionen im ambulanten Sektor telemedizinisch erbracht werden können und entsprechend im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet werden müssen. Inzwischen liegt mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz)



eine weitere Gesundheitsreform vor, eine Stellungnahme des G-BA zur Kostenübernahme von Telemedizin steht jedoch weiter aus.

Alltagsunterstützende Assistenzlösungen (AAL)

Durch neue Formen von Gesundheitsdienstleistungen und vernetzten Technologien sollen insbesondere ältere Menschen in ihrem Alltag unterstützt werden, damit sie möglichst lange ein selbstständiges Leben in bester Gesundheit und gewohnter Umgebung führen können. Um dieser Herausforderung im demografischen Wandel gerecht zu werden, entwickeln seit einigen Jahren Experten aus Forschung und Industrie in interdisziplinären Teams innovative technische Assistenzsysteme. Sie reichen von intelligenten Hausnotrufsystemen, die Stürze oder kritische Situationen des Bewohners autonom erkennen und Hilfestellungen einleiten, über bedienfreundliche Portallösungen für ein serviceorientiertes Wohnen bis hin zu Fahrassistenzsystemen im Auto, die beim Einsetzen eines Herzinfarktes

die Steuerung übernehmen, das Auto sicher aus dem Verkehr und zum Halten bringen und einen Notarzt rufen.

Diese unter dem Begriff Ambient Assisted Living oder Alltagsunterstützende Assistenzlösungen (AAL) zusammengefassten Anwendungen befinden sich – Stand heute – an der Schwelle von der Forschung zum Markteintritt. Dabei wird das erwartete Umsatzpotenzial für AAL je nach zugrunde gelegtem Szenario auf bis zu 87 Milliarden Euro geschätzt.¹⁰ Das Potenzial ist zweifelsohne groß. Wie sich das Geschäft mit intelligenten Versorgungskonzepten tatsächlich entwickeln wird, kann derzeit aber nicht solide bestimmt werden. Denn bisher sind kaum Produkte und Dienstleistungen am Markt zu finden, die eine Abschätzung ermöglichen.

Für eine erfolgreiche Marktbearbeitung sind zwingend konkrete und kohärente Geschäftsmodelle notwendig. Gerade bei AAL-Anwendungen mit entsprechenden Serviceleistungen und komplexem Rollengefüge ist es für die Anbieter nicht einfach, Geschäftsmodelle zu entwickeln,

die für alle Beteiligten attraktiv und gewinnbringend sind.

mHealth

Einen in seiner Bedeutung stetig zunehmenden Bereich von E-Health stellt mHealth beziehungsweise mobile Health dar. Durch die Einbindung von mobilen oder kabellosen Endgeräten soll eine einfache Gesundheitsversorgung für eine breite Masse ermöglicht werden. Die Weltgesundheitsorganisation definiert mHealth als „medizinische Verfahren und Praktiken der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, die durch Mobilgeräte wie Mobiltelefone, Patientenüberwachungsgeräte, persönliche digitale Assistenten (PDA) und andere drahtlos angebundene Geräte unterstützt werden“.¹¹

In der praktischen Anwendung von mHealth sind es vor allem Apps, die beim Endnutzer auf dem Smartphone oder Tablet zum Einsatz kommen. Das Wachstum ist enorm: So hat sich innerhalb von 2,5 Jahren die Anzahl von mobilen Anwendungen auf 100.000 verdoppelt. Im Jahr 2013 wurde mit mobilen Anwendungen ein weltweiter Umsatz von 2,4 Milliarden US-Dollar erwirtschaftet. Experten gehen davon aus, dass sich dieser Wert bereits bis 2017 um mehr als das Zehnfache erhöhen wird. Dabei werden die Einnahmen im Wesentlichen nicht über den Kauf der Software generiert. Den Hauptanteil ihrer Einnahmen erzielen die Anbieter über Dienstleistungen, die mit den Anwendungen verbunden sind (69,0 Prozent), und den Verkauf dazugehöriger Hardware (21,0 Prozent).¹²

Die größte Gruppe an Apps ist mit 30,9 Prozent derzeit dem Bereich Fitness zuzuordnen. Zukünftig wird damit zu rechnen sein, dass auch immer mehr medizinische Anwendungen auf dem regulierten Markt hinzukommen werden.¹³

Das Internet gewinnt zunehmend an Bedeutung

Die Anzahl der Gesundheitsportale und -foren, bei denen Fachpersonen und Laien gesundheitsbezogene Informationen suchen und austauschen, ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Bei der repräsentativen MSL-Gesundheitsstudie gaben im Jahr 2012 rund 74,0 Prozent der Befragten an, dass sie sich zu Gesundheitsthemen im Internet informieren. Im Vergleich dazu würden nur 41,0 Prozent der Befragten zu allgemeinen Gesundheitsthemen ihren Arzt aufsuchen.¹⁴ Auch ältere Menschen greifen mehr und mehr auf derartige Angebote zurück. So stellen Ältere die Personengruppe mit dem größten Zuwachs der Internetnutzung dar, die sogenannten „Silver Surfer“.¹⁵ Laut einer Umfrage des Hightech-Verbandes BITKOM von 2013 gaben 32,0 Prozent der über 64-Jährigen an, in den letzten drei Monaten das Internet genutzt zu haben. Bei den 50- bis 64-Jährigen waren es sogar 72 Prozent.¹⁶

Nicht nur für die Beratung zu Gesundheitsfragen wird das Internet genutzt. Seit 2004 ist es in Deutschland möglich, Medikamente über Onlineapothen zu beziehen. Das starke Wachstum beim Onlinehandel kann auch im Gesundheitswesen beobachtet werden: Im Jahr 2012 erwirtschafteten Versandapothen einen Umsatz von rund 1,4 Milliarden Euro. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht das einem Anstieg von 6,8 Prozent. Auch der mengenmäßige Absatz von freiverkäuflichen und rezeptpflichtigen Präparaten konnte einen Zuwachs von 9,2 Prozent verzeichnen.¹⁷

Laut BITKOM hat bereits jeder dritte Internetnutzer in Deutschland Gebrauch vom Onlinemedikamentenkauf gemacht.¹⁸ Besonders attraktiv sind Onlineapothen aus Konsumentensicht, da die Portale eine transparentere Vergleichbarkeit der Preise ermöglichen. Gerade im Bereich der

nicht verschreibungspflichtigen Medikamente (OTC) können Arzneimittel dort zu wesentlich günstigeren Konditionen als im Vergleich zu Offizinapothen¹⁹ erworben werden.

Noch vorhandene Nachteile von Versandapothen im Vergleich zu Vor-Ort-Apothen könnten zukünftig Geschichte sein. So ist es derzeit noch notwendig, dass Kunden bei nicht freiverkäuflichen Medikamenten das Originalrezept einschicken müssen. Hier könnte perspektiv eine funktionierende Telematikinfrastruktur und der Einsatz von E-Rezepten auf der eGK für Abhilfe sorgen und den Onlinehandel mit Medikamenten weiter stärken. Auch scheinen bei akutem Bedarf an Medikamenten Onlineapothen im Nachteil zu sein, da durch die postalische Zustellung Patienten länger auf ihre Präparate warten müssen. Der Einsatz von Drohnen zur schnellen Zustellung von Lieferungen wird allerdings bereits in Pilotprojekten für den Onlinehandel von mehreren Dienstleistern erprobt. Ob sich der Einsatz solcher Technologien im Alltag durchsetzen kann, wird sich zeigen.

Fazit

E-Health hat Potenzial, E-Health ist zukunftsweisend und ohne E-Health wird es nicht gehen. Auch der Zeitpunkt ist nun da. Jetzt gilt es, dass die Politik und alle an der Versorgung beteiligten Parteien an einem Strang ziehen und das deutsche Gesundheitswesen digital umrüsten. Sicherlich gibt es noch einige Fragen zu beantworten. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist durchaus mit Risiken verbunden. Aber eines ist sicher: Ohne den nötigen Mut und eine gewisse Risikobereitschaft aller beteiligten Akteure wird auch in den folgenden zehn Jahren E-Health lediglich ein Diskussionsthema bleiben und zu einer stabilen Gesundheitsversorgung nur in der Theorie beitragen. ■

1 Claßen, K. (2012): Zur Psychologie von Technikakzeptanz im höheren Lebensalter: Die Rolle von Technikgenerationen. Inauguraldissertation, Universität Heidelberg, S. 138f.

2 Europäische Kommission (2013), abrufbar unter: http://ec.europa.eu/deutschland/press/pr_releases/11379_de.htm, letzter Aufruf 20.01.2015

3 Informations- und Kommunikationstechnik (IKT)

4 Bundesministerium für Gesundheit (2015), abrufbar unter: <http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/e/e-health.html>, letzter Aufruf 21.01.2015

5 gematik, D./Daugrid, A. (2014): Anwendungen der eGK, abrufbar unter: https://www.gematik.de/cms/de/egk_2/anwendungen/vorbereitung/vorbereitung_1.jsp, letzter Aufruf 23.01.2015

6 BITKOM/Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI (2012): Gesamtwirtschaftliche Potenziale intelligenter Netze in Deutschland. Langfassung des Endberichts, S. 25ff.

7 Spencer, D./Daugrid, A. (1990): The nature and content of telephone prescribing habits in a community practice, in: Family Medicine 22, S. 205–209

8 Telemedizinstudie TIM-HF („Telemedical Interventional Monitoring in Heart Failure“) (2010)

9 Entwurf zum GKV-VStG vom 03.08.2011, S. 97

10 Fachinger, U. et al. (2012): Ökonomische Potenziale altersgerechter Assistenzsysteme. Ergebnisse der „Studie zu Ökonomischen Potenzialen und neuartigen Geschäftsmodellen im Bereich Altersgerechte Assistenzsysteme“, S. 16

11 WHO (2011): mHealth4lth. New horizons for health through mobile technologies, S. 6, abrufbar unter: http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf, letzter Aufruf: 20.01.2015 (deutsche Übersetzung nach dem „Grünbuch über Mobile-Health-Dienste“ der Europäischen Kommission, 2014)

12 research2guidance (2014): mHealth App Developer Economics 2014. The State of the Art of mHealth App Publishing, S. 13

13 Ebenda, S. 12

14 MSL (2012): Wie social ist das Gesundheits-Web? Die MSL Gesundheitsstudie 2012, S. 4ff., abrufbar unter: <http://de.slideshare.net/NI0049/mslgesundheitsstudie-2012>, letzter Aufruf: 20.01.2015

15 Van Eimeren, B./Frees, B. (2008): Internetverbreitung. Größer Zuwachs bei Silver-Surfern, in: Media Perspektiven, 7. Jahrgang, S. 330–344

16 BITKOM (2013): Presseinformationen. Internet. Drei Viertel aller Deutschen nutzen das Internet, abrufbar unter: http://www.bitkom.org/de/presse/78284_77835.aspx, letzter Aufruf: 20.01.2015

17 IMS (2013): Apothekenversandhandel wächst auch in 2012, abrufbar unter: http://www.imshealth.com/deployedfiles/ims/Global/EMEA/Austria%20and%20Germany/Corporate/Press%20Releases/Medieninformationen%20pdf%202013/2013_04_25_PM_Apothekenversandhandel_2012.pdf.pdf, letzter Aufruf: 20.01.2015

18 BITKOM (2013): Online-Medikamentenkauf in Deutschland immer beliebter, abrufbar unter: http://www.bitkom.org/de/marktstatistik/54866_75008.aspx, letzter Aufruf: 23.01.2015

19 Als Offizinapotheke wird eine Apotheke bezeichnet, die Arzneimittel an Endverbraucher abgibt (verkauft). Für den Betrieb einer solchen Apotheke ist eine Erlaubnis der zuständigen Behörden erforderlich. Der Gegensatz ist die Krankenhausapotheke, die den Arzneimittelbedarf in Krankenhäusern deckt und die gemäß § 14 ApoG der Erlaubnis bedarf.

INTERVIEW

Gesundheitswesen im Wandel – Herausforderungen aus der Sicht eines Medizintechnikherstellers

Dr. Stefan Schaller, CEO Siemens Healthcare Deutschland, Erlangen, im Gespräch mit Prof. Dr. Volker Penter und Clara Kozak, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin und München

Sie waren vorher in verschiedenen Abteilungen und leitenden Positionen im In- und Ausland tätig. Was reizt Sie an den jetzigen Aufgaben im Bereich Medizintechnik und E-Health? Was ist Ihnen in Ihren ersten Monaten in der neuen Position besonders aufgefallen?

Die Komplexität des deutschen Gesundheitssystems und die Vielzahl von Veränderungen, die den deutschen Markt aktuell prägen, finde ich äußerst spannend. Zum einen der starke Konsolidierungstrend, zum anderen aber auch die umfangreichen Diskussionen zum Thema Qualität und letztendlich auch das geplante E-Health-Gesetz und das Versorgungsstrukturgesetz II. Bereits in meiner letzten Rolle als Healthcare-Leiter Nordwesteuropa habe ich in den vergangenen Jahren öfter mal einen Blick nach Deutschland geworfen und versucht, die Herausforderungen im deutschen Gesundheitsmarkt zu verstehen, weil viele der Entwicklungen hier sicher auch in der Zukunft anderswo erwartet werden können. Besonders kennzeichnend für das deutsche Gesundheitssystem finde ich aber die Vielzahl von ganz unterschiedlichen, in verschiedenen „Zielsystemen“ denkenden Akteuren, die Einfluss auf die gesundheitspolitischen Entwicklungen nehmen. Und natürlich ist Deutschland für uns als deutsche Firma auch der Heimatmarkt und von daher schon etwas ganz Besonderes.

Worin sehen Sie Vorteile durch die Anwendung von E-Health-Technologien und wo besteht in Deutschland noch Optimierungsbedarf?

Das deutsche Gesundheitssystem ist traditionell durch eine strikte Sektorenrennung gekennzeichnet. An den Sektorengrenzen kommt es oftmals zu Informationsverlusten, wenn beispielsweise multimorbide Patienten aus dem Krankenhaus entlassen werden und der Hausarzt vor Ort nicht sofort

und unkompliziert Zugriff auf alle, zur sinnvollen Fortsetzung der Behandlung notwendigen Daten erhält. Auch kostenintensive Doppeluntersuchungen oder ungewollte Kontraindikationen bei Medikamentengabe können dann die Folge sein. Hier bin ich mir sicher, dass E-Health-Anwendungen dabei helfen können, diese Reibungsverluste zu minimieren. Voraussetzung ist jedoch ein pragmatischer Ansatz in Bezug auf den Datenschutz. Wir stellen fest, dass aktuell bei Medizinern, gerade oft den jüngeren, ein diesbezügliches Umdenken beginnt. Auch werden Patienten künftig sehr viel stärker als heute Anforderungen an Datenverfügbarkeiten, zum Beispiel über das eigene Smartphone, stellen. Dieses Thema ist in Deutschland höchst brisant und wird selbst auf Länderebene kontrovers diskutiert. Es sollte dabei nicht vergessen werden, dass ein Höchstmaß an Datensicherheit sowie die Interessen der Medizin und der Patienten in Einklang zu bringen sind.

Inwieweit kann die Medizintechnikbranche von einem engen Austausch der Erfahrungen und Lösungen mit anderen Branchen profitieren? Lohnt sich der sprichwörtliche Blick über den Tellerrand?

Auf jeden Fall. Zurzeit stehen wir beispielsweise in einem engen Austausch mit unseren Kollegen aus der Pharma-branche. Bei Extended Companion Diagnostics geht es um die Kombination von Diagnostik, Therapie und IT. Bei Companion Diagnostics handelt es sich vereinfacht ausgedrückt um Tests, die vor Gabe eines Medikaments bei dem jeweiligen Patienten durchgeführt werden, um herauszufinden, mit welcher Wahrscheinlichkeit er auf das ausgewählte Arzneimittel ansprechen wird. Als Beispiel für eine bereits zum Einsatz kommende, therapiebegleitende Diagnostik kann der HER2-Test genannt werden. Das

bei Brustkrebs eingesetzte Medikament Herceptin wird einer Patientin nur dann verabreicht, wenn der vorgeschaltete HER2-Test anzeigt, dass es voraussichtlich zu einer positiven Reaktion auf das Medikament kommen wird. Die auf den Test aufbauende Therapie kann also wesentlich zielgerichtet erfolgen. Die IT fungiert als Bindeglied. Gemeinsam mit Unternehmen wie Pfizer arbeiten wir hier an konkreten Ansätzen. Generell ist festzustellen, dass Pharma- und Medizintechnikfirmen sich im gleichen Umfeld bewegen und oftmals mit den gleichen Akteuren neue Lösungen entwickeln. Hier können durch eine engere Zusammenarbeit unterschiedlicher Player in einem neuen „Healthcare Ecosystem“ sicherlich weitere Synergien im System gehoben werden.

Inwieweit ergeben sich durch den Einsatz von medizintechnischen Lösungen ein optimierter Ressourceneinsatz und Einsparungseffekte sowohl für die Kostenträger als auch die medizinischen Grundversorger? Welche Vorteile haben dabei die Patienten?

Medizintechnische Lösungen wie die bildgebende Diagnostik können einen entscheidenden Beitrag leisten, wenn es darum geht, begrenzte Ressourcen optimal einzusetzen. Für die präzise Einschätzung vieler Krankheitsprozesse ist sie unverzichtbar, um die nachfolgenden Therapien effizient gestalten zu können. Das kann umso zielgerichtet erfolgen, je früher detaillierte Erkenntnisse vorliegen. Behandlungen können teilweise minimalinvasiv durchgeführt werden und die Kosten, die beispielsweise für überflüssige Therapien aufgewendet werden müssten, lassen sich einsparen. Der Hybrid-OP ist ein konkretes Beispiel dafür, wie innovative Technik einen Paradigmenwechsel bescheren kann. Während man früher nach dem aus medizinischer und auch betriebs-

wirtschaftlicher Sicht kritischen Prinzip „First Cut, Then See“ vorgegangen ist, kann heute oftmals schon im Vorfeld geklärt werden, welcher Eingriff überhaupt erfolgen muss. Das hat natürlich auch positive Auswirkungen für den Patienten: Therapien können zielgerichteter und nebenwirkungsärmer erfolgen. Im besten Fall lassen sich Lebensqualität und Leistungsfähigkeit steigern. Wir sehen in diesen Entwicklungen gute Chancen für uns. Traditionell sind wir ja mit unserem Bildgebungs- und Laborportfolio überwiegend im Bereich der Diagnostik tätig. In Deutschland werden aber von den rund 300 Milliarden Euro, die ins Gesundheitswesen fließen, nur circa 16 Milliarden für diese Bereiche ausgegeben, also etwas mehr als 5 Prozent. Dabei werden hier die wichtigen Weichen gestellt und die Gesamtkosten maßgeblich beeinflusst. Wir glauben, dass durch eine engere Verzahnung von Bildgebung und Labordiagnostik mit therapeutischen Verfahren nachhaltig Einsparungen erzielt werden können und gleichzeitig die Behandlungsqualität verbessert werden kann.

Der aktuelle Investitionsstau in deutschen Kliniken wird auf circa 50 Milliarden Euro geschätzt. Da Krankenhäuser häufig kein großes Investitionsbudget haben und die E-Health-Finanzierung über die Krankenkassen noch nicht abschließend geklärt ist, haben Krankenhäuser oftmals keine finanziellen Möglichkeiten, innovative E-Health-Applikationen umzusetzen. Wie reagieren Sie als Anbieter auf diese konkrete Situation?

Wir versuchen, verschiedene Hebel zu nutzen. Unseren Kunden in den Krankenhäusern zeigen wir auf, wie der Einsatz von IT-Lösungen mittel- bis langfristig dabei unterstützen kann, Prozesse zu optimieren und somit Geld einzusparen. Ein konkretes Beispiel ist unsere neue Entwicklung Team-

play. Durch die Vernetzung der Geräte bei unseren Kunden weltweit soll eine Plattform geschaffen werden, die beispielsweise automatisch Datensätze abgleicht, die optimale Strahlendosis bei der jeweiligen computertomografischen Untersuchung vorschlägt und auch Benchmarks mit anderen Radiologen ermöglicht.

Auf politischer Ebene engagieren wir uns dafür, dass erkannt wird, Fortschritt bedeutet auch, neue, nutzenbringende Technologien einzusetzen. Fördernde Rahmenbedingungen können immer auch von der Politik geschaffen werden. Aus diesem Grund begrüßen wir zum Beispiel den Vorschlag im aktuellen Entwurf des E-Health-Gesetzes, dass Ärzte für die Verfassung eines elektronischen Arztbriefes eine bestimmte Pauschale erhalten. Das ist aber sicherlich noch ausbaufähig und sollte nur als kleiner Schritt in die richtige Richtung gesehen werden. Es gilt zum Beispiel, auch telemedizinische Anwendungen mit zielgerichteten Rahmenbedingungen zu belegen.

Mir ist es wichtig anzumerken, dass wir mittlerweile immer häufiger unsere Kunden und Anwender in strategischen, betriebswirtschaftlichen und Prozesssteuerungsfragen beraten und so auch neue Geschäfts- und Investitionsmodelle aufzeigen können: Wie können wir mit unserer weltweiten Expertise und unseren medizintechnischen Produkten und Lösungen die Ziele unserer Kunden fördern, wie für beide Seiten attraktive Finanzierungsansätze umsetzen?

Was bedeutet der Verkauf Ihrer IT-Sparte für die künftige Ausrichtung Ihres Geschäfts? Spielt IT keine Rolle mehr für Siemens Healthcare?

Selbstverständlich spielt IT weiterhin eine sehr prominente Rolle bei Siemens Healthcare. Das Geschäft mit Krankenhausinformationssystemen ist lediglich eine Facette unserer IT-

Kompetenz, und der haben wir unter dem Dach von Cerner eine neue und positive Perspektive gegeben. Unser Geschäft mit Laborinformationssystemen sowie mit klinischer Software, die eng mit unserem Kerngeschäft der bildgebenden Verfahren verbunden ist, werden wir jetzt konsequent und fokussiert weiterentwickeln. Darüber hinaus arbeiten wir jetzt eng in einer strategischen Partnerschaft mit Cerner im Bereich der Next Generation Healthcare-IT. In diesem Zukunftsfeld wollen wir verstärkt aktiv werden. In der vereinbarten Allianz in Forschung und Entwicklung verbinden sich Cerners Know-how in Healthcare-IT mit Siemens Kompetenz in Medizintechnik und Bildverarbeitung; damit legen wir gemeinsam den Grundstein für neue, integrierte Lösungsansätze im Gesundheitsbereich.

Regionsweite Zugriffsmöglichkeiten auf Patientendaten, beispielsweise in Dänemark, zeigen, dass andere Länder beim Thema E-Health und Datensicherheit deutlich weiter sind. Was machen unsere europäischen Nachbarländer anders?

Es stimmt, die Dänen haben großartige Arbeit in Bezug auf die infrastrukturelle Aufbauarbeit in den Bereichen Datenaustausch und Standardisierung geleistet. Wobei hier nicht unerwähnt bleiben sollte, dass Dänemark sich schon seit über 20 Jahren intensiv mit dem Thema befasst. In Deutschland lässt sich leider immer wieder beobachten, dass das Thema E-Health generell kontrovers diskutiert wird. Es wird häufig über die Probleme, die durch E-Health entstehen könnten, gesprochen, anstatt über die damit verbundenen Potenziale. Das hängt sicherlich auch mit dem schwierigen Start der elektronischen Gesundheitskarte zusammen. Eine positive Grundstimmung würde jedoch sicherlich einige Diskussionen erleichtern, insbesondere im Bereich Datenschutz.



Dr. Stefan Schaller

Stefan Schaller studierte Elektrotechnik an der Universität Erlangen sowie am University College London, Großbritannien, und schloss 1995 mit einem Mastertitel ab. Als Stipendiat der Ernst von Siemens-Stiftung kam Schaller 1995 zu Siemens und promovierte an der Universität Erlangen über medizinische Bildverarbeitung. Schaller hatte verschiedene Führungspositionen im Healthcare-Sektor inne. Unter anderem leitete er den Bereich Strategie und Mergers & Acquisitions, das weltweite Audiologie-Geschäft, das Geschäftsfeld Strategie und Vertrieb für Imaging IT Software sowie die Region North West Europe. Seit September 2014 verantwortet Dr. Schaller die Aktivitäten von Siemens Healthcare in Deutschland.

Bereits heute liefert unser Haus eindrucksvolle Lösungen, die in vielen Ländern sicher und zuverlässig im Einsatz sind, auch zum Beispiel in Deutschland, Dänemark, Österreich und anderen Ländern. Unsere Next Generation Healthcare IT-Lösung sense beispielsweise unterstützt integrierte, einrichtungsübergreifende Netzwerke im Gesundheitswesen durch Bereitstellen medizinischer Daten für autorisiertes Gesundheitspersonal – wann und wo sie benötigt werden. Wenn Anbieter von Gesundheitsleistungen bei Bedarf Zugriff auf Gesundheitsdaten bekommen, spart das nicht nur wertvolle Zeit, sondern trägt auch zur Qualitätsverbesserung der Behandlungen bei. Es macht medizinische Daten krankenhausweit verfügbar und verbessert so die Behandlungsqualität, erhöht die Sicherheit für den Patienten und reduziert Kosten, etwa durch Vermeidung unnötiger Untersuchungen. Beispielsweise wird in Österreich gegenwärtig eine bundesweite elektronische Gesundheitsakte (ELGA) für alle Bürger errichtet. Siemens vernetzt mit sense die überwiegende Mehrzahl der Bundesländer und ist in Österreich damit Marktführer. Aber auch in Deutschland setzen Gesundheitseinrichtungen zunehmend auf sense, wenn es um Fallakten, medizinischen Dokumentenaustausch, medizinische Boards, telemedizinische Kooperation oder Patient Empowerment geht. Zusätzlich bietet syngo.share – als modernes Multimedia-Archiv und Vendor Neutral Archive – für einzelne Institutionen, aber auch Verbünde die Möglichkeit, grundsätzlich alle im Behandlungsprozess anfallenden elektronischen Informationen, wie zum Beispiel Bilder, Filme und Befunde, sicher zu archivieren und darüber hinaus für alle Berechtigten verfügbar zu machen.

Das deutsche Gesundheitswesen unterliegt bereits jetzt einem tiefgreifenden Wandel. Mit welchen Themen werden wir uns aus Ihrer Sicht in Zukunft vermehrt beschäftigen?

Ich sehe viele Themen, die uns bereits heute beschäftigen. So werden wir auch zukünftig mit knappen Budgets leben müssen. Umso wichtiger ist es, Ineffizienzen im System aufzuspüren und zu beseitigen. Dazu gehört auch, dass medizinische Innovationen, die dabei helfen können, die Patientenversorgung zu verbessern und Kosten einzusparen, einen schnellen Zugang zu einer Erstattung durch die Krankenkasen erhalten müssen. Die Qualität der medizinischen Leistungserbringung und die Patientenerwartungen werden in diesem Zusammenhang weiter an Bedeutung gewinnen. Denn der selbstbestimmte Patient ist informiert und fragt bestimmte Diagnostik- und Therapieverfahren gezielt nach. Im Zusammenwachsen von Diagnostik und Therapie sehe ich einen weiteren Trend. Mit Companion Diagnostics erleben wir hier gerade erst die Anfänge. Bei Trends beziehungsweise neuen Entwicklungen im Bereich der Medizin halte ich dabei zwei Dinge für besonders wichtig: die zügige Translation von der Forschung in die klinische Routine und Rahmenbedingungen, die sie ermöglichen. Auch hiermit werden wir uns in Zukunft beschäftigen. Und abschließend möchte ich auch noch einmal den bereits erwähnten Konsolidierungstrend aufgreifen: Langfristig gehen wir davon aus, dass Klinikverbünde weiter an Bedeutung gewinnen werden. Öffentliche Häuser werden neue Finanzierungs- und Managementmodelle entwickeln. Und auch im Niedergelassenenbereich werden neue Versorgungs- und Betriebsmodelle entstehen. Es wird also nicht langweilig. ■

INTERVIEW

Kommunikationstechniken stellen die Gesundheitswirtschaft in Zukunft auf den Kopf

Prof. Dr. Gerhard P. Fettweis, Inhaber des Vodafone Stiftungslehrstuhls Mobile Nachrichtensysteme der Technischen Universität Dresden, im Gespräch mit Clara Kozak, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, München

Welche Rolle spielen technische Kommunikationsanwendungen in unserer Gesellschaft und speziell im Gesundheitswesen in der Zukunft?

Ich behaupte, dass technische Kommunikationsanwendungen die gesamte Gesundheitswirtschaft auf den Kopf stellen werden. Das, was wir heute vom Mobilfunk kennen, ist lediglich ein bis zehn Prozent von dem, was noch kommen wird. Wenn wir heute mit dem Mobilfunk, also der Funktechnik und Telekommunikation, interagieren, dann entstehen sogenannte Latenzbeziehungsweise Reaktionszeiten, die sich aus der technischen Funktionsweise ergeben. Die Latenzzeit in heutigen Telefonnetzen ist auf die Anforderung der Sprachkommunikation ausgelegt. So können wir miteinander reden und uns zum Beispiel ins Wort fallen, ohne eine Verzögerung zu merken. Die maximale Verzögerung durch die Telekommunikation (Latenz), die bei der Sprachkommunikation für den Menschen unmerklich erscheint, ist einhundert Millisekunden. Wenn wir als Menschen allerdings unsere Bewegungsabläufe sehen oder Objekte bewegen wollen, dann erwarten wir eine Reaktionszeit zwischen einer taktilen Bewegung und dem, was wir sehen, von einer Millisekunde. Diese schnelle Reaktion ist heute aufgrund der bedingten Reaktionszeit der Netze noch gar nicht möglich. Fest steht aber, dass durch den technischen Fortschritt diese Lücke bald geschlossen wird. Dann können in der Gesundheitsversorgung tatsächlich Trainings- und Bewegungsmethoden sowie Fernoperationen technisch umgesetzt werden. Gleiches gilt für die Pflege, in der humanoide Roboter, die ferngesteuert die Bewegungsabläufe einer Pflegekraft „mitmachen“, als Kontaktperson für Pflegebedürftige denkbar sind. Wird im Pflegefall der Roboter direkt angesprochen, übernimmt eine Person in der Zentrale die Steuerung. Die Körperbewegung, die eine Pflege-

kraft dort ausführt, wird direkt auf den Roboter übertragen. So wie dann der Körper bewegt wird, bewegt sich auch der Roboter. Im Grunde genommen ist der Mensch damit de facto jederzeit anwesend. Bei einer Reaktionszeit von einer Millisekunde ist eine unmittelbare Versorgung des Pflegebedürftigen möglich. Das, was uns heute noch als ein entferntes Zukunftsszenario erscheint, kann in zehn Jahren Realität sein.

Wie bewerten Sie die Planungen der Bundesregierung zur Einführung eines E-Health-Gesetzes? Lässt sich technischer Fortschritt „gesetzlich verordnen“?

Aus meiner Sicht gibt es eine Vielzahl an Applikationen, die erst einmal im privaten Umfeld ausprobiert werden können, ohne dass eine Abrechnung erfolgen muss. So können adaptive Systeme dafür sorgen, dass die Nutzung andere Anwendungen positiv beeinflusst, während gleichzeitig auch die Einführung gesetzlicher Verordnungen forciert wird. Letztendlich sorgt diese Adaption dafür, dass sich Gesetze an die geschaffenen Bedingungen und Möglichkeiten anpassen. Das bedeutet, die Integration in die Regelversorgung wird weitgehend automatisch erfolgen. Auf ähnliche Weise verfahren auch Start-up-Unternehmen in der Gesundheitswirtschaft. Durch Kooperationsvereinbarungen kaufen zum Beispiel Krankenkassen innovative, IT-basierte Lösungen, obwohl diese Produkte noch nicht abrechenbar sind. Gleichzeitig ist aber der Bedarf oft so hoch, dass die Systeme trotzdem ausprobiert werden. Wenn die Kassen oder Unternehmen dann in der täglichen Praxis die Vorteile sehen, ist die volumnfassende technische Implementierung nur eine Frage der Zeit.

Welche Instrumente der Kommunikations- und Informationstechno-

logie haben im Gesundheitsbereich überhaupt schon die Marktreife erreicht?

Mir fallen da zuerst Wearables oder Smartwatches ein, die bei Privatpersonen selbstständig die Körperfunktionen messen. In der alltäglichen Nutzung im privaten Bereich gehen die Menschen bei diesen Techniken bereits wesentlich weiter, als es ein Gesetz öffentlich jemals regeln könnte. Die Hürde, dass viele der technischen Nutzungsmöglichkeiten noch nicht zulässig sind und auch noch nicht an die Regelversorgung angegliedert werden können, ist daher in erster Linie eine Frage der Akzeptanz. Jedes technische Gerät und jede Technik beinhaltet positive und negative Seiten. Gleichzeitig schüren Innovationen immer auch Ängste und Vorbehalte. Als das Automobil in England eingeführt wurde, musste jeder Autofahrer eine Person mieten, die vor dem Auto mit einer roten Flagge herlief, um alle umstehenden Passanten zu warnen. Erst als man merkte, dass diese Warnungen unnötig sind, wurde die Verordnung wieder abgeschafft. Das Beispiel des Autos zeigt, wie ängstlich Menschen auf neue Dinge reagieren. Mit der Zeit verschwindet dann aber dieses Misstrauen. Beobachtet man die Entwicklung des Autos, so fällt auf, dass Forschungen und Weiterentwicklungen zu Sicherheitsaspekten erst sehr spät erfolgten. Ähnlich erleben wir es heute beim Internet, das bereits seit 40 Jahren existiert. Die erste Innovation war vor gut 20 Jahren das http-Protokoll. Damit wurde das Netz für jeden handhabbar und bequemer. Die notwendigen Sicherheitsfunktionen zur Nutzung werden aber erst in den kommenden zehn Jahren vollständig eingeführt – über 30 Jahre später. Daher ist es auch im Gesundheitsbereich sinnvoll, dass sich zuerst Privatpersonen vorwagen, damit innovative technische Anwendungen den Weg in die Regelversorgung finden.



Prof. Dr.-Ing. Dr. h.c. Gerhard Fettweis

Gerhard Fettweis ist Professor für Mobile Nachrichtensysteme an der Technischen Universität Dresden (TUD). Seit 2012 koordiniert er das Exzellenzcluster Center for Advancing Electronics Dresden (caed) der TUD, in dem rund 300 Wissenschaftler nach neuen Technologien für künftige Elektronik suchen. Hierzu gehört auch der Sonderforschungsbereich Highly Adaptive Energy-Efficient Computing (HAEC). Im September 2014 wurde Fettweis der Stuart Meyer Memorial Award verliehen, eine Auszeichnung für den besten Forscher des Mobilfunks.

Die gesamte Sicherheitstechnik in der Informationstechnologie muss sich erst einmal etablieren. Schön ist, dass dies in den nächsten Jahren über die Technik passieren wird.

Welche Hürden müssen in Deutschland auf dem Weg zu einem vollständig vernetzten Gesundheitswesen noch genommen werden?

Die Kommunikationstechnik ist heute noch bei 50 Millisekunden Reaktionszeit/Latenz. Das heißt, es bestehen zurzeit noch erhebliche Hürden bei der Forschung. Damit ein Roboter zum Beispiel eine menschenähnliche Pflege ohne Risiken übernehmen kann, müssen Netze 50-mal schneller reagieren, das heißt, es liegt noch eine Menge Arbeit vor uns.

Sie haben bereits einige Vorteile erwähnt. Welche Risiken können sich aus dem Trend zur Digitalisierung im Gesundheitswesen für anbietende Unternehmen, aber auch für Patienten ergeben?

Grundsätzlich bestehen die üblichen Risiken. Natürlich muss man genau schauen, wie es um die Privatsphäre steht. Um private Daten zu schützen, müssen bei jedem System die richtigen Sicherheitsmaßnahmen eingebaut werden und auch funktionieren. So kann in diesem Zusammenhang auch ein neues E-Health-Gesetz nur sehr beschränkte Sicherheiten bieten. Aus meiner Sicht schafft das Gesetz lediglich Grenzen für die abrechenbare Krankenversicherungsseite, schützt aber nicht das, was eine Privatperson zusätzlich macht. In diesem Bereich gibt es definitiv noch Anpassungsbedarf.

Inwieweit kann der Fortschritt im Bereich der technischen Kommunikation generell zu einer besseren Kommunikation, zum Beispiel zwischen Arzt und Patient, beitragen?

Das persönliche Patientenverhältnis mit dem Hausarzt wird sich so intensivieren, dass man unter Umständen einen neuen Beruf braucht. In den USA gibt es mit dem „Nurse Practitioner“ eine Berufsklasse von Ärzten, die beratend und in der Pflege eingesetzt werden kann. Eine äquivalente neue Berufsklasse wird es auch bei uns geben müssen. Jeder Patient hätte damit einen eigenen Gesundheitsberater, der mit den persönlichen Daten umgehen kann, jederzeit kontaktierbar ist und auf die individuellen Sachverhalte eines jeden Einzelnen vorbereitet ist. Es kann auf der Gesundheitsseite das Leben des Patienten koordiniert und beraten werden. Darüber hinaus ist vorstellbar, dass auch in Deutschland, ähnlich den Health Maintenance Organizations (HMO) in den USA, Organisationen existieren, denen der Patient mit seiner Krankenversicherung beitritt, um sich eine koordinierte Versorgung zu sichern. Man kann davon ausgehen, dass es in Zukunft Konzerne innerhalb dieses riesigen Betätigungsfeldes geben wird, die mit einer persönlichen Betreuung und Beratung Geschäftsfelder generieren werden. Für diese Dienstleistung braucht es universitär ausgebildete Personen, aber ganz sicher keine voll ausgebildeten Ärzte. Damit wird das, was heute über Apps und andere Applikationen funktioniert, zunehmend professionalisiert.

Wie bewerten Sie die Pläne von Facebook und Google in den Gesundheitsmarkt einzusteigen? Welche Folgen hat es, wenn in Zukunft branchenfremde Unternehmen neue Märkte für sich entdecken?

Diese Unternehmen werden sicherlich versuchen eine Rolle zu spielen. Ich gehe jedoch davon aus, dass sie als Großkonzerne, die bereits am Markt existieren, unter Umständen durch neue Unternehmen, wie etwa Start-ups, überrascht werden. Wir

dürfen nicht vergessen, dass Facebook vor einigen Jahren als überschaubare Firma eine Übernahmeofferte von 1,5 Milliarden Euro von Microsoft ausschlug. Heute ist Facebook über 100 Milliarden Dollar wert und längst ein Gigant. Dementsprechend sind auf diesen neuen Märkten, die so groß sind, dass sich Firmen wie Google und Facebook gar nicht vollständig darauf konzentrieren können, ähnliche Entwicklungen denkbar. Es werden neue Player entstehen, die wir heute noch gar nicht kennen. ■

INTERVIEW

Voraussetzungen und Potenziale der sektorübergreifenden Verknüpfung in der Gesundheitsversorgung

Martin Peuker, stellvertretender CIO der Charité – Universitätsmedizin Berlin, im Gespräch mit Alexander Schidrich und Henning Hanauer, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin

Welche wertschöpfungsrelevanten Verbesserungen (zum Beispiel Patienten- und Anwenderzufriedenheit, Kostenoptimierung, Verwaltungsvereinfachung und so fort) sind durch die kommende IT-Infrastruktur zu erwarten und werden sie ausreichend berücksichtigt bei der Einführung neuer Systeme? Gibt es weitere Zielstellungen für bestehende und neue IT-Systeme?

Die Einführung einer neuen IT-Infrastruktur ist auf eine einfachere Interoperabilität zwischen den einzelnen Akteuren im Gesundheitswesen gerichtet. Die verbesserte Versorgung und die verbesserte elektronische Information der Patientinnen und Patienten ist dabei das vorrangige Ziel. Zum einen wird durch eine vernetzte Struktur der Informationsfluss auf Seiten der Anwender deutlich vereinfacht. Zum anderen erfolgt die Dokumentation im Krankenhaus papierlos und ist damit weniger fehleranfällig, zum Beispiel werden Fehler bei der Datenübertragung von der Papierakte in das Patientenmanagementsystem vermieden. Alles wird online über intuitive Oberflächen erfasst oder per Sprachsteuerung eingegeben. Zudem müssen sich zukünftig Gesundheitsapplikationen einfacher über vorgegebene internationale Standards integrieren lassen. Dabei gehe ich immer davon aus, dass datenschutzrechtliche Belange ausreichend im Sinne einer effizienten klinischen Behandlung erfüllt werden.

Auch auf die Verwaltungssysteme sollte sich die neue IT-Struktur wertschöpfend auswirken – effizient erfasste klinische Daten werden vollständig und automatisiert kodiert und so effizienter und schneller zur Abrechnung gebracht. In den Kernverwaltungen können so durch ein proaktives Softwaremanagement Berichte und Reports in Echtzeit über die Patientenstruktur informieren.

Insgesamt wird die IT damit grundsätzlich ein höherer Kostenfaktor im Gesundheitswesen. Diese Investition ist vor dem Hintergrund der Prozessoptimierung (keine Papierhandakte, keine Übertragungsfehler, schneller Zugriff auf Informationen, IT als Entscheidungsunterstützung) aber als Chance zu sehen. Es kommen nämlich noch weitere Aspekte hinzu. Mit Blick auf die translationale Medizin bietet diese Infrastruktur auch Möglichkeiten, die Forschung schneller und gezielter voranzutreiben. Für klinische Studien könnten gezielte Krankheitsbilder oder Symptome abgefragt werden, um so zum einen den Studienzweck, zum anderen aber auch die personalisierte Heilung des Patienten zu fördern. Mit mobilen Anwendungen für Smartphones könnte die Studie interkommunikativ mit Patienten weiterlaufen, auch wenn sie die Universitätsklinik schon verlassen haben. Gerade für solche Bemühungen steht das Berliner Institut für Gesundheitsforschung. Und hier ist eindeutig klar zu stellen: Jede technische Innovation muss sich immer an der Ethik(kommission) und an den hohen Anforderungen des Datenschutzes messen lassen.

Im Referentenentwurf zum E-Health-Gesetz steht, dass Krankenhäuser eine Vergütung für die Versendung eines elektronischen Arztbriefes erhalten. Hat die Charité dazu die notwendige IT-Infrastruktur beziehungsweise gibt es eine Planung zu ihrer Einführung?

Alle Arztbriefe in der Charité werden elektronisch erstellt. Die im Referentenentwurf angekündigte Vergütung begrüßen wir und werden, wenn der Weg für den Austausch geklärt ist, auch umgehend hierfür zur Verfügung stehen. Sehr gerne bringen wir uns hierzu ein, um eine schnelle Lösung zu finden.

Gibt es Bestrebungen zur Einführung einer flächendeckenden elektronischen Patientenakte an der Charité?

In der Charité existiert die elektronische Patientenakte bereits. Ihre Funktionalität ist aber – wie in den meisten Kliniken – noch eingeschränkt. So kommt sie bisher am Patientenbett noch nicht flächendeckend zum Einsatz und auch die Nutzerfreundlichkeit ist noch verbessерungsbedürftig. Zum Beispiel sollten die Oberflächen und Eingabemöglichkeiten aller eingesetzten Endgeräte intuitiv zu erfassen sein und der Einsatz der Geräte sollte sich gut in den klinischen Alltag integrieren lassen. Einerseits werden mit enormem Aufwand Netzwerke aufgebaut, um die technische Bandbreite in jeden Winkel eines Krankenhauses zu bringen und den Datenaustausch nach den geforderten Sicherheitskriterien zu ermöglichen. Andererseits sind die Softwarehersteller gefordert, die entsprechende Ergonomie hierfür zu entwickeln. Hier gibt es mit Sicherheit noch Optimierungspotenzial.

Ich hoffe aber, dass die Initiative, die das E-Health-Gesetz angestoßen hat, hier zu noch größeren Investitionen in die IT-Verfahren führt.

Interessant ist dann auch die übergreifende Kooperation hin zu einer Patientenakte, in der Daten über ein Krankheitsbild unabhängig von der behandelnden Einrichtung ausgetauscht werden können und die auch dem Patienten Daten direkt online und sicher zur Verfügung stellt.

Wie ist die generelle Vernetzung der Charité mit anderen Gesundheitsdienstleistern (niedergelassene Ärzte, Reha, Pflegeheime und so fort)?

In der Charité gibt es eine ganz Reihe von Netzwerken, die den Austausch von Patientendaten erfordern, um



Martin Peuker

Martin Peuker ist seit 2007 stellvertretender Chief Information Officer (CIO) an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Zuvor war er bei Mummert + Partner als Senior Consultant im Bereich Healthcare tätig. Peuker startete seine berufliche Laufbahn nach seinem Wirtschaftsingenieurstudium als Berater in der Energieversorgungsbranche, bevor er sich auf die Gesundheitsbranche konzentrierte. Hier sind Beraterstationen bei der Fusion der Unikliniken Kiel und Lübeck sowie langjährige Einsätze bei der IT-Reorganisation der Salzburger Landeskliniken als Beispiel zu nennen.

einen reibungslosen Behandlungsablauf gewährleisten zu können. Es gibt beispielsweise ein Ärzteportal, das niedergelassenen Ärzte – nach Zustimmung durch den Patienten – den sicheren Austausch von Daten und Terminen ermöglicht. Auch hier gibt es in ganz Deutschland noch erheblichen Nachholbedarf. Was derzeit fehlt, ist ein dauerhaftes Element, wie der strukturierte Austausch und die sichere Speicherungsmöglichkeit der elektronischen Patientenakte auf nationaler Ebene.

Cloud Services im Krankenhaus – Zukunftsmusik oder schon bald Realität?

Die Charité ist als Universitätsklinikum nicht nur ein Krankenhaus, sondern eine Einrichtung, die sich der Lehre und Forschung verschrieben hat. Daher sind hier die Säulen zu trennen. Die Datenschutzauflagen verbieten es grundsätzlich, patientenbezogene Daten direkt in einer „externen“ Cloud zu speichern, und auch technisch darf es hierzu keine Möglichkeit geben. Anders könnte es mit anonymen Forschungsdaten laufen. Sie können unter Umständen in einer Cloud gesammelt werden und dadurch einen Mehrwert liefern. Diverse Universitätskliniken arbeiten mit Forschungseinrichtungen zusammen, die ihrerseits riesige Datenmengen verwalten. Die Charité und das Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin (MDC) arbeiten seit Jahren in verschiedenen Forschungsschwerpunkten zusammen. Hier wäre es auch aus Gründen der Kosteneffizienz wünschenswert und realistisch, Daten anonymisiert und temporär einzustellen, sodass mit dieser Datenbasis weitergeforscht werden kann. Die hohen datenschutzrechtlichen Hürden müssen aber jederzeit berücksichtigt werden, insbesondere auch beim Aufbau der Cloud.

Zusammenfassend: Ist das deutsche Gesundheitswesen auf dem richtigen Weg zu einer umfassenden nutzenbringenden digitalen Kommunikation?

Der Weg, moderne Informations- und Kommunikationstechnologien zu etablieren, ist zukunftsweisend. In Norwegen sind einheitliche Picture Archiving and Communication Systems (PACS) bereits etabliert und liefern Klinik und Hausarzt ein einheitliches Bild über den Patienten, ohne dass es weiterer Kommunikationswege bedarf. Das muss auch für Deutschland ein gangbarer Weg sein, insbesondere wenn wir, wie in anderen Bereichen auch, in Europa eine fortschrittliche Rolle einnehmen wollen. Es geht dabei in keinem Fall um den gläsernen Patienten. Es geht darum, die bestmögliche Behandlung anhand aller zur Verfügung stehender Informationen zu finden. Daher ist es richtig, diesen Weg einzuschlagen, immer vor dem Hintergrund, die ethischen Fragen und datenschutzrechtlichen Fragestellungen geklärt zu haben. ■

Neue Regelungen für die Abrechnungsprüfung im Krankenhaus

Seit 1. Januar 2015 gelten neue Regelungen zur Abrechnungsprüfung im Krankenhaus. Unter Mitwirkung der Bundesschiedsstelle haben Kostenträger und Leistungserbringer Näheres zum Prüfverfahren vereinbart. Im Kern wurde das Verfahren neu gegliedert, gestrafft und mit klaren Fristen versehen. Hinzu kommen neue Möglichkeiten der Streitschlichtung und zur verbindlichen Klärung grundsätzlicher Abrechnungsfragen. Der Praxistest steht allerdings noch aus.

Autoren: Prof. Dr. Nils Breuer und Dr. Philipp Männle, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Hamburg und Berlin

Hintergrund

Mehr als jeden neunten stationären Krankenhausfall unterzogen die Krankenkassen zuletzt einer Abrechnungsprüfung – eine, wie selbst der Bundestag feststellte, hohe Prüfquote, die erhebliche Ressourcen, letzten Endes auch der Sozialgerichtsbarkeit, bindet. Doch weniger der Tatbestand der Abrechnungsprüfung als solcher sorgte für Handlungsdruck – schließlich ist er gesetzlich in bestimmten Fällen und bei Auffälligkeiten vorgeschrieben (§ 275 SGB V). Vielmehr war es die Ausgestaltung des Verfahrens, die für hohe Unzufriedenheit bei allen Beteiligten sorgte. Nachdem der Gesetzgeber wiederholt und mit mäßigem Erfolg regulierend eingegriffen hatte, übertrug er im Zuge der Neufassung von § 17c Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) durch das Beitragsschuldengesetz vom 15.07.2013 (BGBI. I 2423) schlussendlich der Selbstverwaltung die Verantwortung: Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) wurde aufgegeben, bis 31. März 2014 das Nähere zum Prüfverfahren zu vereinbaren. Sie konnten zunächst keine Einigung erzielen, das Einschalten der Bundesschiedsstelle brachte jedoch den Durchbruch: Neue konkrete Regelungen für das Verfahren der Abrechnungsprüfung wurden beschlossen und in der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) vom 18. Juni 2014 niedergelegt.

Geltungsbereich

Die Neuregelungen traten am 1. September 2014 in Kraft. Sie gelten für alle Behandlungsfälle im Krankenhaus mit Aufnahmedatum ab dem 1. Januar 2015. Inhaltlich erstreckt sich die PrüfvV, die bundesweit für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich ist, auf alle gutachterlichen Stellungnahmen zur Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V. Landesverträge zwischen Landesverbänden der Krankenkassen und Landeskrankenhausgesellschaften, die nach § 112 Abs. 2 Nr. 3 SGB V Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen beinhalten können, dürfen seit Inkrafttreten der PrüfvV nur noch ergänzende Regelungen betreffen (§§ 2, 11, 12 PrüfvV).¹ Datengrundlage des Verfahrens bilden nach wie vor die nach § 301 SGB V übermittelten Aufnahme- und Behandlungsdaten² – auch wenn GKV-SV und DKG in § 17 Abs. 4a KG beauftragt wurden, eine Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) modellhaft zu erproben und hierüber bis 31. Mai 2015 Bericht zu erstatten.

Verfahren

Erster Schritt und unabdingbare Voraussetzung für die Initiierung eines Prüfverfahrens ist, dass die Krankenkasse bei einer Abrechnung Auffälligkeiten erkennt. Näheres hierzu ist

weder in der Norm noch in der Gesetzesbegründung expliziert; allerdings hat das Bundessozialgericht Kassel (BSG) klargestellt, dass die Kasse einen konkreten Anfangsverdacht haben muss, dass die Abrechnung in einem oder mehreren Punkten unzutreffend ist (BSG vom 18.07.2013 – B 3 KR 22/12 R) – abstrakte Vermutung oder statistische Anhaltspunkte sind jedenfalls nicht hinreichend.

Bei Vorliegen einer Auffälligkeit ist dem Krankenhaus in einem zweiten Schritt sowohl die jeweilige Auffälligkeit mitzuteilen als auch die Art der sich anschließenden Prüfung anzugeben (§ 4 PrüfvV). Infrage kommen (a) die Teilprüfung der Abrechnung, die nur bestimmte Diagnosen und Prozeduren ins Auge fasst, (b) die Vollprüfung der Abrechnung, die alle abrechnungsrelevanten Diagnosen und Prozeduren berücksichtigt, (c) die Fehlbelegungsprüfung oder (d) Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen, etwa hinsichtlich der medizinischen Indikation. Prüfmitteilung und Konkretisierung müssen dem Krankenhaus von der Krankenkasse innerhalb der Ausschlussfrist (§ 6 Abs. 2 S. 3 PrüfvV) von sechs Wochen nach Abrechnungseingang zugehen, widrigfalls ist eine weitere Prüfung nicht mehr möglich.

Zentrale Neuerung der neuen Verfahrensregelungen ist, drittens, das sogenannte Vorverfahren. Hierbei handelt es sich, anders als der Name nahelegt, nicht um ein Widerspruchsverfahren im Sinne von § 68 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) oder § 78 Sozialgerichtsgesetz (SGG), sondern um Konfliktklärungsmöglichkeiten auf der Ebene rechtlicher Gleichordnung.³ Generell ist es dem Krankenhaus nunmehr möglich, innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Prüfmitteilung eine Korrektur der Datensätze vorzunehmen und insofern auch eine geänderte Abrechnung zu übermitteln (§ 5 Abs. 1 PrüfvV). Da-

raufhin entscheidet die Krankenkasse, ob von einer weiteren Prüfung abgesehen und das Verfahren beendet werden kann (§ 5 Abs. 2 PrüfvV). Das Verfahren endet mit der Mitteilung der Krankenkasse an das Krankenhaus oder regelmäßig spätestens zwölf Wochen nach der Einleitung. Daneben können sich Kasse und Krankenhaus nach Einleitung des Prüfverfahrens wechselseitig zum Falldialog auffordern, um eine streitige Abrechnung zu diskutieren und gegebenenfalls zu klären. Die Aufforderung ist innerhalb von zwei Wochen anzunehmen oder abzulehnen. Der Falldialog erfolgt dann auf Basis der nach § 3 PrüfvV übermittelten, gegebenenfalls nach § 5 Abs. 1 PrüfvV korrigierten oder ergänzten Daten und bietet seinerseits nochmals die Möglichkeit zur Datenkorrektur. Gelingt hierbei die Klärung, endet das Verfahren; eine gegebenenfalls erforderliche Datennachbesserung hat sodann innerhalb von vier Wochen zu erfolgen. Im Übrigen kann der Dialog jederzeit durch einseitige Erklärung beendet werden.

Führt das Vorverfahren nicht zum Erfolg, entscheidet, viertens, die Krankenkasse, ob der MDK mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt wird. Da die Kasse selbst nicht befugt ist, bei den Krankhäusern medizinische Befunde zu erheben, muss das Gutachten über die Einschaltung des MDK – verstanden als fachlicher Mittler zwischen Krankenhaus und Kasse (BSG vom 16.05.2013 – B 3 KR 32/12) – erfolgen. Abweichend von den vorgenannten Verfahrensschritten bietet § 6 Abs. 1 lit. e PrüfvV der Kasse die Möglichkeit, in spezifischen Fällen direkt den MDK einzuschalten – unter Umgehung des Vorverfahrens. Hier hat der Auftrag innerhalb von sechs Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens an den MDK zu ergehen. Sonst gilt eine Beaufragungsfrist von zwei Wochen nach Abschluss des Vorverfahrens, spätestens jedoch zwölf Wochen

nach Einleitung des Prüfverfahrens (§ 6 Abs. 2 PrüfvV). Auch diese Frist ist nach § 6 Abs. 3 PrüfvV eine Ausschlussfrist.

Die MDK-Prüfung ist dem Krankenhaus seitens des MDK unverzüglich, unter Angabe des Datums der Beaufragung, anzuseigen. Die Prüfung selbst folgt den Vorgaben aus § 7 PrüfvV: MDK und Krankenhaus sollen sich verständigen, ob die Prüfung vor Ort oder im schriftlichen Verfahren erfolgt, die Letztentscheidung liegt beim MDK. Für die Vorortprüfung gilt § 276 Abs. 4 SGB V. Findet ein schriftliches Verfahren statt, kann der MDK die Übersendung von Kopien der für die Prüfung erforderlichen Unterlagen verlangen; sie sind seitens des Krankenhauses innerhalb von vier Wochen zu übersenden. Im Übrigen ist während der ersten fünf Monate nach Einleitung der MDK-Prüfung dem Krankenhaus eine einmalige Datenkorrektur gestattet.

Auf Basis des MDK-Gutachtens trifft schließlich die Krankenkasse nach § 8 PrüfvV ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung. Die Entscheidung sowie der daraus gegebenenfalls folgende Erstattungsanspruch sind dem Krankenhaus unter Angabe der wesentlichen Entscheidungsgründe innerhalb von neun Monaten nach Übermittlung der Prüfmitteilung mitzuteilen. Trägt die Kasse diesen Vorgaben nicht Rechnung, verliert sie ihren etwaigen Erstattungsanspruch.

Nach § 9 PrüfvV ist es der Krankenkasse gestattet, einen nach Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich festgestellten oder einen auf Basis einer MDK-Prüfung fristgerecht mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufzurechnen. Zahlungs- und Prozessrisiko verbleiben damit auch nach Inkrafttreten der PrüfvV bei den Krankhäusern.⁴

Im Übrigen bleibt es auch dabei, dass die Krankenkasse dem Krankenhaus in Fällen, in denen die MDK-Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro bezahlen muss, durch die der zusätzliche Verwaltungsaufwand des Krankenhauses infolge erneuter Befassung mit dem Behandlungs- und Abrechnungsfall abgegolten werden soll (§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V).⁵ Diese Regelung findet nach § 5 Abs. 7 PrüfvV allerdings keine Anwendung auf das Vorverfahren.

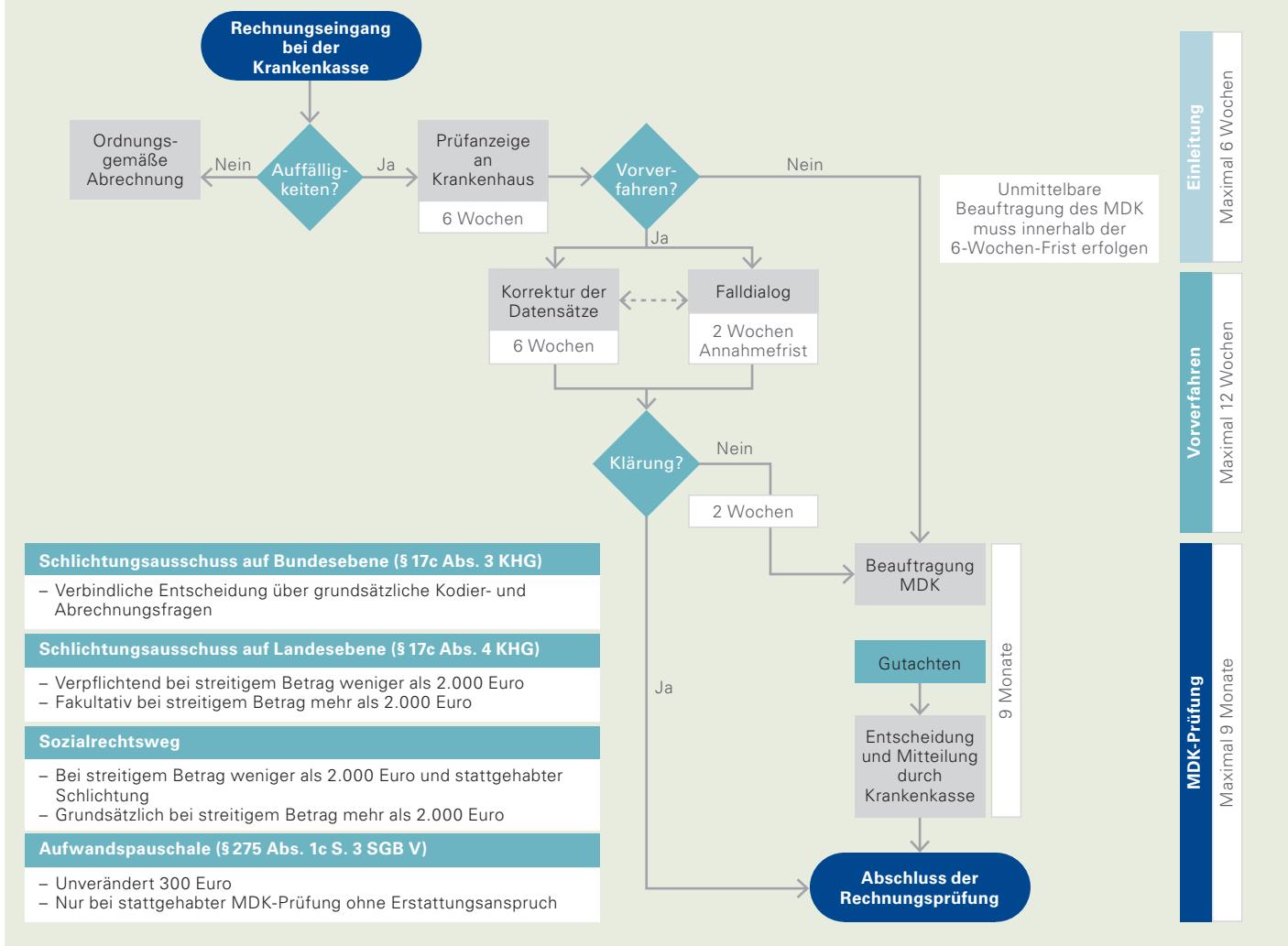
Schlichtung

Auch die Regelungen zur Klärung von Streitigkeiten infolge der MDK-Prüfung wurden modifiziert: Nur wenn der streitige Abrechnungsbetrag über der Schwelle von 2.000 Euro liegt, ist unmittelbar der Sozialrechtsweg gegeben. Liegt der streitige Abrechnungsbetrag unter 2.000 Euro, ist der vormalig gegebene Weg zum Sozialgericht nunmehr gesperrt. Hier muss nun zunächst der auf Landesebene einzurichtende Schlichtungsausschuss, bestehend aus einem unparteiischen Vorsitzenden und Vertretern von Leistungserbringern und Kostenträgern, angerufen werden; im Übrigen ist eine fakultative Anrufung auch bei einem höheren streitigen Abrechnungsbetrag möglich. Ursprünglich griff diese Sperre des § 17c Abs. 4b S. 3 KHG erst dann, wenn der Schlichtungsausschuss förmlich seine Funktionsfähigkeit angezeigt hatte. Da allerdings die Selbstverwaltungspartner bis Sommer 2014 in keinem Bundesland einen Schlichtungsausschuss eingerichtet hatten – und das BSG vor diesem Hintergrund entschieden hatte, dass in solchen Fällen weiterhin unmittelbar der Sozialgerichtsweg gegeben sei (BSG vom 08.10.2014 – B 3 KR 7/14R, Rn 36) –, reagierte der Gesetzgeber und änderte durch Art. 16a des GKV-Finanzstruktur-und-Qualitäts-Weiter-

Abbildung 2

Ablauf des neuen Prüfverfahrens nach § 17c KHG

Quelle: KPMG



entwicklungsgesetzes (BGBl. I, 2462) die Regelung des § 17c Abs. 4 KHG dahingehend, dass die Aufgabe des Schlichtungsausschusses bis zu seiner Bildung übergangsweise von den Schiedsstellen nach § 18a Abs. 1 KHG, mithin von jenen Stellen, die eigentlich für Vergütungstatbestände zuständig sind, zu übernehmen ist.⁶

Parallel zum Schlichtungsverfahren auf Landesebene bildet der modifizierte § 17c Abs. 3 KHG ferner die

Grundlage für die Errichtung des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene. Er setzt sich aus Vertretern von GKV-SV und DKG sowie aus nicht stimmberechtigten Mitgliedern aus den Reihen der InEK GmbH und des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zusammen und hat die Aufgabe, Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung verbindlich zu klären. Die Entscheidungen

des Schlichtungsausschusses sind zu veröffentlichen und für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.

Fazit und Folgen

Die neue PrüfVv präsentiert sich als Regelwerk, das – auf dem Papier – einen Beitrag dazu leistet, die Abrechnungsprüfung zu straffen und klarer

auszustalten. Auch die selbstgesetzte Zielrichtung, ein effizientes, konsensorientiertes Verfahren zu etablieren (§ 1 PrüfvV), wird im Grundsatz befolgt – allerdings steht der Praxistest noch aus.

Abzuwarten bleibt auch, ob der Schlichtungsausschuss auf Bundesebene die in ihn gesetzte Hoffnung erfüllen kann. Angesichts der nach wie vor bestehenden, teils erheblichen Differenzen in Kodier- und Abrechnungsfragen – eindrucksvoll belegt durch einen Blick auf die Empfehlungen des Fachausschusses für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) einerseits und der MDK-Gemeinschaft Vergütung und Abrechnung (SEG 4) andererseits – sind die Erwartungen groß, dass durch die Entscheidungen Klarheit und Verbindlichkeit geschaffen und das Konfliktpotential gelindert wird. Aber auch hier steht die Bewährungsprobe noch aus. Auf die Schwierigkeiten hinsichtlich der Schlichtung auf Landesebene – insbesondere im Hinblick auf Bindungswirkung und Rechtsfolgen der Schlichtungsentscheidungen – hat im Übrigen Dagmar Felix deutlich hingewiesen.⁷

Fakt ist in jedem Falle: Ungeachtet der Straffung, Klarstellung und verbesserten, fristenbasierten Verfahrenssteuerung wird die Abrechnungsprüfung ein umstrittenes Thema bleiben. Für Krankenhäuser werden MDK-Gutachten auch in Zukunft mit erheblichen Belastungen verbunden sein. Einer Erhebung des Fachportals MedInfoWeb.de zufolge bindet jeder Fall, der vom MDK geprüft wird, Ressourcen im Umfang von 71 Minuten – und der Aufwand wird nur dann durch die Pauschale abgegolten, wenn die Abrechnung tatsächlich unbeanstandet bleibt. Gerade deshalb ist den Krankenhäusern der nachfolgende Dreischritt zu empfehlen:

Erstens:

Die wichtigsten Weichen werden bereits im klinischen Alltag gestellt. Eine hohe Qualität der Kodierung, die sorgfältige Dokumentation und die präzise und korrekte Rechnungslegung sind die beste Prophylaxe – auch wenn sich dadurch nicht jede Prüfung verhindern lässt.

Zweitens:

Das neu geschaffene Vorverfahren bietet Möglichkeiten, die wesentlich aufwendigere MDK-Prüfung zu vermeiden. Geschultes Fachpersonal, eine sorgfältige Aktenführung und die Bereitschaft zum Dialog sind zentrale Grundlagen dafür, Abrechnungsdivergenzen frühzeitig und unbürokratisch zu klären.

Drittens:

Kommt es zur MDK-Prüfung, ist die konsequente Steuerung und Überwachung des Verfahrens essenziell. Fristen sind zu wahren, Unterlagen bereitzustellen, Fragen zu beantworten. Eine gründliche Vorbereitung, die systematische Auswertung vergangener Verfahren und die Initiierung von Lernkultur und Qualitätssicherungssystemen sind hierbei erfolgskritische Bausteine.

DKG und GKV-SV jedenfalls kommen zu ähnlichen Einschätzungen: Die neuen Regelungen, etwa hinsichtlich der Schlichtungsausschüsse, sind nicht unkritisiert geblieben, jedoch schafft die PrüfvV Klarheit und Stringenz; und für jede Seite hätte es schlimmer kommen können. Ob jedoch mit der PrüfvV tatsächlich, wie vom Gesetzgeber gewünscht, der Einstieg in ein lernendes System ermöglicht wurde, das perspektivisch den Aufwand für die Durchführung von Krankenhausrechnungsprüfungen vermindert,⁸ hängt entscheidend davon ab, wie die neue Systematik gelebt und von den Verantwortlichen beider Seiten weiterentwickelt wird (Abbildung 2). ■

Doch nicht nur die Krankenkassen, auch die Kostenträger werden sich mit den neuen Verfahrensregelungen arrangieren müssen. Für Kassen und MDK sind insbesondere die klar gefassten Fristenregelungen von maßgeblicher Bedeutung. Ein systematisches Zeitmanagement wird zukünftig unabdingbar sein, um die gesetzlich vorgeschriebenen Abrechnungsprüfungen erfolgreich durchzuführen. Gleichzeitig bieten auch hier die neuen Möglichkeiten des Vorverfahrens Chancen zur weniger aufwendigen Klärung.

1 Hess, R., in: Kasseler Kommentar, § 112 SGB V, Rn. 8
 2 Schoiz, K., in: Beck'scher Online-Kommentar, § 301 SGB V Rn. 1
 3 Vergleiche auch Hambüchen, U., in: juris PraxisReport Sozialrecht 21/2014 Ann. 1
 4 Hambüchen, U., in: juris PraxisReport Sozialrecht 21/2014 Ann. 1
 5 Sicher/Becker/Kingreen § 275 SGB V Rn. 27, ferner BSG vom 13.11.2012, B 1 KR 10/12 R
 6 Vergleiche dazu ausführlich Felix, D., Das Schlichtungsverfahren nach § 17c Abs. 4 KHG – unverbindliche Mediation oder bindende Entscheidung? NZS 2014, S. 601
 7 Ebenda
 8 Deutscher Bundestag, Drucksache 17/13947, S. 37

Gute Unternehmensführung in Unternehmen der Gesundheitswirtschaft: Bedeutung erkannt, Risiken gebannt?

Manipulationen im Zusammenhang mit Organspenden, fehlerhafte Abrechnungen und mangelnde Hygiene – immer wieder haben Skandale wie diese in der jüngeren Vergangenheit ein schlechtes Licht auf die deutsche Gesundheitswirtschaft geworfen. Eines ist all diesen Skandalen gemein: Sie sind in der Regel das Resultat unzureichender und ineffektiver Governance-Strukturen. Vor diesem Hintergrund liefert eine aktuelle Untersuchung aus dem Bereich Gesundheitswirtschaft der KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft erste Einblicke in den aktuellen Stand der Umsetzung von Governance-Systemen in Unternehmen der Gesundheitswirtschaft. Dieser Artikel fasst die wesentlichen Untersuchungsergebnisse zusammen.

Autoren: Franziska Holler, Julia Kaub, Stefan Friedrich und Jannis Pulum, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Berlin, München und Köln

Diskrepanz zwischen Anspruch und Realität

Gute Unternehmensführung (oder Good Governance) beschreibt das Konzept zur verantwortungsvollen Führung und Überwachung von Unternehmen. Die Grundlage bilden verschiedene gesetzliche Sorgfaltspflichten, die in einem umfassenden betrieblichen Überwachungs-

system konkretisiert und umgesetzt werden müssen. Die Grundbausteine guter Unternehmensführung sind: Risikomanagementsystem (RMS), Internes Kontrollsyste (IKS), Compliance-Managementsystem (CMS) und Interne Revision. Gemeinsam bilden diese Maßnahmen das House of Governance (siehe Abbildung 3).

Dabei sind diese Governance-Instrumente in Unternehmen der Gesundheitswirtschaft längst keine Fremdwörter mehr. Von den an der Untersuchung beteiligten Unternehmen geben 95 Prozent an, dass die Gesundheitswirtschaft ein höheres Bewusstsein für sichere Prozesse und für den Umgang mit Risiken jetzt und in Zukunft benötigt. Die Mehrzahl ist sich also einig: Die Bedeutung von Good Governance-Themen wird in den kommenden Jahren stetig zunehmen.

Gleichwohl stufen 64 Prozent der teilnehmenden Unternehmen den Umgang mit Risiken in Unternehmen der Gesundheitswirtschaft als weniger oder wenig bis gar nicht professionell ein.

Zudem bewerten 78 Prozent der teilnehmenden Unternehmen den Einsatz betriebswirtschaftlicher Methoden zum Management von Risiken und Prozessen in Unternehmen der Gesundheitswirtschaft schlechter als in der Industrie. Diese Aussagen offenbaren eine Diskrepanz zwischen

Anspruch und Realität: Zwar existiert in Unternehmen der Gesundheitswirtschaft bereits ein Bewusstsein hinsichtlich der zentralen Bedeutung von Instrumenten guter Unternehmensführung, die Umsetzung in der Praxis scheint jedoch zum Teil erheblich hinter diesen Ansprüchen zurückzubleiben. Detaillierte Auswertungen der jeweiligen Governance-Instrumente bestätigen diese Aussage.

Risikomanagementsystem: Lücken in der professionellen Implementierung

Basierend auf den unternehmerischen Zielen besteht das RMS aus aufeinander abgestimmten Maßnahmen zur systematischen Identifizierung, Bewertung, Analyse und Überwachung von operativen, strategischen und von Compliance-Risiken. Es stellt somit den Kernbereich der unternehmerischen Überwachung dar und bildet die Grundlage für die Ableitung risikominierender Maßnahmen im IKS beziehungsweise im CMS.

Diese zentrale Bedeutung des RMS wird jedoch nicht von allen teilnehmenden Unternehmen erkannt. Unsere Untersuchungsergebnisse lassen den Schluss zu, dass viele Unternehmen in der Gesundheitswirtschaft erheblichen Nachholbedarf bei der Ausgestaltung und Implementierung des RMS haben. Nur 22 Prozent der an der Umfrage beteiligten Unternehmen verfügen über ein rein institutionalisiertes kaufmännisches RMS. Immerhin sind in knapp der Hälfte der befragten Unternehmen Ansätze einer Institutionalisierung vorhanden. Auch bei der Organisation des klinischen RMS, einem Instrument, das für Krankenhäuser zunehmend an Bedeutung gewinnt, zeigt sich ein ähnliches Bild.

Weiterhin zeigt die Untersuchung, dass die Identifizierung und Erfassung von Risiken nur selten einem etablierten und strukturierten Ablauf folgt. Nur sechs Prozent der befragten Unterneh-

Das Untersuchungsdesign

Grundlage der Untersuchung ist eine Erhebung mittels eines standardisierten, quantitativen Fragebogens mit 36 Fragen zu einzelnen Elementen der Corporate Governance. Die Erfassung der Antworten erfolgte ausschließlich elektronisch anhand eines Onlinetools. Sofern nicht explizit anders angegeben, wurde die Befragung anonym durchgeführt. Die Teilnehmerstruktur deckt einen Großteil der Bereiche der Gesundheitswirtschaft ab, wobei die überwiegende Zahl der Unternehmen (60 Prozent) stationäre Leistungserbringer sind. Die Beantwortung der Fragen erfolgte bei mehr als 60 Prozent der Unternehmen durch Leiter einzelner Unternehmensbereiche, bei einem Viertel durch die Geschäftsführung oder den Vorstand.

men geben an, dass sie regelmäßige Risikoinventuren auf Basis relevanter Risikoarten, zum Beispiel im Rahmen von Workshops, durchführen. Ohne die Durchführung einer systematischen Risikoerfassung unter Berücksichtigung aller Unternehmensbereiche besteht jedoch die Gefahr, dass wesentliche Risiken nicht beachtet und schließlich auch keine Maßnahmen zum Umgang mit diesen Risiken abgeleitet werden.

Compliance Management: Methoden spielen bislang untergeordnete Rolle

Ein CMS verfolgt das Ziel, durch organisatorische Maßnahmen und Grundsätze die Einhaltung von Gesetzen, unternehmensinternen Richtlinien sowie ethischen Grundsätzen zu gewährleisten und Zu widerhandlungen (sogenannte Compliance-Verstöße) frühzeitig zu erkennen und zu verhindern.

Trotz zahlreicher Skandale und negativer Berichterstattungen in der Presse schätzt nahezu die Hälfte der teilnehmenden Unternehmen die Gefahr von Compliance-Verstößen in ihrem Unternehmen als gering ein. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass lediglich 38 Prozent der befragten Unternehmen einen Prozess zur Erfassung und Bewertung von Compliance-Risiken durchführen. Die Ergebnisse

erwecken den Eindruck, dass viele Unternehmen der Gesundheitswirtschaft die Augen vor der stetig wachsenden Bedeutung dieser Thematik verschließen. Das scheint jedoch trügerisch zu sein, denn von den Unternehmen, die an der Untersuchung teilgenommen haben und über die die Presse negativ berichtete, besitzen mehr als 80 Prozent keinen Prozess zur Erfassung relevanter Compliance-Risiken.

Die Grundlage eines CMS bildet die Bestimmung der Compliance-Risiken. Die daraus abgeleiteten Maßnahmen stärken nicht nur das Vertrauen der Stakeholder in das Unternehmen, sondern beugen auch Reputations schäden vor. Denn nicht selten führen Compliance-Verstöße zu erheblichen Reputationsschäden und, als Folge, auch zu negativen Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses. Zur Erhöhung der Transparenz empfiehlt sich in diesem Zusammenhang auch, das Aufsichtsgremium (zum Beispiel Aufsichtsrat, Verwaltungsrat, Beirat) regelmäßig über die Wirksamkeit der Compliance-Maßnahmen in Kenntnis zu setzen.

Internes Kontrollsyste m: Fehlende Integration mit dem Risikomanagementsystem

Das IKS umfasst Grundsätze, Verfahren und Maßnahmen, die auf die orga-

nisatorische Umsetzung von Managemententscheidungen gerichtet sind. Es setzt sich aus einem internen Steuerungs- und Überwachungssystem zusammen.

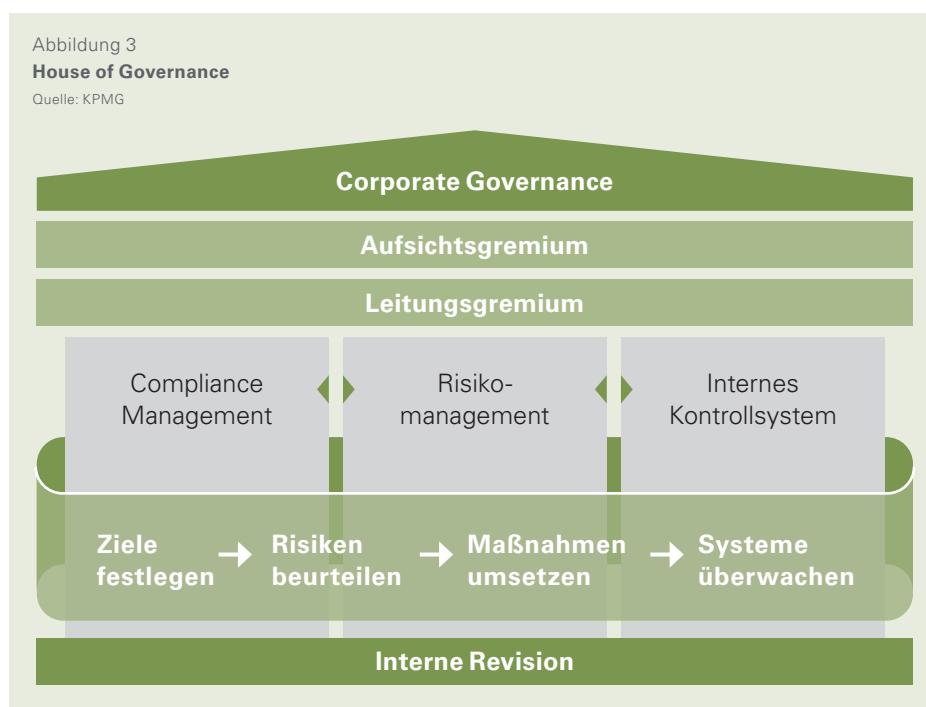
Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, dass für Unternehmen der Gesundheitswirtschaft die Einführung eines IKS selbstverständlich ist: Nahezu alle an der Umfrage beteiligten Unternehmen (98 Prozent) geben an, über ein IKS zu verfügen. Gleichwohl offenbaren sich Verbesserungspotenziale in der Ausgestaltung sowie in der Integration in die unternehmensweite Governance-Struktur. Häufig fehlt insbesondere eine systematische Verknüpfung von RMS und IKS im Sinne eines integrierten Governance-Systems. Die Ergebnisse zeigen, dass nur in 22 Prozent der teilnehmenden Unternehmen eine systematische Überleitung von Risiken aus dem Risikomanagementprozess in das IKS erfolgt. Eine Überleitung von Risiken in das IKS gewährleistet jedoch, dass umfassende und adäquate Maßnahmen zur Risikominimierung und -vermeidung vorhanden sind. Stattdessen dominiert derzeit in den beteiligten Unternehmen noch eine tendenziell controllinglastige Überwachungstätigkeit, die auf betrieblichen Kennzahlen basiert.

Diese Ergebnisse unterstreichen erneut die Bedeutung eines effektiven RMS als Grundlage für ein integriertes Governance-System. Die einzelnen Governance-Elemente dürfen nicht isoliert betrachtet werden, sondern müssen – um ihre optimale Wirksamkeit zu entfalten – sinnvoll miteinander verknüpft sein. Denn nur so ist gewährleistet, dass die wesentlichen (bestandsgefährdenden) Risiken angemessen im IKS adressiert und abgedeckt werden.

Interne Revision: Effizienzpotenziale bleiben häufig ungenutzt

Als prozessunabhängige Überwachungsmaßnahme prüft und beurteilt die Interne Revision die Strukturen und Abläufe eines Unternehmens. Wurde sie in der Vergangenheit klassischerweise als eine rein retrospektiv prüfende Institution („Unternehmenspolizei“) wahrgenommen, gilt sie heute als eine moderne, betriebswirtschaftliche Methode zur Unterstützung des Topmanagements bei der Steigerung der

Abbildung 3
House of Governance
Quelle: KPMG



Effektivität und Effizienz der unternehmerischen Prozesse und Aktivitäten.

Jedoch legen die Ergebnisse der Untersuchung den Schluss nahe, dass die Potenziale der Internen Revision in vielen Unternehmen der Gesundheitswirtschaft nicht vollständig ausgeschöpft werden. In immerhin 16 Prozent der befragten Unternehmen ist keine Interne Revision vorhanden, bei lediglich einem Drittel der Studienteilnehmer ist sie organisatorisch vollständig verankert.

Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass die Tätigkeit der Internen Revision häufig nicht strukturiert erfolgt: So existiert in 24 Prozent der befragten Unternehmen kein standardisierter Prozess der jährlichen Revisionsplanung. Er ist jedoch grundsätzlich die zwingende Voraussetzung für eine effektive und effiziente Revisionsaktivität. Die Grundlage für die Festlegung der Prüfgebiete sollte aus den im Rahmen des Risikomanagementprozesses identifizierten wesentlichen Risiken abgeleitet werden.

Zur nachhaltigen Verbesserung der Unternehmensprozesse und -strukturen sollten die Prüfungsfeststellungen nachvollziehbar dokumentiert werden. Das umfasst die Festlegung eines Maßnahmenkatalogs, der eindeutige Verantwortlichkeiten und Zeiträume für die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen enthält. Positiv hervzuheben ist, dass lediglich in vier Prozent der teilnehmenden Unternehmen Prüfungsfeststellungen nicht nachgegangen wird. Gleichwohl zeigen die

Ergebnisse auch, dass die Nachverfolgung von Prüfungsfeststellungen zum größten Teil informell erfolgt: Lediglich in 23 Prozent der befragten Unternehmen wird ein Maßnahmenkatalog erstellt, der sämtliche Prüfungsfeststellungen abdeckt. In knapp 20 Prozent der befragten Unternehmen sind eindeutige Verantwortlichkeiten für die Umsetzung der Prüfungsfeststellungen benannt. Diese Ansätze einer professionellen Revisionstätigkeit sollten künftig weiter ausgebaut werden.

Den Umsetzungsgrad der Governance-Instrumente stärken

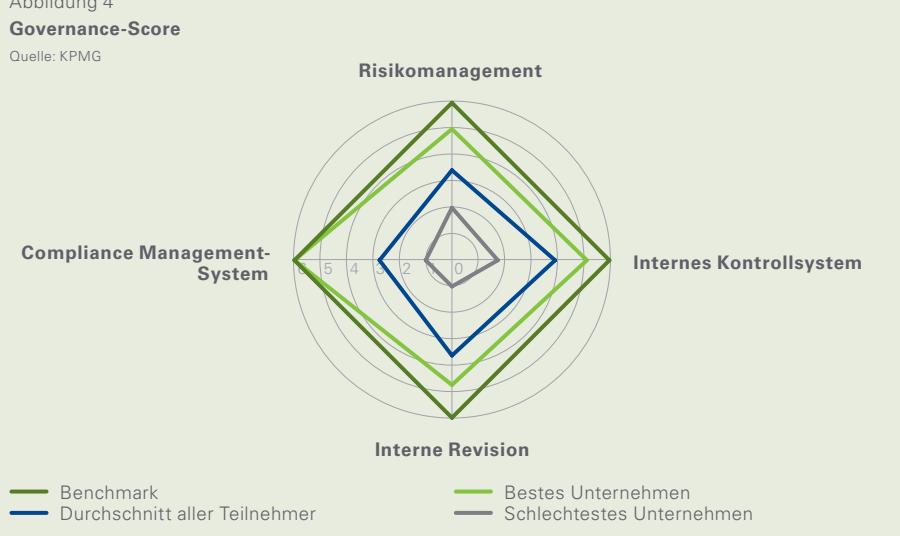
Diese noch zum Teil lückenhafte Umsetzung der einzelnen Governance-Instrumente wurde einer kritischen Analyse unterzogen. Aus den Antworten der Befragung erfolgte anhand einer standardisierten Methodik eine Bewertung des Umsetzungsgrads der einzelnen Governance-Instrumente, der Governance-Score. Dabei wurde ein Standard definiert, der ein integriertes Governance-System voraussetzt, in dem die einzelnen Elemente professionalisiert und institutionalisiert umgesetzt werden. Es zeigt sich, dass kein Governance-Score der an der Umfrage beteiligten Unternehmen diesen Standard erreicht, wobei es zwischen den einzelnen Unternehmen große Differenzen hinsichtlich des Umsetzungsgrads gibt. Insbesondere das Management von Compliance-Risiken spielt häufig nur eine untergeordnete Rolle (Abbildung 4).

Fazit: Mit einem integrierten Governance-System zum nachhaltigen Erfolg

Auch wenn die Bedeutung guter Unternehmensführung von der Mehrzahl der Unternehmen der Gesundheitswirtschaft bereits erkannt wurde, zeigen die Ergebnisse der Untersuchung, dass die jeweiligen Instrumente häufig noch nicht ausreichend organisatorisch verankert und professionalisiert sind. Mit Blick auf die Umsetzung in der Praxis verbleibt somit eine Umsetzungslücke. Es ist insbesondere hervorzuheben, dass die Instrumente guter Unternehmensführung nicht als Selbstzweck gesehen werden dürfen. Ein effektives und effizientes Governance-System setzt eine logische und transparente Verknüpfung der jeweiligen Teilelemente und eine entsprechende Einbettung in die Organisationsstruktur voraus. Zudem liefern weitergehende Analysen erste Anzeichen, dass sich der Umsetzungsgrad des Governance-Systems positiv auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auswirken und somit einen entscheidenden Wettbewerbsvorteil darstellen kann. Das sollte für viele Unternehmen der Gesundheitswirtschaft Ansporn genug sein, zeitnah die Umsetzungslücke zu schließen. ■

Abbildung 4
Governance-Score

Quelle: KPMG



Die Untersuchung ist unter www.kpmg.de/gesundheit erhältlich. Der Artikel ist an einen Beitrag in der KU-Gesundheitsmanagement 11/2014 angelehnt.

IT-Risikomanagement nach DIN EN 80001 zur Integration von Medizinprodukten in Krankenhaus-IT-Netzwerke

Die Vernetzung und Integration von IT-Systemen innerhalb von Kliniken gewinnt immer mehr an Bedeutung. Durch den technologischen Fortschritt sollen Behandlungsprozesse verbessert und die Sicherheit der Patienten erhöht werden. Das hat unmittelbar Einfluss auf die Informationsverarbeitung innerhalb der klinischen Prozesse eines Krankenhauses. Folglich nehmen die zu verarbeitenden Datenmengen entsprechend zu. Hieraus ergeben sich erhöhte Anforderungen an die Flexibilität, Interoperabilität und Verfügbarkeit von Medizinprodukten.

Autoren: Dirk Distelrath und Sahra Amirie, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Düsseldorf

Risiken vernetzter Medizinprodukte als Herausforderung für deutsche Kliniken

Die Vernetzung von IT-Systemen setzt eine Definition der Datenschnittstellen voraus. Bereits vorhandene Standardschnittstellen, wie zum Beispiel HL7, sind aus fachlicher Sicht als besonders komplex einzustufen. Die Integration beziehungsweise Anbindung neuer Medizinprodukte über diese Schnittstellen in das bestehende IT-Netzwerk einer Klinik ist somit eine der wesentlichen Herausforderungen.

Mit der Nutzung von Medizinprodukten und Schnittstellen ergeben sich allerdings Risiken, die sich auch unmittelbar auf die Sicherheit der Patienten auswirken. Insbesondere bei Ausfällen einzelner Systeme ergeben sich Gefahren für die Patientensicherheit in den Klinikprozessen, wie beispielsweise beim Ausfall eines Defibrillationssystems innerhalb der Intensiv- und Notfallmedizin im Krankenhaus.

Die Verpflichtung eines IT-Risikomanagementberichts gemäß DIN EN 80001

Um diesen Risiken zu begegnen, gibt die DIN-Norm DIN EN 80001 bereits konkrete Hilfestellungen zu Implementierung und Betrieb eines Risikomanagements für IT-Netzwerke, die Medizinprodukte beinhalten. Dieser Risikomanagementprozess beinhaltet alle Lebenszyklusphasen eines Medizinprodukts, von der Planung über die Integration und Wartung bis hin zur

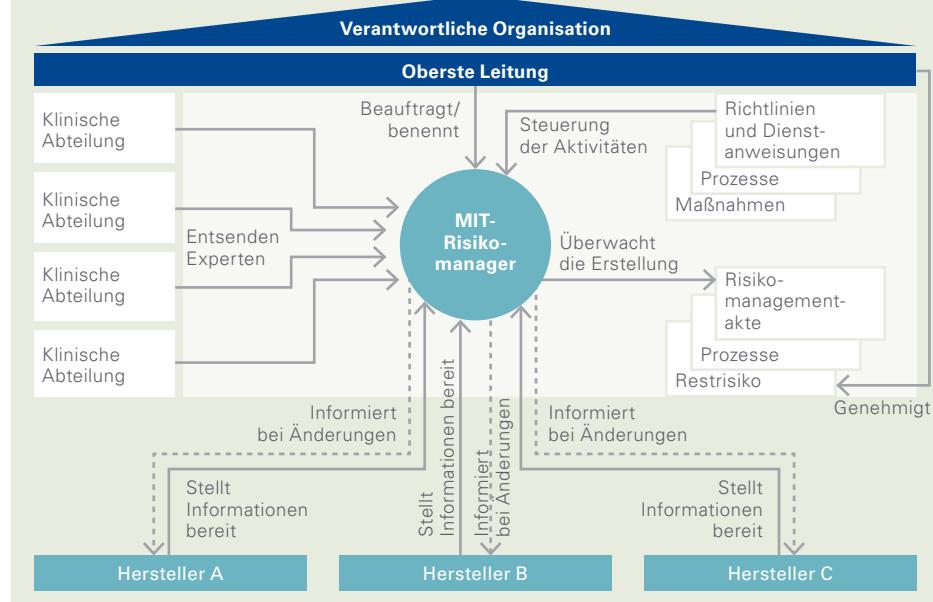
Außenbetriebnahme. Weiterhin werden einheitliche Mindeststandards für ein Risikomanagementsystem von kritischen IT-Infrastrukturen definiert.

Diese DIN-Norm wirkt sich gemeinsam mit weiteren Gesetzen und Begleitnormen, wie zum Beispiel dem Medizinproduktegesetz (MPG) und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), grundsätzlich verpflichtend für die Krankenhaussträger aus. So könnte zum Beispiel im Haftungsfall der Nachweis eines funktionierenden IT-Risikomanagementsystems exkul-

pierende Wirkung erzeugen. Zusätzlich wurden durch den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 23. Januar 2014 Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme in der medizinischen Versorgung GKV-Versicherter festgelegt. Parallel sieht der Entwurf des IT-Sicherheitsgesetzes vor, dass Sicherheitsvorfälle in kritischen Infrastrukturen, zu denen auch eine Klinik gehört, zentral gemeldet werden müssen. Ein IT-Risikomanagementsystem wird somit zum „Muss“.

Gemäß der DIN-Norm stellt der Risikomanagementprozess einen wesentlichen Teil der zu dokumentierenden Risikomanagementakte dar. Er muss demnach detailliert beschrieben werden. Die Verantwortung für diesen Prozess liegt bei den Kliniken als Betreiber der Medizinprodukte. Sie müssen ein Verfahren konzipieren, in dem sämtliche vom medizinischen IT-Netzwerk ausgehende Risiken indi-

Abbildung 5
Organisationsstruktur gemäß DIN EN 80001
Quelle: KPMG



viduell und separat analysiert und bewertet werden sowie gegebenenfalls Maßnahmen ergriffen werden, die die entsprechenden Risiken auf ein akzeptables Maß reduzieren.

Um mögliche Risiken, die sich durch den Medizinprodukteinsatz ergeben, minimieren beziehungsweise ausschließen zu können, sind innerhalb der DIN-Norm sogenannte Schutzziele definiert. Das zukünftige System soll auf Berücksichtigung dieser Ziele hin analysiert werden. Sie umfassen:

- Sicherheit von Patienten, Anwendern und Dritten
- Sicherheit von Daten und datenverarbeitenden Systemen
- Effektivität von diversen Abläufen, zum Beispiel Behandlungsmaßnahmen, Informationsweitergaben

Des Weiteren definiert die DIN-Norm Verantwortlichkeiten, Aufgaben und Zuständigkeiten innerhalb der Klinik. Die DIN EN 80001 richtet sich hierbei vor allem an die Betreiber von Kliniken, aber auch an die Medizinproduktehersteller und -anwender.

Abbildung 6
Einordnung medizinisches IT-Netzwerk

Quelle: KPMG

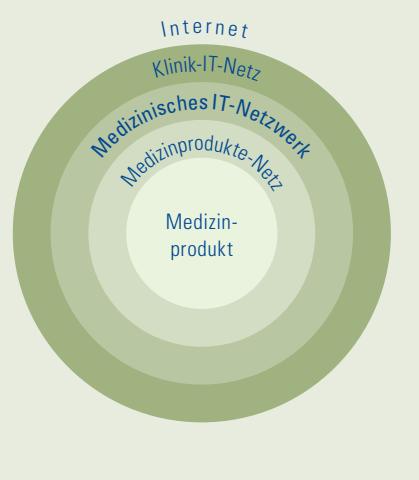


Abbildung 7
Risiken eines verteilten Alarmsystems

Quelle: KPMG



Ein sogenannter medizinischer IT-Risikomanager einer Klinik ist für die Integration der Medizinprodukte in die Prozesse und damit einhergehend für die Risikomanagementakte zuständig. Ein wesentlicher Inhalt der Risikomanagementakte ist die Erfassung und Dokumentation von Geräten, Audits und Sicherheitsvorfällen. Abbildung 5 auf Seite 23 stellt die Organisationsstruktur zur Veranschaulichung grafisch dar.

Anwendungsbereich/ Notwendigkeit

Um den Anwendungsbereich zu beschreiben, beziehungsweise die Notwendigkeit für ein IT-Risikomanagementsystem abzuleiten, ist der Umfang eines medizinischen IT-Netzwerks abzugrenzen. Medizinische IT-Netzwerke beinhalten mindestens ein Medizinprodukt. Medizinprodukte bilden folglich die Zwischenstufe zwischen einem reinen Medizinprodukte-Netzwerks und einem IT-Netzwerk (Abbildung 6).

Ein typisches Beispiel für ein Medizinprodukt, das innerhalb des medizinischen IT-Netzwerks eingesetzt wird, ist ein verteiltes Alarmsystem. Abbildung 7 stellt die Auswirkungen auf die Patientensicherheit beziehungsweise die Gefährdung der Patienten dar und zeigt damit die Risiken, die sich beim Eintreten bestimmter Ursachen im IT-Umfeld ergeben können.

Daneben verdeutlicht die Darstellung die Notwendigkeit eines IT-Risikomanagementsystems. Die Implementierung und Nutzung eines solchen IT-Risikomanagementprozesses reduziert die möglichen Risiken/Gefährdungsursachen, die sich inhärent bei der Integration von Medizinprodukten in ein medizinisches IT-Netzwerk ergeben.

Ausblick

Die zukünftige Gesetzesentwicklung wird zu schärferen Anforderungen an ein IT-Risikomanagementsystem im Krankenhaus führen. In den USA werden, aufgrund von Fehlern in den IT-Behandlungsprozessen, regelmäßig Haftungsansprüche gegen Krankenhäuser geltend gemacht. In Deutschland lässt sich aufgrund der wachsenden Transparenz bereits ein ähnlicher Trend ausmachen.

Auch unter dem Gesichtspunkt IT-Compliance wird somit in Zukunft das Krankenhaus Wettbewerbs- und Zeitvorteile haben, das bereits über ein funktionierendes IT-Risikomanagementsystem verfügt oder sich zumindest mit dem Thema IT-Risikomanagement auseinandergesetzt beziehungsweise erste organisatorische Schritte eingeleitet hat. ■

Betreibermodelle in primären Leistungsbereichen von Krankenhäusern erfolgreich umsetzen

Von der Finanzierung bis zum Betrieb bieten Betreibermodelle für primäre medizinische Leistungsbereiche mehr Chancen als Herausforderungen. Eine gute Voraussetzung für eine strategische Partnerschaft mit Medizinprodukteunternehmen.

Gastautoren: Dr. Philipp Schwegel und Florian Distler, Medtronic GmbH, Meerbusch

Trotz des angedachten Investitionsfonds für die Umwidmung und Stilllegung von bestehenden Krankenhausstrukturen, der jährlich circa 200 Millionen Euro bereitstellen könnte, und den derzeit niedrigen Kreditzinsen mangelt es Krankenhäusern häufig an Finanzkraft für Investitionen in moderne Infrastruktur und Medizintechnik. Am Beispiel der Gefäßchirurgie wird deutlich, dass für eine zeitgemäße Therapie von Aortenaneurysmen kein Weg an komplexen endovaskulären Verfahren vorbeiführt. Der Geschäftsführer eines großen öffentlichen Krankenhauses gab zu bedenken: „Ohne die Investition von ungefähr 2,5 Millionen Euro in den Bau eines Hybrid-OPs werden wir in der Gefäßchirurgie vom Wettbewerb abgehängt.“

Neben alternativen Finanzierungsformen wird oft nach Partnern Ausschau gehalten, die über medizinisch-technisches Know-how verfügen, aber zusätzlich auch das gesamte Projektmanagement abdecken können. Dabei geht es unter anderem um eine prozessbezogene IT-Infrastruktur, an die alle medizinischen Geräte der Funktionsdiagnostik angeschlossen sind, um die Spezialisierung von Ärzten und Pflegekräften sowie um eine reibungslose Logistik der Verbrauchsmaterialien und Implantate. Industriepartner können Krankenhäuser bei der medizinischen Weiterentwicklung nachhaltig unterstützen. Eine innovative Kooperationsform stellen derzeit Betreibermodelle in den primären medizinischen Leistungsbereichen (OP, Endoskopien, Katheterlabore) dar.

Finanzierung bis Betrieb

Die Betreibermodelle in den medizinischen Primärbereichen führen die guten Kooperationserfahrungen aus den sekundären Leistungsbereichen fort, wie zum Beispiel in der Radiologie. Entscheidend für ein „primäres“ Betreibermodell ist die organisatorische Abgrenzbarkeit des Bereiches. Dabei können insbesondere Herzkathettermessplätze organisatorisch gut abgegrenzt und somit extern betrieben werden. Tritt ein Industrieunternehmen als Betreiber zum Beispiel von zwei Herzkathettermessplätzen auf, kann das diverse Leistungen umfassen – von der Finanzierung des Umbaus und der Medizintechnik über die Bereitstellung von IT und Personal bis hin zur Bereitstellung sämtlicher Verbrauchsmaterialien.

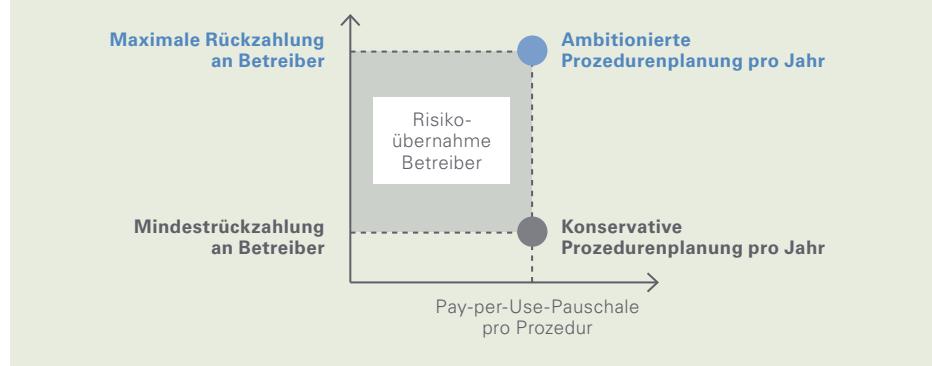
Das Beispiel eines Grund- und Regelversorgers in freigemeinnütziger Trägerschaft verdeutlicht die Betreiberleistungen. Das Industrieunternehmen übernimmt:

- die Finanzierung des Umbaus
- die Finanzierung von Medizintechnik und IT für einen Herzkathettermessplatz und einen Hybrid-OP
- die Verantwortung für Wartung und Instandhaltung
- die Bereitstellung von Personal
- die Bereitstellung aller Materialien im Bereich Kardiologie und Gefäßchirurgie
- das Projektmanagement für Bau- und Layoutplanung sowie Baudurchführung
- das Kosten und Erlöscontrolling
- die Qualifizierung und Weiterbildung der Anwender
- Öffentlichkeitsarbeit und Marketing

Entscheidend dabei ist, dass die Ärzte weiterhin am Krankenhaus angestellt sind, das somit die medizinische Verantwortung für den Eingriff behält. Selbst die vom Betreiber gestellten Pflegekräfte unterstehen der organisatorischen Führung des Krankenhauses. Das finanzielle und organisatorische Teilrisiko trägt der externe Partner, der seine Ziele mit denen des Krankenhauses abstimmt.

Die Abrechnung der Betreiberleistungen erfolgt über ein mehrjähriges Pay-per-Use-Modell, um zwischen Betreiber und Krankenhaus eine Risiko-

Abbildung 8
Beispiel Risikoteilung bei Pay-per-Use-Modell
Quelle: KPMG



koteilung zu gewährleisten. Dadurch werden für beide Seiten positive Anreize geschaffen, um ressourcenschonend und wachstumsorientiert zu arbeiten. Abbildung 8 auf Seite 25 verdeutlicht schematisch die Risikoteilung bei fester Pay-per-Use-Pauschale.

Der richtige Partner

Nicht jedes Industrieunternehmen ist in der Lage, die oben genannten Leistungen zu erbringen. Um als Betreiber in den primären Leistungsbereichen auftreten zu können, sind folgende Kriterien zu beachten:

Kriterium 1 – Alles aus einer Hand

Der Betreiber sollte als Generalunternehmer auftreten können, der alle Subunternehmer entsprechend koordiniert und gegenüber dem Krankenhaus als zentrale Schnittstelle fungiert.

Kriterium 2 – Frei wählbares Anlagenspektrum

Dem Krankenhaus sollte die Entscheidungshoheit obliegen, welche medizinisch-technischen Geräte eingesetzt werden. Häufig haben Geschäftsführung und Ärzte klare Präferenzen. Gern kann der Betreiber bei der Auswahl beratend zur Seite stehen oder etwaige Kooperationen mit Medizintechnikherstellern einbringen.

Kriterium 3 – Breites Produktportfolio

Möchten Krankenhäuser das aktuelle medizinische Leistungsportfolio realisieren, ist es von Vorteil, wenn die Betreiber über ein breites Produktpektrum verfügen. Damit ist nicht nur eine umfassende Versorgung gewährleistet, sondern es sind auch bessere Preiskonditionen möglich. Hierfür kommen große und diversifizierte Medizinproduktehersteller infrage.

Kriterium 4 – Wachstumsrisiken übernehmen

Darüber hinaus ist es für das Krankenhaus entscheidend, einen Betreiber zu finden, der sich auch am Wachstumsrisiko beteiligt. Aufgrund der hohen Versorgungsdichte ist die Etablierung beispielsweise eines neuen Herzkathetermessplatzes oder Hybrid-Operationssaals stets mit Auslastungs- oder Wachstumsrisiken verbunden. Daher sollte der Betreiber in die Pflicht genommen werden, das Leistungs-

portfolio des Krankenhauses weiterzuentwickeln und es bei der Öffentlichkeitsarbeit zu unterstützen. Werden die prognostizierten Auslastungs- oder Fallzahlziele nicht erreicht, muss der Betreiber auch einen Teil des Kostenrisikos tragen.

Kriterium 5 – Referenzen vorzeigen

Das Krankenhaus sollte sich vom Betreiber entsprechende Referenzen vorlegen lassen, die seine Kompetenzen belegen. Gerade vor dem Hintergrund der hohen Komplexität und einer sechs- bis achtjährigen Laufzeit ist es entscheidend, Betreiber auszuwählen, die entweder in Deutschland oder in anderen europäischen Ländern schon Erfahrungen gesammelt und Betreiberslösungen umgesetzt haben.

Chancen und Herausforderungen

Betreibermodelle bieten Krankenhäusern folgende Chancen:

- Kostenvorteil gegenüber Bereitstellung derselben Leistungen durch das Krankenhaus von ungefähr 20 Prozent
- Risikoteilung bei Wachstumszielen
- Modernste Technik für den Vertragszeitraum durch Technologiepartnerschaft
- Schnellerer Zugang zu qualifiziertem Pflegepersonal
- Know-how-Transfer bei der Etablierung neuer Therapien und „Best Practice“-Ansätze des Betreibers
- Projektmanagement und Serviceleistungen in der Planungsphase und während der Vertragslaufzeit

Neben den genannten Chancen müssen Krankenhäuser aber auch gewisse Herausforderungen beachten:

- Bindung an einen Betreiber für die Vertragslaufzeit
- Zusage fester Produktanteile, wenn der Betreiber ein Medizinproduktehersteller ist

Betreibermodelle stellen eine alternative Finanzierungsform im Krankenhaussektor dar, mit der Besonderheit, dass sie sich immer mehr in den primären medizinischen Leistungsbereichen (OP, Endoskopie, Herzkatheterlabor) durchsetzen. Neben der Finanzierung kann dadurch auch eine Reduktion des zunehmenden Komplexitätsgrads des medizinisch-technischen Fortschritts erreicht werden, da der Betreiber über



Dr. Philipp Schwiegel

Dr. Philipp Schwiegel arbeitet als Project Manager im Bereich Hospital Solutions für die Firma Medtronic. Davor war er mehrere Jahre als Health Care Manager für den internationalen Orthopädiekonzern Biomet tätig sowie für die auf das Gesundheitswesen spezialisierte Unternehmensberatung Oberender & Partner. Er studierte Betriebswirtschaft in Ansbach, Joplin (USA) und Aalborg (Dänemark). Seine besonderen Interessen liegen im Bereich kirchlicher Krankenhäuser. Ehrenamtlich engagiert er sich für das Institut für Sozialstrategie und als Vorstand der Deutschen Stiftung für Christliche Krankenhäuser (DESCK).



Florian Distler

Florian Distler arbeitet als Project Manager im Bereich Hospital Solutions für die Firma Medtronic. Von 2007 bis 2013 war er als Projektmanager im Bereich Pharma und Gesundheitswesen bei der Porsche Consulting für nationale und internationale Projekte verantwortlich. Davor hat er bei Ostermann & Partner, ein auf den Rehabilitationsbereich fokussiertes Beratungsunternehmen, als Assistent der Geschäftsführung gearbeitet. Nach einem Vordiplom der Wirtschaftswissenschaften studierte er Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln.

Spezialwissen verfügt. Des Weiteren wird in der Verhandlungsphase für die Etablierung eines Betreibermodells eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durchgeführt, die die Entscheidungsfindung des jeweiligen Krankenhauses unterstützt. ■

Telemedizin ist Vergangenheit – Digital Health die Zukunft

Dr. Markus Müschenich, Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Berlin, Gründer des Think Tanks ConceptHealth, im Gespräch mit Philipp Glock, KPMG Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Berlin

Wie würden Sie den Markt für telemedizinische Anwendungen in Deutschland einschätzen? Sind die Patienten offen für innovative und fortschrittliche Technologien?

Über Telemedizin zu sprechen, ist etwa so, als ob wir uns über den Markt für Videorekorder unterhalten würden. Telemedizin ist Vergangenheit. Heute sprechen wir über E-Health oder noch besser über Digital Health oder Internetmedizin. Im deutschsprachigen Raum nutzen circa 40 Millionen Menschen das Internet, um sich über Themen rund um die Gesundheit zu informieren. Diese Menschen warten jeden Tag auf konkrete Anwendungen, die ihnen das Leben erleichtern können, wenn es um den Erhalt oder die Verbesserung ihrer Gesundheit geht.

Welche Strukturen braucht das deutsche Gesundheitssystem, um die Dynamik und den Investitionsdrang von E-Health-Lösungen überhaupt aufnehmen und fördern zu können?

Dass die technischen Strukturen aus der Sicht der Patienten bereits vorhanden sind, zeigt die weit verbreitete Nutzung von mobilen Endgeräten, auf denen vielfältige und zum Teil als Medizinprodukt zertifizierte Anwendungen täglich genutzt werden. Man könnte so weit gehen zu sagen, dass die Telematikinfrastruktur bereits über die Telekom und andere Provider, inklusive Apple und Google, bereitgestellt wird. Was fehlt, ist eine verbindliche Vergütungssystematik und eine Qualitätssicherung der Angebote, vergleichbar mit den gesetzlichen Vorgaben im stationären und ambulanten Kontext.

Wie bewerten Sie die Planungen der Bundesregierung zum E-Health-Gesetz? Inwieweit ergeben sich daraus Möglichkeiten und Synergieeffekte für Unternehmen der E-Health-Branche?

Das E-Health-Gesetz wird zeigen, ob es dem Bundesgesundheitsministerium um Medizin und Patienten geht oder – wie bei der gematik und der Planung der Telematikinfrastruktur – in erster Linie um die Optimierung administrativer Prozesse. Das E-Health-Gesetz sollte zum einen den rechtlichen Rahmen rund um Zulassung, Vergütung und Qualitätssicherung schaffen, zum anderen aber auch für solche Leistungserbringer klare Sanktionen formulieren, die sich weigern, digitale Gesundheitsleistungen anzuwenden. Das E-Health-Gesetz kann die Entwicklung und Verbreitung von digitalen Gesundheitsanwendungen beschleunigen. Da sich die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen aber zu viel Zeit gelassen hat, um aktiv zu werden, hat sich bereits ein digitaler Gesundheitsmarkt jenseits des Sozialgesetzbuchs entwickelt, der unser traditionelles Gesundheitswesen ignoriert und im Moment dabei ist, es in Sachen Innovationskraft zu überholen. Wenn das Sozialgesetzbuch nicht adäquat mit dem Thema umgeht, werden es Google, Apple und die Start-ups tun. Ein Markt von alleine in Deutschland vielen Milliarden Euro wird nicht brach liegenbleiben.

Welche Herausforderungen müssen Start-up-Unternehmen der E-Health-Branche bewältigen, damit eine erfolgreiche Kooperation zwischen Kostenträgern und Ärzten zustande kommt?

Wir haben mit unserem Portfoliounternehmen Caterna Vision den weltweit ersten Vertrag mit einer Krankenkasse zur Vergütung einer vollständig digitalen und nur über das Internet verfügbaren Therapie abschließen können. Das zeigt, dass innovative Krankenkassen, wie in diesem Fall die Barmer GEK, im Moment die Treiber der Innovationen sind. Start-up-Unternehmen sind dann erfolgreich, wenn sie Zugang zur Krankenkassenwelt bekommen. Auf Verbandsebene ist hier der Bundesverband Internetmedizin sehr aktiv, den wir 2012 gegründet haben und der nicht nur Start-ups zu seinen Mitgliedern zählt. Mittlerweile ist mit der Axa Krankenversicherung AG die erste Private Krankenversicherung beigetreten und auch der Spitzenverband der Fachärzte mit circa 70.000 Ärzten ist Mitglied geworden. Man sieht daran, dass die Akzeptanz der Internetmedizin, die gewissermaßen die innovative Evolutionsstufe der guten alten Telemedizin ist, steigt.

Inwieweit verändern die digitale Welt und die zunehmende Verbreitung von E-Health-Anwendungen das Verhältnis zwischen Arzt und Patient? Kann der Kontakt zum Arzt damit ersetzt werden?

Eine amerikanische Studie hat gezeigt, dass 27 Prozent der Patienten, die Online-Diagnosehilfen in Anspruch genommen haben, auf einen Arztbesuch verzichteten. Der Arztkontakt ist scheinbar nicht das Maß der Dinge. Noch entscheidender für mich ist allerdings, dass der Arzt, wenn er – dank digitaler Gesundheitshelfer – weniger Patienten behandelt, mehr Zeit für solche Patienten haben wird, die wirklich einen persönlichen Arztkontakt benötigen, weil sie tatsächlich schwer erkrankt sind. Insgesamt werden Digital-Health-Applikationen in der Zukunft dem Arztbesuch vorgesetzt werden. Gleichzeitig werden Ärzte zertifizierte Apps verordnen, so



Dr. Markus Müschenich

Als Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin sowie als Gesundheitswissenschaftler/Master of Public Health war Dr. Markus Müschenich mehr als zehn Jahre im Vorstand von freigemeinnützigen und privaten Krankenhauskonzernen. Als Gründer des Think Tanks ConceptHealth gilt er als Spezialist für die Medizin der Zukunft. 2012 gründete er den Bundesverband Internetmedizin und ist dort Vorstandsmitglied. Seit 2013 ist er Mitglied des Advisory Boards des Charité Entrepreneurship Summits. Dr. Markus Müschenich ist Venture Partner bei Peppermit Venture Partner und Co-Founder und Managing Partner von FLYING HEALTH – die Startup-Manufaktur. FLYING HEALTH unterstützt Start-ups mit dem Fokus Internetmedizin bei Strategieentwicklung, Company Building und Market Access.

wie sie heute Heil- und Hilfsmittel oder Medikamente verordnen. Die Patienten werden die Angebote deshalb zu schätzen wissen, weil sie über Apps endlich eine medizinische Begleitung in ihrem Alltag haben. Gerade für chronisch Kranke werden die digitalen Helfer zur perfekten Ergänzung des Arztbesuchs.

Immer mehr Krankenkassen sammeln Daten ihrer Versicherten per App. Wie groß ist die Gefahr, dass durch telemedizinische Anwendungen die Krankenkassenmitglieder zu „gläsernen“ Patienten werden?

Das ist eine Gefahr, die sicher beachtet werden muss. Auf der anderen Seite sterben heute Patienten, weil Informationen über ihre Diagnosen und Behandlungen zwar grundsätzlich vorhanden sind, aber leider nicht dort, wo sie dringend benötigt werden. Jedes Jahr sterben mehr als 20.000 Patienten, weil ihre Arzneimitteltherapie nicht abgestimmt ist. Patienten bekommen von unterschiedlichen Ärzten Medikamente verordnet, die in der Kombination lebensgefährlich sind. Nur wissen die Ärzte nichts voneinander. Ein Problem, das durch eine Vernetzung von Gesundheitsinformationen leicht zu lösen wäre und das mindestens so viel Aufmerksamkeit bekommen sollte wie der gläserne Patient.

Ihr Unternehmen hat sich ursprünglich aus der TU Dresden ausgegründet. Welche Rolle spielen Universitäten und universitäre Institute bei der Gründung von Start-up-Unternehmen? Ist diese Förderung ausreichend?

Die Rolle der Universitäten war schon immer, Innovationen zu produzieren und für die Verbesserung der Medizin Verantwortung zu übernehmen. Das wird sich auch in der digitalen Welt nicht ändern. Die Frage wird sein, ob die Universitäten schnell genug sind.

Wenn wir uns die Entwicklungs geschwindigkeit anschauen, mit der bei Apple und Google an Digital Health-Anwendungen gearbeitet wird, sind Zweifel angebracht. Eine Optimierung der Förderung bedeutet deshalb nicht nur mehr Geld, sondern auch mehr Professionalität. Ein gutes Beispiel ist die Charité mit einer eigenen Stiftung und dem international bekannten Entrepreneurship Summit. Außerdem gibt es den Charité Biomedical Fund, der speziell auch in Digital Health investiert.

Inwieweit spielen externe Finanzierungsmöglichkeiten bei der Weiterentwicklung von E-Health-Unternehmen eine Rolle? Lassen sich für junge Technologieunternehmen der Gesundheitsbranche finanzielle Partner für eine Investitionstätigkeit gewinnen?

Health Start-ups können nicht ohne Investoren erfolgreich sein. Dabei spielt die Investitionssumme eine ebenso große Rolle wie die Begleitung der jungen Unternehmen mit dem Know-how der Investoren. In den USA wurden im Jahr 2014 mehr als 4 Milliarden Dollar Risikokapital investiert. In Deutschland sind solche Größenordnungen nicht vorstellbar. Trotzdem steigt die Zahl potenzieller Investoren, die erkannt haben, dass es sich gerade jetzt lohnen kann, in Unternehmen zu investieren, die im großen Markt der Gesundheit erfolgreich sein können und so einen vernünftigen Return on Investment möglich machen.

Wie lässt sich frühzeitig die Machbarkeit einer innovativen technischen Gesundheitsanwendung testen? Sollte man sich zu Beginn regional beschränken oder von Anfang an globale Märkte nutzen, um ein Produkt in der Gesundheitsbranche zu etablieren?

Eine regionale Beschränkung für Digital Health-Unternehmen wäre etwa so,

als ob man sagen würde, dass man mit seinem iPhone nur in Berlin und nach Brandenburg, aber nicht nach Bayern telefonieren wolle. Digital Health-Start-ups sind von der ersten Sekunde an auf dem nationalen Gesundheitsmarkt angekommen. Und wenn das Produkt praktisch über einen einzigen Server funktioniert, ist der Schritt zum global tätigen Unternehmen naheliegend. Sein Produkt zu testen, ist sicher sinnvoll, doch sind die Entwicklungszyklen so schnell, dass eine groß angelegte Studie nicht der digitalen Realität entspricht. ■

Neue Chancen durch technikbasierte Assistenzsysteme für die ambulante und stationäre Altenpflege

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels werden technikbasierte Assistenzsysteme in der Altenpflege zukünftig verstärkt an Bedeutung gewinnen. Die Einsatzmöglichkeiten sind hierbei vielfältig und werden zu einer tiefgreifenden Veränderung innerhalb des Gesundheitswesens führen.

Autoren: Kevin Pfaffner und Dr. Tobias Nemmer, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, München und Regensburg

Geburtenrückgänge und steigende Lebenserwartungen in Industrienationen führen zu einer Alterung der Gesellschaft. Während zum einen der Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen zunimmt, sinkt zum anderen der Anteil der Gesellschaft, der medizinische und pflegerische Betreuung sicherstellen kann.

Bereits heute ist jeder fünfte Einwohner Deutschlands 65 Jahre und älter, jeder elfte sogar mindestens 75 Jahre alt.¹ Allein im Jahr 2012 nahmen rund 2,54 Millionen Menschen Pflegeleistungen im Sinne des SGB XI in Anspruch.² Dabei wird diese Zahl zunehmend steigen: Selbst in seiner günstigsten Berechnung, unter Beachtung eines geringen Pflegerisikos durch gesündere Lebensweisen und des medizinisch-technischen Fortschritts, kommt das Statistische Bundesamt auf 3,0 Millionen zu pflegende Menschen für das Jahr 2030.³

Die mengenmäßigen und strukturellen Veränderungen wirken sich auch auf die Anzahl der Beschäftigten aus, was zu einem erheblichen Fachkräftemangel in der Pflege führen wird. Bereits im Jahr 2025 werden verglichen mit 2010 bis zu 370.000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt.⁴

Ein weiteres Problem stellt folgerichtig die Finanzierung der Pflege dar. Allein die Ausgaben im Bereich der sozialen Pflegeversicherung beliefen sich im Jahr 2013 auf rund 24,33 Milliarden Euro.⁵ Die paritätische Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber im Umlageverfahren wird zukünftig nicht mehr funktionsfähig sein: Denn mit einem Rückgang der erwerbsfä-

igen Bevölkerung verringert sich die Einnahmeseite, während durch die steigende Anzahl von Pflegebedürftigen die Ausgabenseite stärker belastet wird.

Diese Entwicklungen stellen das deutsche Gesundheitswesen und seine politischen Entscheidungsträger somit vor große Herausforderungen.

Herausforderungen als Chance nutzen

Die genannten Herausforderungen können gleichzeitig aber auch von einzelnen Akteuren des Gesundheitsmarktes als Chance genutzt werden. Hierbei sind es besonders Alten- und Pflegeeinrichtungen, die durch die Einführung neuer Pflegeprodukte und -dienstleistungen ihr Produktpotfolio erweitern und sich gegenüber Wettbewerbern besser positionieren können. Eine innovative Möglichkeit stellt die Einführung von technologiebasierten Assistenzsystemen dar.

Die Einführung solcher Systeme ist unter persönlichen Aspekten und unter Kostengesichtspunkten insbesondere dadurch erfolgversprechend, dass bei richtigem Einsatz der Umzug von Hilfsbedürftigen in eine stationäre Pflegeeinrichtung hinausgezögert oder gar verhindert werden kann, ohne dass hierbei die medizinische Qualität leidet. Zudem entsprechen Assistenzsysteme auch dem Grundsatz der sozialen Pflegeversicherung, Leistungen soweit wie möglich ambulant zu erbringen (§ 3 SGB XI).

Arten von technischen Assistenzsystemen

Abgeleitet aus dem internationalen Kontext hat sich in den letzten Jahren auch im deutschen Sprachraum der Begriff Ambient Assisted Living (AAL) etabliert. Ganz allgemein werden darunter Konzepte verstanden, die Technik und Dienstleistungen mit dem Ziel zusammenbringen, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung einer alternden Gesellschaft dauerhaft zu gewährleisten. Dabei soll vorrangig die Autonomie im eigenen Zuhause gestärkt werden.

Während der Begriff AAL in Forschungskreisen vorwiegend in der Anfangszeit verwendet wurde, spre-

Abbildung 9
Entwicklungsstadien von Alltagsunterstützenden Assistenz-Lösungen (AAL)

Quelle: KPMG, in Anlehnung an Fachinger et al. (2012): Ökonomische Potenziale altersgerechter Assistenzsysteme. Ergebnisse der „Studie zu Ökonomischen Potenzialen und neuartigen Geschäftsmodellen im Bereich Altersgerechte Assistenzsysteme“, S. 5

AAL-Generation	Zuteilungskriterium	Beispiele
1. Generation	Nicht vernetzte Geräte mit eindimensionaler Funktionalität	- Rollatoren, Seh- und Hörhilfen - Seniorenhandys - Blutzuckermessgeräte
2. Generation	Vernetzte Geräte ohne Interaktivität, Datenübertragung an Dritte	- Hausnotrufsysteme - Vitaldatenübertragung - Telemonitoring
3. Generation	Vernetzte Geräte mit automatischer Interaktion	- Automatische Regulation des Lichts, der Herdplatte etc. - Automatisches Sturzmonitoring

chen Wissenschaft und Praxis heute häufiger von alltagsunterstützenden Assistenzlösungen oder technischen Assistenzsystemen.

Die Möglichkeiten des Technologieeinsatzes im Gesundheitswesen scheinen unendlich. Grundsätzlich lassen sich technische Assistenzsysteme zum einen entlang ihrer Entwicklungsstadien in drei verschiedene Generationen einteilen (Abbildung 9): Die erste Generation umfasst Hilfsmittel, deren volle Funktionalität sich in der Regel ohne die Anbindung an andere Geräte oder Infrastrukturen ergibt. Hierzu gehören unter anderem Rollatoren, Seh- und Hörgeräte oder einfache (nicht vernetzte) Blutzuckermessgeräte. Die Abgrenzung zur zweiten Generation ergibt sich dadurch, dass verschiedene Geräte miteinander vernetzt sind und Informationen (einseitig) weiterleiten. Ein Beispiel hierfür ist der klassische Hausnotruf. Die dritte Generation geht dabei noch einen Schritt weiter, indem die Vernetzung verschiedener Komponenten durch die Integration von ambienter Sensorik und künstlicher Intelligenz automatische Interaktionen bewirkt. Das Spektrum der Anwendungsfälle reicht von Leistungen aus dem Bereich Smart Home, wie automatische Herd- und Lichtsteuerung, bis hin zum Einbezug komplexer Dienstleistungen der haushaltsnahen, pflegerischen und medizinischen Anbieter.

Zum anderen wird auch eine anwendungsorientierten Einteilung in folgende vier Bereiche für assistierende Technologien genutzt: Gesundheit und Pflege, Sicherheit und Privatsphäre, Haushalt und Versorgung sowie Kommunikation und soziales Umfeld (Abbildung 10). ■

Technische Assistenzsysteme im Einsatz bei sozialen Dienstleistern

Tobias Nowoczyn, Bereichsleiter Jugend und Wohlfahrtspflege im Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes, Berlin, im Gespräch mit Kevin Pfaffner und Dr. Tobias Nemmer, KPMG AG Wirtschaftsprüfungs-gesellschaft, München und Regensburg

Das Deutsche Rote Kreuz, aber auch andere soziale Dienstleister engagieren sich stark bei der Entwicklung von technischen Assistenzsystemen. Was ist die Motivation von Wohlfahrtsverbänden, technologie-basierte Pflegekonzepte anzubie-ten?

Das Deutsche Rote Kreuz (DRK) sieht in den technischen Assistenzsystemen eine großartige Chance, die bestehenden Angebote, wie beispielsweise den klassischen Hausnotruf, weiter zu optimieren sowie neue Versorgungs- und Sicherheitskonzepte für pflege- und hilfsbedürftige Menschen zu entwickeln.

Gleichzeitig bieten die neuen technischen Assistenzsysteme die Möglichkeit, die Arbeitsbedingungen in den

Pflegeberufen zu verbessern, indem sie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Beispiel bei der Dokumentation, der Routenplanung oder durch ein detailliertes Informationsmanagement unterstützen.

Insgesamt können die technischen Assistenzsysteme zu einem verbesserten Pflegealltag beitragen sowie pflege- und hilfsbedürftigen Personen zu mehr Sicherheit und Selbstbestimmung verhelfen.

Eine der am längsten und erfolg-reichsten am Markt existierenden AAL-Anwendungen ist der klassi-sche Hausnotruf. Welchen Stellen-wert nimmt diese Dienstleistung in der Pflege beim DRK ein?

Abbildung 10

Anwendungsfelder von technischen Assistenzsystemen

Quelle: KPMG, in Anlehnung an Fachinger et al. (2012): Ökonomische Potenziale altersgerechter Assistenzsysteme. Ergebnisse der „Studie zu Ökonomischen Potenzialen und neuartigen Geschäftsmodellen im Bereich Altersgerechte Assistenzsysteme“, S. 6

Gesundheit und Pflege

Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege

- Informationssysteme
- Telemonitoring
- Telemedizin und Homecare
- E-Health
- Informationsnetzwerke und elektronische Patientenakten
- Hausnotruf und Aktivitätserkennung

Sicherheit und Privatsphäre

Alarm-, Schließ- und Überwachungs-systeme

- Vernetzte Rauch- und Gasmelder
- Vernetzter Einbruchalarm
- An- und Abwesenheitssimulation
- Rolladen-, Licht-, Heizungs- und Wassersteuerung
- Zentrale Verriegelung für die Wohnung
- Videogestützte Gegensprechanlage
- Haus-Fernkontrolle

Haushalt und Versorgung

Hausautomatisierung, Reinigung, Lieferservice

- Automatische Fernablesung und Abrechnung
- Robotik (Staubsauger etc.)
- Programmierbare Schalter
- Vernetzte Unterhaltungselektronik
- Ferndiagnostik der Haustechnik
- Smart Metering, Steuerung des Energieverbrauchs

Kommunikation und soziales Umfeld

Kommunikationsnetzwerke, Freizeit-gestaltung, Mobilität

- Ermöglichung von „Triple-Play“ in den Wohnungen durch Anschlüsse für TV, Radio, Telefon und Internet
- Internet-Serviceplattformen zur Nutzung als „Schwarzes Brett“ für das Quartier
- Servicevermittlung über Servicezentralen oder Concierge

1 Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011): Gebiet und Bevölkerung – Bevölkerung nach Altersgruppen, abrufbar unter: http://www.statistikportal.de/statistik-portal/de_jb01_z2.asp, letzter Aufruf: 24.02.2015

2 Bundeszentrale für politische Bildung (2013): Die soziale Situation in Deutschland. Pflegebedürftige, abrufbar unter: <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61819/pflege>, letzter Aufruf: 24.02.2015

3 Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011): Demografi-scher Wandel in Deutschland. Heft 2, Auswirkungen auf Kranken-hausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Ausgabe 2010, S. 29f.

4 Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2012): Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft. Kurzfassung, abrufbar unter: http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publicationen/rwi-projektberichte/PB_Fachkraefte-Pflegewirtschaft_K.pdf, S. 11, letzter Aufruf: 02.02.2015

5 Bundesministerium für Gesundheit (2014): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, abrufbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_Fakten_05-2014.pdf, letzter Aufruf: 02.02.2015

Das DRK ist mit über 200.000 Hausnotrufkunden und circa 3.000 Mobilrufkunden Marktführer in Deutschland. Der Hausnotruf besitzt damit auch aus wirtschaftlicher Perspektive einen sehr hohen Stellenwert. Gleichzeitig ist mit dem Hausnotruf bereits heute ein wichtiger Baustein für die Entwicklung weiterer Leistungen gelegt. Ein grundlegendes Element in den neuen Sicherheitskonzepten mit AAL-Anwendungen ist eine flächendeckende und zuverlässige IT-Infrastruktur. Diese Infrastruktur hat sich durch das deutschlandweite Hausnotrufangebot des DRK bereits im gesamten Verband etabliert und ist für zukünftige Angebote und Dienstleistungen nutzbar.

Neben dem Hausnotruf bieten Sie bereits heute weitere Anwendungen aus dem Bereich AAL an. Welche konkreten Dienste sind das? Und wem nutzen sie?

Bereits heute bietet das DRK vor allem Erweiterungen des klassischen Hausnotrufs an, unter anderem Rauchmelder und Wassermelder. Immer attraktiver wird zudem der Mobilruf, ein Angebot des DRK, auch unterwegs immer schnell Hilfe rufen zu können. Teilweise übermitteln die Geräte zusätzlich die genauen GPS-Koordinaten an die Zentrale, sodass die Helfer immer die exakte Position der in Not geratenen Personen bestimmen können. Seit diesem Jahr bietet das DRK die Funktion des Mobilrufs auch als App für Smartphones an. Zudem beteiligt sich das DRK an verschiedenen Forschungsprojekten zur Entwicklung weiterer Produkte und Dienstleistungen, die derzeit allerdings noch nicht zum regulären Angebot zählen.

Der aus den Anwendungen resultierende Nutzen liegt hauptsächlich bei den hilfe- und pflegebedürftigen Personen, denen ein hoher Sicherheitsstandard in den eigenen vier Wänden geboten wird. Allerdings profitieren auch die Angehörigen und die Pflegedienste von den neuen Systemen.

Das Gesundheitswesen der Zukunft wird häufig so beschrieben, dass Patienten oder Pflegebedürftige fortlaufend mittels Sensorik (zum Beispiel Armbanduhren, Sensoren in der Wohnung) überwacht werden und ein Arzt oder sozialer Dienstleister über alle wichtigen Vorkomm-

nisse automatisch informiert wird. Welche Auswirkungen hätte ein solches Monitoring für das DRK? Welche praxistauglichen Szenarien lassen sich dadurch ableiten?

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass es nicht das Ziel von technischen Assistenzsystemen sein kann, pauschal alle Patientinnen und Patienten sowie hilfe- und pflegebedürftigen Personen durch technische Geräte kontinuierlich zu überwachen. Das Recht auf Selbstbestimmung muss unter allen Umständen gewahrt bleiben und alle Regeln des Datenschutzes müssen Beachtung finden. Es ist immer von Fall zu Fall zu entscheiden, für welche Personen aus medizinischen Gründen ein engmaschiges Monitoring infrage kommt.

Sollte eine kontinuierliche Überwachung erforderlich sein, bedeutet das für das DRK, eng mit verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens sowie den Angehörigen der Person in Verbindung zu stehen. Wie die Szenarien im Detail aussehen könnten, ist noch schwer zu sagen. Denkbar sind allerdings unter anderem Konzepte zur Quartiersvernetzung und -versorgung sowie die Unterstützung von Rehabilitationsmaßnahmen.

Mit dem stetigen Fortschreiten von Technologien lassen sich immer mehr Anwendungsbeispiele finden. Wo kann beziehungsweise wird die Reise für Wohlfahrtsverbände hingehen? Wo liegt der größte Nutzen für die Anwender?

Sich zu diesem Zeitpunkt der Forschung auf konkrete Anwendungsfelder festzulegen, ist aus unserer Sicht zu früh, weshalb sich das DRK am breiten Entwicklungsprozess in verschiedenen Projekten mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Ansätzen beteiligt. Es ist wichtig, dass die Wohlfahrtsverbände dem technologischen Fortschritt aufgeschlossen gegenüberstehen und sich konstruktiv daran beteiligen. Es ist zu erwarten, dass die Entwicklungen sich nicht nur auf ein Leistungsfeld beschränken, sondern gleich mehrere beeinflussen. Damit wachsen verschiedene Bereiche enger zusammen und neue Strukturen entstehen. Dieses Potenzial gilt es zu nutzen.

Der Nutzen für hilfe- und pflegebedürftige Personen ist hier schon deutlicher, wenn auch noch nicht im

gesamten Umfang abschätzbar, da immer neue Erkenntnisse gewonnen werden. Aber es ist absehbar, dass die Betroffenen selbstbestimmter handeln können, da sie zum einen mehr Informationen erhalten und zum anderen mehr Sicherheit erfahren. Zudem ermöglichen die neuen Technologien den Menschen, stärker miteinander zu kommunizieren. Die Geräte fördern also die soziale Interaktion.

Gleichzeitig profitieren aber auch informell und professionell Pflegende von der Entwicklung, da sie durch die neuen Technologien in ihrer Tätigkeit besser unterstützt werden.

Auch wenn mit dem Einsatz von Technik vieles möglich sein wird. Wo sehen Sie die Grenzen beim Einsatz von technischen Assistenzsystemen in der Pflege?

Technische Assistenzsysteme können den Menschen und seine Fähigkeiten in der Pflege nie ersetzen. Die Systeme unterstützen den Pflegeprozess lediglich und schaffen somit Räume für mehr soziale Kontakte zwischen Klienten und Pflegekräften.

Von der Idee zur Umsetzung – bei der Etablierung von technologie-basierten Produkten und Dienstleistungen gibt es einiges zu beachten. Was sind wichtige Faktoren für die erfolgreiche Markteinführung?

Ein tragfähiges und erfolgreiches Modell ist bisher aus unserer Sicht noch nicht auf dem Markt etabliert, weshalb eine Antwort auf diese Frage keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann.

Aus den Erfahrungen der Vergangenheit könnten sich aber folgende Faktoren als plausible Schlüsselemente für ein erfolgreiches Produkt beziehungsweise eine Dienstleistung herausstellen. Ein transparenter Umgang mit Möglichkeiten und Grenzen der Technik ist einer davon. Werden die Nutzer umfassend über ein Produkt beraten, werden Berührungsängste abgebaut und Vertrauen zur Technik geschaffen, steigt die Nachfrage beim Kunden. Zudem dürfen die Nutzer mit der Technik nicht allein gelassen werden. Sollten Fragen oder Probleme auftauchen, ist eine schnelle und unkomplizierte Hilfe enorm wichtig. Gleichzeitig sollte den Menschen auch Raum gegeben werden, sich mit

den Geräten und Produkten vertraut zu machen. So können sie für sich einen persönlichen Nutzen entdecken und das Produkt in ihr Leben einbeziehen. Vertrauen in neue Technik und Dienstleistung schafft auch ein Umgang mit Sorgen und Ängsten der Nutzer, der von Ernsthaftigkeit und Respekt geprägt ist. Und schließlich kann es ein Vorteil sein, wenn bereits beim Nutzer bestehende Systeme in neue Dienstleistungen integrierbar sind.

Im Zusammenhang mit AAL werden auch immer wieder ethische Fragestellungen diskutiert. Kritiker argumentieren, dass der Einsatz von Technik den menschlichen und sozialen Kontakt in der Pflege in den Hintergrund stellt und zu einer totalen Überwachung führt. Wie bringt das DRK diese Sichtweise mit ihrer wohltätigen Ausrichtung in Einklang?

Die drohende Gefahr, dass Personen kontinuierlich ohne ausreichende Begründung überwacht werden, ist dem DRK bewusst. Wie bereits an anderer Stelle ausgeführt, ist es daher von entscheidender Bedeutung, dass immer situationsspezifisch entschieden wird, wie weit die Überwachung pflegebedürftiger Personen gehen darf. Der drohende Verlust von sozialen Kontakten ist ebenfalls ein wichtiges Thema, das im Forschungs- und Entwicklungsprozess berücksichtigt werden muss. Deshalb ist es für das DRK ein großes Anliegen, dass ethische Aspekte anhand entsprechender wissenschaftlicher Instrumente, wie etwa dem MEESTAR-Modell, in die Entwicklung von neuen Geräten und Dienstleistungen einbezogen werden. Das Ziel des DRK ist daher nicht die Überwachung unserer Kundinnen und Kunden. Wir wollen einerseits die effektive Unterstützung im gesamten Pflegeprozess verbessern, um Freiräume für mehr soziale Interaktion zwischen dem Pflegebedürftigen und dem Pflegepersonal zu schaffen. Andererseits will das DRK Menschen durch geeignete Dienstleistungen dabei unterstützen, ein selbstständiges und sicheres Leben zu führen, das ihnen ermöglicht, trotz ihrer Pflegebedürftigkeit aktiv am sozialen Prozess teilzunehmen. Wir sehen die technischen Assistenzsysteme bei verantwortungsvollem Umgang daher eher

als Chance denn als Risiko, um auch im Alter oder trotz Pflegebedürftigkeit einer sozialen Isolation entgegenzuwirken.

Mit zunehmender Komplexität der Anwendungen steigt auch die Anzahl der notwendigen Kompetenzen zur Realisierung des Angebots. Allein ist das nur schwer umzusetzen. Wie wichtig ist für das DRK das Partnering beim Anbieten von AAL-Diensten? Und in welcher Rolle sieht es sich dabei?

Die Zusammenarbeit mit externen Partnern ist für das DRK sehr wichtig, da nur durch Kooperationen genügend fachliches Know-how zusammengeführt werden kann, um neue, wirksame Produkte und Dienstleistungen zu entwickeln und anbieten zu können. Welche Rolle dabei dem DRK zukommt, hängt in hohem Maße von den der jeweiligen Gliederung zur Verfügung stehenden Ressourcen ab.

Gerade in den Jahren der Einführung von neuartigen assistierenden Technologien wird mit hohen Investitions- und Betriebskosten zu rechnen sein. Dabei sind zumindest aus heutiger Sicht die Möglichkeiten der Finanzierung über öffentliche und soziale Systeme sehr beschränkt. Welche Möglichkeiten sehen Sie aktuell und zukünftig für die Finanzierung Ihrer Dienstleistungen?

Anders als bei der Finanzierung von Projekten müssen interessierte Nutzerinnen und Nutzer die Leistungen derzeit selbst finanzieren, sobald sie über die Basisleistungen des Hausnotrufs hinausgehen, die bei einer Pflegestufe von der Pflegeversicherung übernommen werden. Wichtig für die Zukunft ist, dass die soziale Pflegeversicherung (SPV) weitere Produkte und Dienstleistungen aus dem Bereich der technischen Assistenzsysteme in ihren Leistungskatalog aufnimmt. Derzeit fehlt es noch an einer aussagekräftigen Evidenzbasis, um die Aufnahme weiterer Produkte und Dienstleistungen zu rechtfertigen. Das DRK unterstützt diesen Prozess mit seinen Projekten, indem es dort entsprechende Daten sammelt und aufarbeitet. Diese Daten tragen ihren Teil dazu bei, dass die Finanzierung der Dienstleistungen zukünftig auch über die SPV sichergestellt wird. ■



Tobias Nowoczyń

Bereits während seines Studiums der Politik- und Erziehungswissenschaften arbeitete Nowoczyń als pädagogischer Mitarbeiter im Verein „Leben mit Behinderung“ in Hamburg. Nach dem Diplom leitete er verschiedene Projekte und karitative Einrichtungen bei der diakonischen Stiftung „Das Rauhe Haus“ und beim Deutschen Orden. Im Jahr 1999 schloss er ein Betriebswirtschaftsstudium für Führungskräfte an der Akademie in Bad Harzburg ab. Seit 2008 ist er Leiter des Bereiches Jugend und Wohlfahrtspflege im Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes (DRK). Er vertritt das DRK in der Mitgliederversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, ist Mitglied im Präsidium des Deutschen Vereins und Vorsitzender des Arbeitskreises „Hilfen für Gefährdete“. Darüber hinaus ist Nowoczyń Mitglied im Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) und führt den Vorsitz im Ständigen Ausschuss Internationaler Sozialdienst, Deutscher Zweig (ISD), sowie im Kuratorium des Deutschen Hilfswerks.

Das E-Health-Gesetz und die Potenziale für Krankenkassen

E-Health und die damit verbundenen Anwendungen sind in den letzten Jahren aufgrund verschiedener Hemmnisse auf der Prioritätenliste vieler Krankenkassen in den Hintergrund geraten. Der Anfang Januar veröffentlichte Referentenentwurf zum E-Health-Gesetz zeigt, dass das bevorstehende Gesetz hohe Potenziale nicht nur für die Kostenträger im Gesundheitswesen birgt. Wer diese Potenziale frühzeitig nutzt, kann sich entscheidende Vorteile in einem stetig stärker werdenden Wettbewerb im Krankenversicherungsmarkt verschaffen.

Autoren: Torsten Müller und Sven Sandberg, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Stuttgart und Hamburg

E-Health bisher nicht im deutschen Gesundheitswesen angekommen

Trotz einer Vielzahl an Förderprogrammen auf europäischer und nationaler Ebene zur flächendeckenden Einführung von E-Health-Anwendungen sind viele Vorhaben noch nicht in der Regelversorgung angekommen. Beispielsweise gibt es zwar laut der DGTelemed in mehr als 100 Städten und Kommunen Deutschlands Telemedizinprojekte, jedoch sind von den 181 registrierten Projekten 95 nicht in der Regelversorgung angelangt.¹

An ausgereiften, in der Praxis erfolgversprechenden Projekten, von denen alle Beteiligten im Gesundheitswesen profitieren könnten, mangelt es nicht. Es gibt jedoch offene Fragen bei der Abrechenbarkeit vor allem von telemedizinischen Leistungen. Beispiele für abrechenbare Leistungen existieren zwar, wie Schlaganfall-Netze oder Teleradiologie, sie tangieren jedoch fast ausschließlich Kliniken. Damit Telemedizin auch bei den anderen Beteiligten im Gesundheitswesen ankommt, fehlt es an Abrechnungsmöglichkeiten.²

Derweil interessieren sich die Kunden für den angrenzenden Bereich mobile Health und schaffen somit einen Parallelmarkt neben E-Health und damit verbundenen Anwendungen. Das führt dazu, dass dem Kunden durch die freiwillige Nutzung solcher Anwendungen teilweise mehr Daten zur Verfügung stehen als beispiels-

weise dem Arzt oder der jeweiligen Krankenkasse.

Ein zusätzliches Hemmnis für E-Health im deutschen Gesundheitssystem ist das Fehlen einer bundesweit verfügbaren, interoperablen Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur. Zusätzlich ist der E-Health-Markt streng reguliert und unterliegt verschiedensten Bestimmungen, wie beispielsweise dem Datenschutz. Hier ist die Politik in der Pflicht, eine Struktur vorzugeben, um E-Health und die damit verbundenen Anwendungen zu fördern.

Mit E-Health und den damit verbundenen Anwendungen wesentliche Potenziale nutzen

Die digitale Vernetzung ist nicht nur ein Motor für den medizinischen Fortschritt, wie Bundesgesundheitsminister Gröhe kürzlich schrieb, sondern sie kann Leben retten.³ Durch die freiwillige Anwendung „Arzneimitteltherapiesicherheit“ auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) steigt der Nutzen für den Patienten. Wichtige Informationen, wie patientenindividuelle Parameter in Verbindung mit Wechselwirkungen von Arzneimitteln, stehen so Apothekern wie Ärzten zur Verfügung und können helfen, unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen zu vermeiden.⁴

Zudem kann E-Health genutzt werden, um die Herausforderungen im Zusammenhang mit dem demografi-

schen Wandel zu bewältigen. Insbesondere durch Telemedizin steht ein Instrument zur Verfügung, mit dem eine Therapie dorthin gebracht werden kann, wo kein Experte vor Ort ist.

Besonders für Krankenkassen ergeben sich durch die digitale Vernetzung viele Potenziale. So könnte zum Beispiel der bürokratische Aufwand für die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) durch eine elektronische Alternative (eAU) deutlich verringert werden. Laut GKV-Spitzenverband werden jährlich circa 250 Millionen AU erstellt und an etwa 3,3 Millionen Arbeitgeber übermittelt. Eine Digitalisierung des Verfahrens würde folgende Vorteile bieten:

- Sichere und schnellere Zustellung an den Arbeitgeber oder die Krankenkasse
- Befreiung des Versicherten von Zustellpflicht an Arbeitgeber sowie Krankenkasse
- Beseitigung von Medienbrüchen und Reduktion der Erstellungs- und Übermittlungskosten
- Lückenlose Dokumentation bei den Krankenkassen und Sicherung eines korrekten Ausgleichs bei der Zahlung von Krankengeld und im Umlageverfahren nach dem Aufwandsausgleichgesetz⁵

Um das Kostenbewusstsein der Versicherten zu steigern, ist eine elektronische Patientenquittung ein geeignetes Instrument. Mit ihr erhält der Versicherte mehr Transparenz über die anfallenden Kosten im Gesundheitswesen und kann die Krankenkasse bei eventuellen Abrechnungsfehlern durch den Arzt in Kenntnis setzen. Neben den zwei genannten gibt es weitere positive Beispiele, die zeigen, dass E-Health wesentliche Vorteile für Krankenkassen bringen kann.

E-Health-Gesetz eröffnet Chance für flächendeckende Vernetzung im Gesundheitswesen

Der Referentenentwurf für das E-Health-Gesetz verfolgt das wesentliche Ziel, „die Telematikinfrastruktur mit ihren Sicherheitsmerkmalen als die zentrale Infrastruktur für eine sichere Kommunikation im Gesundheitswesen zu etablieren und sie für weitere Anwendungen im Gesundheitswesen und für weitere Leistungserbringer zu öffnen.“⁶ Um das zu erreichen, sollte der Gesetzesentwurf geschärf特 werden, sodass parallele Netze konsequent in diese einheitliche und sichere Infrastruktur integriert werden.

Zudem soll es unterstützen, weitere Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte zügig einzuführen. Ebenso wird durch das bevorstehende Gesetz ein wichtiger Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz aus dem Jahr 2013 aufgenommen und ein Weg zur Umsetzung geebnet. Demnach sollen die Strukturen der gematik und ihre Kompetenzen erweitert werden sowie die Interoperabilität der informationstechnischen Systeme im Gesundheitswesen verbessert werden. Zur Förderung von telemedizinischen Leistungen sieht der Gesetzesentwurf vor, Krankenhäuser und Ärzte zu vergüten, wenn sie einen elektronischen Entlassbrief erstellen und eine weitere Pauschale für die sichere Übermittlung von elektronischen Briefen zu zahlen.⁷

Bundesgesundheitsminister Gröhe hat im Zuge der Veröffentlichung des Gesetzesentwurfs angedeutet, dass diejenigen, die das Gesetz und die damit verbundene digitale Vernetzung blockieren, mit Sanktionen rechnen müssen.

Der Gesetzentwurf ist aufgrund zahlreicher bestehender Unschärfen nicht der große konsequente Wurf, zeigt aber den Willen auf, das Thema Gesundheits-telematik konsequent zu verfolgen.

Krankenkassen sollten den Zeitpunkt nutzen und bestehende E-Health-Szenarien neu priorisieren

Um die Einführung von neuen Technologien zu bewerten, wird häufig der Gartner-Hype-Zyklus verwendet, der darstellt, in welcher Phase der öffentlichen Aufmerksamkeit sich eine neue Technologie bei ihrer Einführung befindet. Wird dieser Zyklus auf E-Health in Deutschland übertragen, ist zu erkennen, dass nach dem E-Health-Hype im Jahre 2004 das Tal der Enttäuschungen schrittweise überwunden wird und zunehmend ein Verständnis für die Vorteile, die praktische Umsetzung, aber auch für die Grenzen und erforderlichen Rahmenbedingungen von E-Health in der Politik und der Gesellschaft vorhanden sind. Alleine das E-Health-Gesetz, das den Weg für eine digitale Vernetzung aller Beteiligten im Gesundheitswesen stärken soll, wird aller Voraussicht nach das Modell von Gartner stützen.⁸

Diese Entwicklung gilt es seitens der Krankenkassen zu erkennen und als Wettbewerbsvorteil zu nutzen, um sich in dem durch hohen Wettbewerb gekennzeichneten Krankenversicherungsmarkt zu behaupten. Allein im Zeitraum zwischen 1992 und 2014 hat sich die Anzahl der Krankenkassen von 1.223 auf 132 verringert.⁹ Die Differenzierung zu anderen Krankenkassen ist daher essenziell.

Durch neue Technologien im Gesundheitswesen können Krankenkassen Instrumente zur Kundenbindung oder zur Qualitätssicherung definieren und sie gezielt für Loyalitätsprogramme verwenden. In einer digitalisierten Welt werden maßgeschneiderte und personalisierte Angebote immer bedeutsamer für die Versicherten und werden ausschlaggebend für die Wahl der Krankenversicherung sein.

Krankenkassen sollten die zu Beginn des E-Health-Hypes erstellten

Szenarien unter Berücksichtigung der neuen Gegebenheiten erneut analysieren sowie priorisieren. Größtenteils sind diese Szenarien gescheitert, weil keine einheitliche Telematikinfrastruktur zur Verfügung stand. Das E-Health-Gesetz wird helfen, diese Blockade zu überwinden und somit eine Struktur vorgeben, die Krankenkassen für ihre Szenarien nutzen können.

Aufgrund der wieder steigenden Berichterstattung zum Thema E-Health ist es nur eine Frage der Zeit, bis alte Szenarien neu bewertet werden und der Nutzen für alle Beteiligten im Gesundheitswesen sichtbar wird. Um hier nicht ins Hintertreffen zu geraten, müssen Krankenkassen sich jetzt wieder verstärkt dem Thema E-Health zuwenden und proaktiv die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens mitgestalten. ■

1 von Alten (2014): Telemedizin – Gesundheitswirtschaft schlägt Alarm, in: Ärzte Zeitung, http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/telemedizin/article/871579/telemedizin-gesundheitswirtschaft-schlaegt-alarm.html, letzter Aufruf 16.02.2015

2 Krüger-Brand, H. E. (2013): Telemedizin – Problem der Infrastruktur, In: Deutsches Arzteblatt 2013; 110(14): [10], <http://www.aerzteblatt.de/archiv/136873/Telemedizin-Problem-der-Infrastruktur>, letzter Aufruf 16.02.2015

3 Gröhe, H. (2015): <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Namensbeitrag/2015/01/2015-01-13-grohee-faz.html>, letzter Aufruf 16.02.2015

4 ABDA (2014): Mehr Arzneimitteltherapiesicherheit durch elektronische Gesundheitskarte: Erster Meilenstein ist genommen, <http://www.presseportal.de/pm/7002/2900094/mehr-arzneimitteltherapiesicherheit-durch-elektronische-gesundheitskarte-erster-meilenstein-ist/api>, letzter Aufruf 16.02.2015

5 GKV-Spitzenverband: http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/telematik_und_daten austausch/eau/eau.jsp, letzter Aufruf 24.02.2015

6 O. V. (2015): Stellungnahme der DGTeledem zum eHealth-Gesetzentwurf, in: E-HEALTH-COM, <http://www.e-health.com.eu/details-news/stellungnahme-der-dgteledem-zum-ehealth-gesetzentwurf/64c1f29398ca097ce52ab9e9a3b51e53/>, letzter Aufruf 17.02.2015

7 Ebenda

8 Vergleiche zum Gartner-Hype-Zyklus Honsel, G. (2006): Aufmerksamkeits-Kurven: Die Hype-Zyklen neuer Technologien, in: SpiegelOnline, <http://www.spiegel.de/netzwelt/tech/aufmerksamkeits-kurven-die-hype-zyklen-neuer-technologien-a-443717.html>, letzter Aufruf 17.02.2015

9 GKV-Spitzenverband: http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/zahlen_und_grafiken/zahlen_und_grafiken.jsp#lightbox, letzter Aufruf 24.02.2015

Die digitale private Krankenversicherung

Die Digitalisierung stellt ganze Geschäftsmodelle infrage und setzt auch die Versicherungsunternehmen unter erheblichen Innovationsdruck. Wer heutzutage eine private Krankenversicherung abschließt, erwartet maßgeschneiderte und personalisierte Angebote – unabhängig von Zeit, Raum, Kanälen und Endgeräten.

Autoren: Peter Heidkamp und Dr. Jörg Günther, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Köln und Frankfurt am Main

Die Automobilindustrie hat erkannt, dass zukünftig nicht mehr Autos, sondern mehr Servicemobilität von den Kunden nachgefragt werden wird.¹ Aber nicht alle deutschen Krankenversicherer scheinen erkannt zu haben, dass auch von ihnen zukünftig mehr erwartet wird, nämlich ein integriertes und individuelles Serviceangebot rund um die Gesundheit. Bislang gilt eine private Krankenvollversicherung in Deutschland als teuer, kompliziert und beratungsintensiv. Entsprechend sinkt die Zahl der privat Versicherten seit Jahren, nur die Zusatzversicherung verzeichnet Zuwächse.² Onlineabschlüsse sind die Ausnahme. Bislang tut sich die Versicherungswirtschaft hierzulande schwer damit, digitale

Interaktion auszubauen und Daten aktiv und wertbringend zu analysieren. Die Sorge ist groß, ängstliche Kunden und etablierte Vertriebe zu verprellen. Resultierend bewerten nur 40 Prozent der privat Krankenversicherten ihr Kundenerlebnis als positiv, wie das Customer Experience Barometer von KPMG zeigt.

Die Ankündigung der Generali-Versicherung, gesundheitsbewusstes Verhalten in der Krankenversicherung zu fördern, führte zu Unruhe bei Daten- und Verbraucherschützern. Über Apps und andere digitale Kommunikationsmittel sollen Kunden künftig ihr Bewegungs- und Ernährungsverhalten dokumentieren und dafür Gutscheine und Rabatte erhalten.³ Vom gläsernen Patienten und einer drohenden Zweiklas-

sengesellschaft in der Krankenversicherung war die Rede, ohne Potenziale und Vorteile für den Kunden überhaupt in Betracht zu ziehen. Trotzdem zogen kurz danach weitere Versicherer wie AXA mit eigenen Ankündigungen nach.⁴

Diesen Versicherern ist klar: Digitale Interaktions- und Analysemethoden eröffnen erstaunliche Möglichkeiten.

Umfängliche und schnelle Erhebung von Kundenerwartungen

Sechs Millionen Internetnutzer in Deutschland informieren sich regelmäßig in sozialen Netzen, Foren und Onlinemagazinen zu Gesundheitsfragen. Die anonyme Analyse dieser Daten ermöglicht ein umfängliches, aktuelles Verständnis von Kundenerwartungen (Abbildung 11).

Passgenaue Angebote

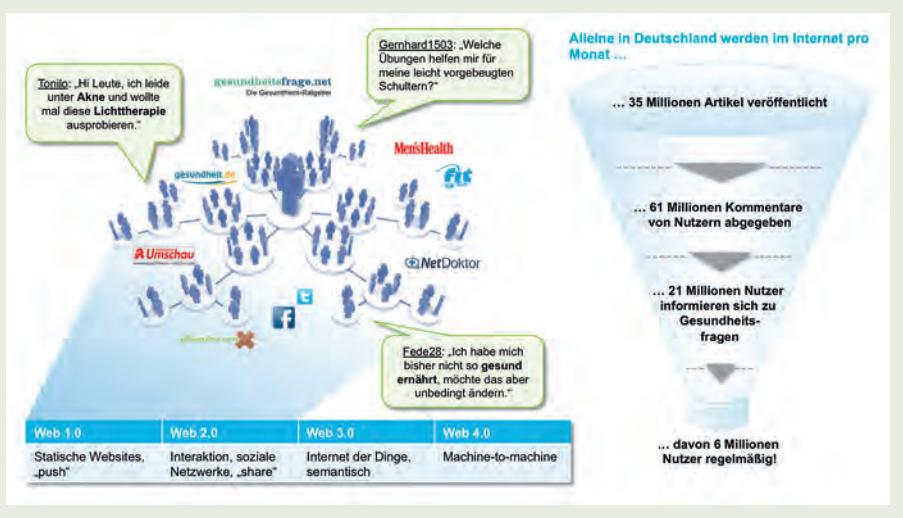
Ein besseres Verständnis der Kundenerwartungen kombiniert mit einer mittels Ähnlichkeitsanalysen deutlich verfeinerten Segmentierung der eigenen Kunden erlaubt es, ein passgenaues und bedarfsgerechtes Serviceangebot rund um Gesundheit zusammenzustellen.

Maßgeschneiderte Kundenbetreuung

Sofern vom Kunden gewünscht, lässt sich eine maßgeschneiderte Kundenbetreuung realisieren, die individuelle Auslöser und Ansprachewünsche nutzt, um gezielt Servicevorschläge zu unterbreiten: Beispielsweise Informationen zu Impfungen und Auslandskrankenversicherung beim Posten eines Reiseplanes auf Facebook oder das Angebot einer Rückenschulung beim per XING veröffentlichen Jobwechsel. Je genauer das Unternehmen die Gewohnheiten und Interessen eines Kunden kennt, desto gezielter kann es für die Kontaktaufnahme einen Vertreter auswählen, der „die gleiche Spra-

Abbildung 11
Internetnutzer zu Gesundheitsfragen

Quelle: IfD Allensbach © Statista 2014



che“ spricht – und so die Aussichten auf einen Vertragsabschluss und eine andauernde Kundenbeziehung verbessern.

Individuelle Gesundheitsservices und Rabatte

Ein besonderes Potenzial bieten Telemedikanwendungen mit zum Beispiel Fitnessarmbändern oder Online-waagen. Sie ermöglichen die genaue Aufzeichnung von allen Bewegungsaktivitäten, Schlafphasen und Ruhedaten. Mit diesen Angaben lassen sich Rückschlüsse auf die Gewohnheiten ziehen und somit ein personalisiertes Training für ein gesundes Leben entwickeln. Krankenversicherungen, die sich diese Daten zunutze machen, können den Fortschritt ihrer Kunden dann durch ein Bonussystem belohnen. So nimmt die Versicherung eine ganz neue Stellung ein: als Coach des Versicherten mit einem echten Service zur Gesundheit.

Pionier für digitale Gesundheitsservices sind die USA, wo der Vertrieb von Fitnessarmbändern boomt. Längst bieten Krankenversicherer wie Cigna oder Humana Apps, Gesundheitsservices und Rabatte an. Vorherrschend sind bislang Systeme, die auf Belohnung setzen, weniger solche,

die ungesundes Verhalten bestrafen, obwohl in den USA erlaubt.⁵

Auch Großkonzerne nutzen die Armbänder als Grundlage für ihr Bonus-system, das unter dem Namen Workplace Wellness bekannt geworden ist. So stellte BP zum Beispiel 14.000 Mitarbeitern die Armbänder unter der Bedingung zur Verfügung, dass sie ihre Schrittzahlen speichern. Mitarbeiter wurden ermutigt, sich mehr zu bewegen. Die Mitarbeiter mit überdurchschnittlicher Schrittzahl bekamen dann einen Rabatt auf ihren Krankenversicherungsbeitrag.⁶

Die Absatzzahlen für Fitnessarmbänder steigen rasant an, die Neuvorstellungen der gerade zu Ende gegangenen Consumer Electronics Show (CES) in Las Vegas und die Ankündigung der iWatch von Apple befeuern den Trend zu Wearables weiter. Google spricht bereits von smarten Kontaktlinsen für Diabetiker zur Blutzuckermessung und injizierten Nanopartikeln, die eine Krebsfrüherkennung ermöglichen sollen.⁷

Bei allen Entscheidungen der Produktgestaltung muss die Devise lauten: Keep it simple! Der Kunde entscheidet sich umso eher für einen Kauf, je leichter es ihm gemacht wird. Bei Produkten, die keinen großen

Beratungsbedarf erfordern (zum Beispiel Zusatzpoliken in der Krankenversicherung) steigt der Anteil der Onlineverkäufe nach aktuellen Umfragen rasant an. Wer keine mehrseitigen Formulare ausfüllen, sondern nur einen Kauf-Button in seiner App drücken muss, entscheidet sich womöglich auch spontan, ein Angebot über einen Gesundheitscheck anzunehmen oder eine Reisekrankenversicherung abzuschließen. Die Versicherer BUPA in Australien oder OSCAR aus New York machen vor, wie einfach der Onlinevertrieb aussehen kann (Abbildung 12). ■

1 von Buttler, H. (2015): Interview mit Christian Rast, Immer mehr Firmen kannibalisieren sich selbst, in: Capital, abrufbar unter: <http://m.capital.de/themen/immer-mehr-firmen-kannibalisieren-sich-selbst-3870.html>, letzter Zugriff: 28.01.2015

2 Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (2014): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2013, abrufbar unter: <http://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2013.pdf>, letzter Zugriff: 28.01.2015

3 Gröger, A.-C. (2014): Generali setzt auf Telemonitoring, in: Herbert Frommes Versicherungsmonitor, abrufbar unter: <http://versicherungswirtschaftsmonitor.de/2014/11/generali-setzt-auf-telemonitoring/>, letzter Zugriff: 28.01.2015

4 Versicherungswirtschaft heute (2014): Axa kooperiert mit Samsung für Health-App, abrufbar unter: <http://versicherungswirtschaft-heute.de/schlagzeilen/axa-kooperiert-mit-samsung-fuer-health-app/>, letzter Zugriff: 28.01.2015

5 Heise Online (2014): US-Versicherung nutzt iPhone-Gesundheitstracking für Bonusprogramm, abrufbar unter: <http://www.heise.de/mac-and-i/meldung/US-Versicherung-nutzt-iPhone-Gesundheitstracking-fuer-Bonusprogramm-2411967.html?from-classic=1>, letzter Zugriff: 28.01.2015

6 Maier, J. (2014): Arbeitgeber lieben die Gesundheits-App, in: Berliner Zeitung digital vom 26.06.2014, abrufbar unter: <http://www.berliner-zeitung.de/digital/us-trend-arbeitgeber-lieben-die-gesundheits-app,10808718,27622336.html>, letzter Zugriff: 28.01.2015

7 SPIEGEL ONLINE (2014), Forschungsprojekt: Google-Armband soll Krebs frühzeitig erkennen, abrufbar unter: <http://www.spiegel.de/netzwelt/web/google-will-mit-nanopartikeln-krankheiten-wie-krebs-erkennen-a-999887.html>, letzter Zugriff: 28.01.2015

8 The British United Provident Association Limited (2015), abrufbar unter: <https://www.bupa.co.uk/quote-process?getQuote=1>, letzter Zugriff: 28.01.2015

Abbildung 12
Online-Angebotsseite von BUPA⁸

Quelle: The British United Provident Association Limited



Vom Hörsaal auf den Spielplatz – wie spielerische Elemente dem Gesundheitssektor neue Möglichkeiten eröffnen

Spielerische Methoden und Instrumente werden bei der Ausbildung im Gesundheitssektor immer bedeutungsvoller und in zunehmendem Maße von Gesundheitsorganisationen eingesetzt. Aufgrund des demografischen Wandels ist zu vermuten, dass innerhalb der nächsten Jahre Maßnahmen zur Gesundheitserhaltung einen immer größeren Anteil unseres privaten wie beruflichen Alltags einnehmen werden. Um das medizinische Personal und die Patienten bestmöglich weiterzubilden, werden IT-Tools genutzt, die spielerisch den Umgang mit gesundheitserhaltenden Maßnahmen lehren. Sogenannte ernsthafte Spiele könnten sich – entsprechend angepasst – als ideales Tool für Gesundheitsorganisationen erweisen. Mit der neuen Technologie lassen sich nicht nur Wettbewerbsvorsprünge erzielen, sondern auch langfristig Kosten einsparen, Fehler reduzieren und die Qualität verbessern.

Autoren: Jan de Boer, Jan Willem van Houwelingen, Paul Adriani und Anneke Geerts, KPMG N.V. Nederlande, Amsterdam

Eine Untersuchung von KPMG in den Niederlanden mit dem Thema Game Maturity Model for Healthcare behandelt die wachsende Notwendigkeit von neuen Technologien in Gesundheitsorganisationen und spezifiziert die Anwendung von spielerischen Elementen.

Gamification als Tool zur Weiterbildung von Mitarbeitern

Sogenannte ernsthafte Spiele sind Modelle oder Simulationen von Ereignissen und Prozessen, die mit dem Ziel entworfen wurden, ein bestimmtes Problemlösungs- oder Lernverhalten zu trainieren. Ernsthaftes Spiel wirkt auf den ersten Blick belustigend, verfolgen im Gesundheitssektor jedoch das primäre Ziel, das persönliche Verhalten des medizinischen Personals oder der Patienten langfristig zu optimieren oder auch zu korrigieren.

Der Begriff ernsthaftes Spiel wird in der vorliegenden Untersuchung im Sinne von Gamification verstanden. Gamification impliziert die Nutzung spielerischer Mechanismen in Szenarien mit einem nicht spielerischen Hintergrund. Ziel dabei ist es, festgefahrenen Verhaltensmuster zu durchbrechen und einen (gesundheitlichen) Wandel herbeizuführen. Im Regel-

fall werden durch Gamification Entwicklungsprozesse angestoßen, die langfristig darauf angelegt sind, eine möglichst weite Bandbreite an Mitwirkenden zu akquirieren, die dann wiederum weitere Mitspieler anwerben. Mit anderen Worten: Das System baut auf einem schneeballartigen Ansatz auf. Im Kontext der Gesundheitswirtschaft wird Gamification als Methode genutzt, um den Spieler für gesundheitserhaltende Maßnahmen zu sensibilisieren. Hierbei nutzt die Methode die psychologische Prädisposition zum Spielen. Den Beteiligten wird eine Vielzahl an Anwendungsgebieten zur Verfügung gestellt, die nach Komplexität ausgewählt werden können, die aber stets in Zusammenhang mit dem Ziel stehen, das dem Spiel zugrunde liegt.

Interne und externe Gamification

Gamification kann entweder einen internen oder einen externen Fokus oder auch einen ganzheitlichen, internen und externen Blickwinkel einnehmen. Interne Gamification fokussiert sich auf betriebsinterne Prozesse eines Gesundheitsunternehmens, wie zum Beispiel auf die Schulung von Medizinstudenten mit dem Ziel, Diagnosen- und Behandlungsabläufe zu erlernen. Die Absicht von interner

Gamification ist es, die Mitarbeiter durch Spaß an der Arbeit zu motivieren und dadurch ihre Leistung langfristig zu steigern. Im Gegensatz dazu beschäftigt sich externe Gamification mit Aktivitäten außerhalb von Gesundheitsorganisationen, zum Beispiel auf Spieltechniken für Patienten. Ziel ist es, die Patientenerfahrung nachhaltig zu verbessern. Die jeweilige Anwendung kann sich dabei auf ein konkretes Problem beziehen oder auf allgemeine Verhaltensmuster abzielen. Während einige Spielanwendungen komplexe Aufgabenfelder ansprechen, wie zum Beispiel die Vorbereitung eines Chirurgen auf Operationen, konzentrieren sich andere Tools auf eher allgemeine Aufgaben wie das Training zur Regelninhaltung. Anhand von sogenannten Game Maturity Models kann der Reifegrade der Gamification innerhalb eines Unternehmens beurteilt werden. Das Modell kann dazu beitragen, die Position einer Gesundheitseinrichtung in Bezug auf Gamification zu identifizieren und dabei helfen, Schritte zur Erreichung des nächsten Reifegrades festzulegen (Abbildung 13).

Studien bescheinigen einen erheblichen Lerneffekt

Die Entwicklungsmöglichkeiten von Gamification sind so vielfältig und ausgedehnt, dass Studien der Methode einen besseren Lernerfolg prophezeien als regulären Lehrveranstaltungen. Um die Spielteilnehmer kontinuierlich zu fordern und langfristig zu motivieren, haben IT-Spezialisten Tools wie Leistungskennzahlenmesser, Leistungslevel, virtuelle Umrechnungssysteme, Anreizsysteme, Gewinnsysteme, Wettbewerbssysteme und vieles mehr eingebaut.

Diverse Studien¹ zeigen den positiven Effekt von Gamification im Gesundheitswesen, der den Durchbruch in einem Non-Gaming-Kontext ermöglicht. Marktforscher nehmen an, dass

Spielformen in den folgenden Jahren als Lehrinstrument zunehmend an Bedeutung gewinnen werden. Als positive Konsequenz wird eine Veränderung prognostiziert, die es ermöglicht durch Gamification die Diagnosestellung zu beschleunigen und damit den Heilungsprozess maßgeblich zu unterstützen.

Innerhalb der Gesundheitsbranche fördern Stakeholder die Entstehung und die Verknüpfung von immer mehr Instituten und Unternehmen, die sich auf Spielentwicklungen und ihren Fortschritt spezialisiert haben. Durch diesen Trend wird die stetige Weiterentwicklung von bestehenden Spieltechniken gefördert, was wiederum die Fehlerstatistiken und die Effizienz solcher Spiele kontinuierlich optimiert. Zwei Beispiele verdeutlichen den Mehrwert und die Stärken solcher Spieltechniken.

Das abcdeSIM-Spiel und das Geriatrix-Spiel

Das abcdeSIM-Spiel (Erasmus University Medical Centre, Niederlande, 2012)² ist ein Programm, das die Patientensicherheit bei der Notfallversorgung erhöhen soll, während das Geriatrix-Spiel (Radboud University Medical Centre, Niederlande, 2013) auf die Pflegeversorgung von älteren Patienten spezialisiert ist.

Beispiel 1: Das abcdeSIM-Spiel

Zentrales Kriterium eines medizinischen Notfallsimulationsprogramms ist die Gewährleistung der Patientensicherheit. Mit diesem Spiel wurde für Studenten und Gesundheitsmitarbeiter eine Lernumgebung geschaffen, in der sie praxisnah notfallversorgende Maßnahmen trainieren können, die die Patientensicherheit nicht gefährden.

Das abcdeSIM-Spiel basiert auf einem hochkomplexen und psychologischen Modell, das mehr als 200 Parameter wie Blutzirkulation, Atmung und

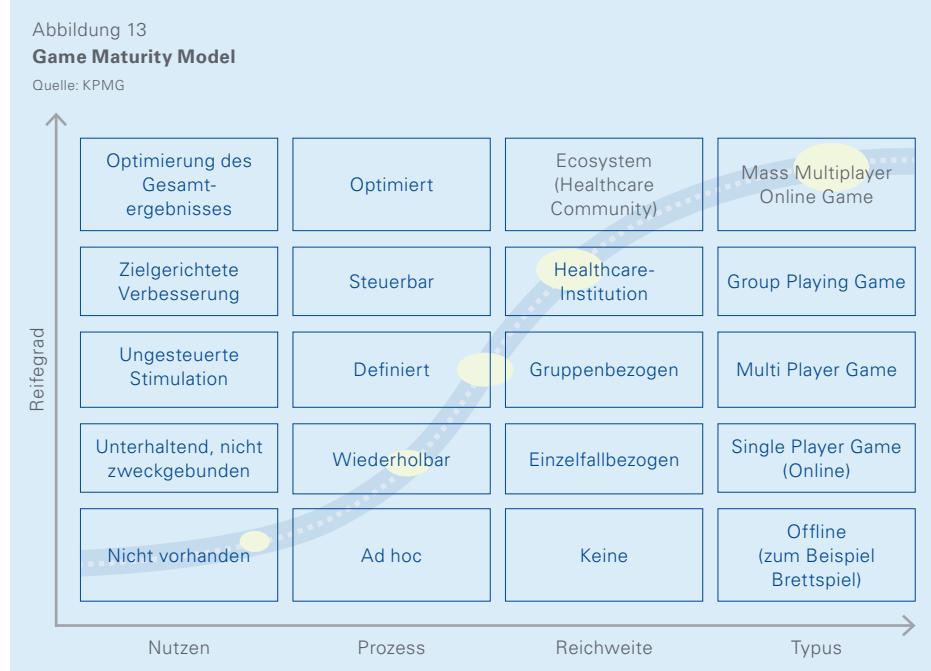
Bewusstsein inkludiert. Laut Studien kreiert es eine sehr realistische und umfassende Umgebung, in der Auszubildende praxisnah und unmittelbar die Resultate ihrer gewählten Diagnose und ihres Behandlungsvorschlags zur Verfügung gestellt bekommen. Positiv ist zudem, dass das Spiel die Fortbildungskosten minimiert, indem es kostenintensive Face-to-Face-Lehrstunden durch virtuelle Trainings ersetzt, ohne dass zusätzliche Infrastruktur benötigt wird. Studien beweisen beeindruckende Verbesserungen durch die Trainingseinheiten der Notfallversorgung, sodass das Erasmus University Medical Centre die Einführung und Weiterentwicklung des Spieletools in ihrer Institution durchgesetzt hat. Die Anwendung wird hierbei kontinuierlich verbessert, sodass mittlerweile verschiedene Patientenszenarios verfügbar sind. Laut Geschäftsleitung hat das Spieletool maßgeblich zur Optimierung des gesamten gesundheitlichen Umfelds der Klinik beigetragen,

gen, indem nicht nur die Qualität des Trainingsprozesses verbessert wurde, sondern zudem auch eine kostengünstige Alternative zu persönlichen Lehrveranstaltungen gefunden wurde. Demzufolge nutzen in den Niederlanden bereits über 1.000 Mediziner das abcdeSIM-Spiel. Um an den Erfolg anzuknüpfen, wird das Spiel zurzeit in zwei weiteren Ländern eingeführt.

Das Instrument ist so vielversprechend, dass das Erasmus University Medical Centre aktuell innerhalb der Universität versucht, Spieletechniken zu den verschiedensten akademischen Feldern zu adaptieren.

Beispiel 2: Das Geriatrix-Spiel

Im Geriatrix-Spiel lernen Medizinstudenten, wie sie Senioren bestmöglich behandeln. Komplexe Aufgabenstellungen, bei denen Studenten spielend die Rolle eines ausgebildeten Facharztes übernehmen, ermöglichen große Lerneffekte. Die Studenten müssen fiktive Patienten behandeln



und selbstständig entscheiden, welche Schritte zum bestmöglichen Behandlungserfolg ergriffen werden müssen. Hierbei werden die Lernenden an drei Faktoren gemessen: Rücksichtnahme auf den Patientenwunsch, Kosten und medizinische Brauchbarkeit. Das Spiel kann auf verschiedene Level und Fortbildungsstufen des Lernenden angepasst werden. Das ermöglicht es, Studenten so individuell zu fördern, wie es ein Lehrbuch vermag. Lernspiele schulen darüber hinaus das Verständnis und Gefühl der Spieler für die Folgen ihrer Entscheidungen und ihres Handelns. Durch das Geriatrix-Spiel können Studenten optimal auf die Betreuung von älteren Menschen vorbereitet werden und ihre oftmals vorhandene Berührungsangst kontinuierlich reduzieren. Die Anwender haben zudem die Möglichkeit, ihre Lernfortschritte auf einer Plattform zu dokumentieren und selbstständig weiterzuentwickeln.

Bisher nutzen circa 200 bis 300 Studenten das Spiel zur Fortbildung. Verbesserungspotenzial besteht hinsichtlich der Anwendbarkeit in einem breiteren, internationalen akademischen Kontext. Positiv ist, dass die Spieleplattform leicht von anderen medizinischen Fakultäten übernommen werden kann, da die Software sehr vielseitig ist.

Gesteigerte Nachfrage wirft grundlegende strategische Fragen auf

Vor dem Hintergrund der steigenden Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Spielen stehen die Gesundheitsorganisationen vor der Frage, eigene Ideen zu entwickeln und zu vermarkten oder externe Akteure hinzuzuziehen. Der Vorteil bei der Eigenentwicklung besteht darin, dass Gesundheitsorganisationen zielgerichtet eigene Expertise verarbeiten können. Eine Herausforderung ist es jedoch, in den eigenen Reihen Poten-



zial und Fähigkeiten zu finden, solche Spieltechniken zu programmieren, zu optimieren und langfristig aufrechtzuerhalten. Als Lösung bieten sich Kooperationen zwischen Gesundheitseinrichtungen und Vertriebspartnern an. Hier ist der Vorteil, dass jeder Akteur sein persönliches Fachwissen einbringen kann. Erfolgreiche Lieferanten haben die Erfahrung und Infrastruktur, Vertriebskanäle optimal zu nutzen, jedoch ist ein hohes Maß an Expertise und Branchenwissen im Gesundheitswesen unabdingbar, um das Spieletool weiterzuentwickeln.

Welchen Mehrwert bietet uns Gamification also?

Die Anwendung von Spieltechniken in Gesundheitsorganisationen ist ein hilfreiches Tool für Gesundheitsmitarbeiter und Patienten, ihre Fähigkeiten und ihr Verhalten nachhaltig zu verbessern. Jedoch zeigt die Praxis, dass die Erfahrung einer Gesundheitsorganisation maßgeblich dazu beiträgt, wie sich Gamification etabliert

und weiterentwickelt. Ein Problem bei der Einführung solcher Tools könnte die Vernetzung von Vertrieb, IT und Gesundheitseinrichtung sein. Diese Barrieren gilt es abzubauen. Studien belegen, dass Gesundheitsinstitute Spieltechniken nutzbringend einsetzen können und sie als zukunftsorientiertes Tool zu Schulungszwecken und zur Sensibilisierung von Mitarbeitern und Patienten intensiver nutzen sollten. ■

Übersetzung des Artikels:
Clara Kozak und Sophie Giessner,
KPMG AG Wirtschaftsprüfungs-
gesellschaft, München

¹ Squire, K./Giovanetto, L./Devane, B./Durga, S. (2005): From Users to Designers: Building a Self-Organizing Game-Based Learning Environment, in: TechTrends September/October 2005, Volume 49, S. 34–42; Van Eck, R. (2006): Digital Game-Based Learning: It's Not Just the Digital Natives Who Are Restless, in: Educause Review, Volume 41, No. 2 March/April 2006, S. 16–30; McGonigal, J. (2011): Reality is Broken: Why Games Make Us Better and How They Can Change the World, New York
² Erasmus University Medical Centre, Rotterdam, Niederlande, abcdeSIM (2012): Applied games for healthcare professionals, <http://www.abcdesim.nl>, letzter Aufruf 17.02.2015

Der Zukunft entgegengehen

Ein Blick über den Tellerrand hilft, neue Lösungswege zu finden. Bereits erfolgreich eingesetzte Geschäftsmodelle, Dienstleistungen und Prozesse aus anderen Branchen können dem Gesundheitswesen als Vorbild dienen.

Mit Dr. Markus Horneber, Vorstandsvorsitzender der AGAPLESION gemeinnützige AG und Initiator des AGAPLESION Querdenker Kongresses 2015, sprach Prof. Dr. Volker Penter, KPMG AG Wirtschaftsprüfungs-gesellschaft, Berlin

Schon wieder ein Gesundheitskongress? Gibt es davon nicht inzwischen genug?

Es gibt in der Tat einige – aber keinen solchen. Was fehlt, ist ein Kongress für Führungskräfte und kreative „Querdenker“, die einen Blick über den Tellerrand wagen wollen. Wir müssen strategischer denken. Angesichts der tiefgreifenden Veränderungen, denen sich das Gesundheitswesen gegenüberstellt, sind wir als Entscheider aufgerufen, uns mit Zukunftsthemen auseinanderzusetzen, denn unsere Entscheidungen sind es, die die Zukunft beeinflussen werden.

Wird die Zukunft nicht auf politischer Ebene entschieden?

Nur zum Teil. Natürlich müssen wir uns auch in politische Gremien wie zum Beispiel die Krankenhausgesellschaften einbringen oder direkt mit Politikern reden. Politiker sind angewiesen auf Impulse aus der Praxis. Aber die Politik schafft lediglich den gesetzlichen Rahmen. Wesentlichen Einfluss haben auch die Krankenkassen, die medizinische Forschung oder die technische Entwicklung.

Wir planen und bauen heute Krankenhäuser für die nächsten 30 Jahre. Zukunftsplanung gelingt aber nicht durch die eindimensionale Fortschreibung gegenwärtiger Zustände. Sie erfordert eine grundlegende Auseinandersetzung darüber, wie denn diese Zukunft aussehen könnte. Wir müssen uns auch fragen, ob die Rahmenbedingungen so bleiben wie sie sind oder welche Änderungen auf uns zukommen könnten. Erfahrungen aus ganz anderen Branchen zeigen, dass Unternehmen, die jahrelang zu den erfolgreichsten und angesehensten zählten,

nicht selten in große Schwierigkeiten geraten oder sogar vom Markt verschwinden. Häufig liegen die Ursachen darin, dass sie für sie bedeutsame Entwicklungen nicht erkannt oder nicht ernst genommen haben. Denken Sie zum Beispiel an den Aufstieg und Fall der Drogeriekette Schlecker, aber auch an Karstadt oder Nokia. Sie und viele andere waren erfolgreich am Start, haben dann aber später entscheidende Weichen für die Zukunft falsch gestellt. Unter diesem Aspekt ist der Querdenker Kongress nicht nur für die Akteure im Gesundheitswesen interessant. Er kann auch Querdenken aus anderen Branchen interessante Impulse bieten.

Meinten Sie das mit dem Blick über den Tellerrand?

Was wir wollen, ist, das Wissen aus ganz anderen Branchen für die Gesundheitswirtschaft nutzbar zu machen. Wir werden mit Spezialisten aus anderen Industrien sprechen, die für spezifische Problemstellungen ihres Kerngeschäfts herausragende Lösungen gefunden haben. Mit dem Blick auf zukünftige Entwicklungen im Gesundheitswesen werden wir untersuchen, was wir von diesen Branchen lernen können. Dieser Blick über den Tellerrand unterscheidet den AGAPLESION Querdenker Kongress von anderen Gesundheitskongressen.

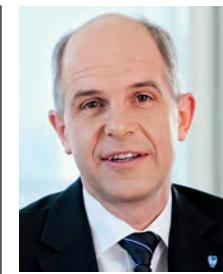
Haben Sie ein Beispiel für uns?

Viele. Wir werden uns die klassische Dienstleistungsbranche ansehen, zum Beispiel die Hotellerie. Hier werden die Dienstleistungen immer besser und ausgefeilter. Auch die Ansprüche unserer Patienten wandeln sich. Es ist

bekannt, dass Patienten die Qualität eines Krankenhauses häufig nach dem Essen und der Freundlichkeit der Ärzte und Pflegekräfte beurteilen. Die medizinische Qualität ist für Laien in der Tat schwer zu beurteilen, und Befragungen haben gezeigt, dass sie in deutschen Krankenhäusern so gut ist, dass sie als gegeben vorausgesetzt wird. Wir alle wissen das; aber kommen wir auf die Idee, Dienstleistungsbausteine einzubauen, wie sie in der Hotellerie selbstverständlich sind? Im Hotel sind Freundlichkeit, Aufmerksamkeit und Umsicht ebenso wie problemlose Erreichbarkeit oder freundlicher Empfang das Kerngeschäft. Und da können wir noch eine ganze Menge lernen.

Welche anderen Branchen sehen Sie sich an?

Just in time ist ein weiteres Schlagwort. Die Behandlungspfade werden immer komplexer. Immer mehr Personen kommen mit dem Patienten in Kontakt. Voruntersuchungen, Aufklärung und Nachbehandlung sind Prozesse, die um den Patienten herum gestaltet werden müssen. Sie stellen die Logistik von Krankenhäusern vor immer größere Herausforderungen. Das Case Management bekommt eine immer stärkere Bedeutung: Bettenplanung, Personaleinsatz, Materialbereitstellung und andere Prozesse müssen ineinander greifen. Eine Branche, die das wirklich verstanden und zur Perfektion gebracht hat, ist die Automobilbranche. Davon können wir lernen. Für die Krankenhäuser geht es um Geld, um Ressourcen, die nicht vergeben werden dürfen. Aber auch für die Patienten ist es von Vorteil, wenn sie mit einem Just in time-Behandlungsplan so reibungslos wie möglich durch ihre Behandlung geführt werden und das Krankenhaus zügig wieder verlassen können.



Dr. Markus Horneber

Seit April 2012 ist der erfahrene Gestalter im Gesundheitswesen, Dr. Markus Horneber, Vorstandsvorsitzender von AGAPLESION. Im Anschluss an sein Studium der Betriebswirtschaftslehre promovierte er 1994 im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Nachdem er bei Siemens als Kaufmännischer Leiter des Geschäftszweigs Standard-Derivate des Geschäftsbereichs Halbleiter erste Managementerfahrungen gesammelt hatte, war er 14 Jahre leitender Verwaltungsdirektor des Evangelisch-Lutherischen Diakoniewerks Neuendettelsau. Bis März 2012 fungierte er als Kaufmännischer Geschäftsführer der Klinikum Chemnitz gGmbH und als Aufsichtsratsvorsitzender von zehn Tochtergesellschaften des Unternehmens.

■ Wo Sie gerade die Automobilbranche erwähnen – auch die steht ja vor tiefgreifenden Veränderungen.

Genau. Und hier ist die Zukunftsbevältigung noch nicht entschieden. Jeder siebte Arbeitsplatz in Deutschland hängt von der Automobilindustrie ab. Zwar sind die Deutschen führend im Autobau. Allerdings schreiben sie das Erfolgsmodell des Verbrennungsmotors fort. China und Kalifornien forcieren aber derzeit unabhängig voneinander und auch aus unterschiedlichen Motiven heraus mit ungeheuren Subventionen den Elektromotor. Die asiatische Batterietechnik ist der deutschen bereits überlegen. Das zeigt, wie schnell man auch in einer erfolgreichen Industrie den Anschluss verpassen kann.

■ Was hat das mit der Gesundheitsbranche zu tun?

Auch das traditionell eher konservativ aufgestellte Gesundheitswesen steht vor enormen Umwälzungen: Die Verweildauern sind so stark gesunken, dass es inzwischen einfach zu viele Krankenhausbetten in Deutschland gibt. Viele kleine Häuser stehen vor dem Aus. Die Gründer von AGAPLESION haben diese Entwicklung schon vor vielen Jahren kommen sehen und rechtzeitig die Weichen gestellt, indem sie einen Konzernverbund geschaffen haben, der viele Aufgaben und den notwendigen Know-how-Transfer souveräner leisten kann als einzeln aufgestellte Einrichtungen. Die Politik hat ganz deutlich gemacht, dass die Qualität – in welcher Form auch immer – über die Zukunft einzelner Häuser entscheiden soll. So werden auf einmal Qualitätsfragen zum Überlebensfaktor.

AGAPLESION geht sehr strategisch vor. In jedem Jahr nehmen wir uns ein Thema vor, zu dem wir die grundlegenden Prozesse überprüfen. Im vorigen Jahr war das Innovation. Im Jahr 2014 haben wir uns unsere Ziel-

gruppen angesehen und waren sehr schnell beim Thema Qualität angelangt. Wenn sich 2015 die deutschen Krankenhäuser und die Politik mit dem Thema Qualität befassen werden, sind wir bereits einen Schritt weiter und werden uns über Bildung, Wissen und Ausbildung Gedanken machen. So können wir mittels der Unternehmensstrategie immer wieder in unterschiedlichen Bereichen des Konzerns Impulse setzen.

■ Was meinen Sie – wie sieht die Zukunft des Krankenhauses aus?

Wir können uns der Zukunft immer nur annähern. Machen wir doch ein Gedankenspiel: Wir erleben derzeit, wie die enorm gewachsenen Speicherkapazitäten der Informationstechnologie ganz neue Möglichkeiten eröffnen. Das, zusammen mit der fortschreitenden Genom-Entschlüsselung, macht inzwischen eine personalisierte Medizin denkbar, die das gesamte Gesundheitswesen, wie wir es heute kennen, verändern könnte. Das sind doch Entwicklungen, mit denen wir uns auseinandersetzen müssen.

Andrew McAfee, Ökonom und Forstner im digitalen Business am Massachusetts Institut of Technology (MIT) formuliert das ganz radikal: „Falls der weltbeste Diagnostiker nicht schon heute ein Computer ist, dann wird er es bald sein.“ Wenn wir das zu Ende denken, könnte es sein, dass Computer irgendwann das komplexe Denken ergänzen, das heute noch weitgehend hochgebildeten Ärzten allein vorbehalten ist.

■ Was würde das für Krankenhäuser bedeuten?

Wenn wir uns vorstellen, dass Diagnosen von gigantischen Rechenzentren erstellt werden, die gleichzeitig die Daten des entschlüsselten Genoms einzelner Patienten in ihre Berechnung einbeziehen können, dann würden Krankenhäuser nur noch hotelar-

tige Verweilstationen sein, auf denen errechnete Therapien ausgeführt werden.

■ Ist das ein realistisches Szenario?

Ich sehe uns hier in der Verantwortung. Wenn wir es denken können, ist es auch möglich. So, oder in anderer Form. Aber wir dürfen uns dieser Entwicklung nicht passiv überlassen. Denn, egal ob aktiv gestaltend oder passiv abwartend, in beiden Fällen sind wir es, die die Zukunft beeinflussen. Und da müssen wir uns zuallererst die Frage stellen, welche Zukunft wir eigentlich wollen. Diese Frage werden wir auf dem AGAPLESION Querdenker Kongress auch aus ethischer Perspektive intensiv beleuchten. ■

Die digitale Transformation – ein Branchenvergleich

Die technologischen Entwicklungen sind radikal, neue digitale Services und Geschäftsmodelle entstehen in einem atemberaubenden Tempo. Die Digitalisierung und ihre Folgen verändern die Spielregeln der Wirtschaft grundlegend. Im Branchenvergleich rangiert der Gesundheitssektor hinsichtlich des Anpassungsfortschritts im hinteren Bereich. Viele Gesundheitsdienstleister halten sich mit umfangreichen Veränderungen zurück. Es ist allerdings davon auszugehen, dass der digitale Strukturwandel auch im Gesundheitssektor weiter voranschreitet. Die Unternehmen sollten sich daher nicht mit den bisher eingeleiteten Maßnahmen zufriedengeben. Das ergab die aktuelle Untersuchung von KPMG.

Autoren: Marc Ennemann, Carina Herkenrath und Clara Kozak, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Düsseldorf und München

Die digitale Transformation macht vor kaum einer Branche halt. Im Zuge der voranschreitenden Digitalisierung werden traditionelle Geschäftsmodelle infrage gestellt und eine neue, branchenübergreifende Wettbewerbsdynamik entsteht. Das Kundenverhalten ändert sich grundlegend, die Produktlebenszyklen verkürzen sich und der Innovationsdruck steigt.

Vor diesem Hintergrund hat KPMG gemeinsam mit TNS Emnid 500 Führungskräfte deutscher Unternehmen aus insgesamt zehn Branchen befragt. Folgende Auswahlkriterien wurden

angewendet: Branchenzugehörigkeit, das Gründungsdatum (mindestens acht Jahre zurück) und der Umsatz (mindestens 20 Millionen Euro Jahresumsatz). Mithilfe unterschiedlicher Kennzahlen wurde zum einen die sogenannte Anpassungstiefe verglichen. Hierzu wurden Maßnahmen, die von den Unternehmen auf verschiedenen Ebenen ergriffen werden, um sich den Veränderungen anzupassen, betrachtet. Als zweiter zentraler Vergleichswert wurde zum anderen der Anpassungsfortschritt, das heißt inwieweit die Unternehmen beziehungsweise Branchen auf dem Weg in die digitale Welt bereits vorangeschritten sind, aufgezeigt.

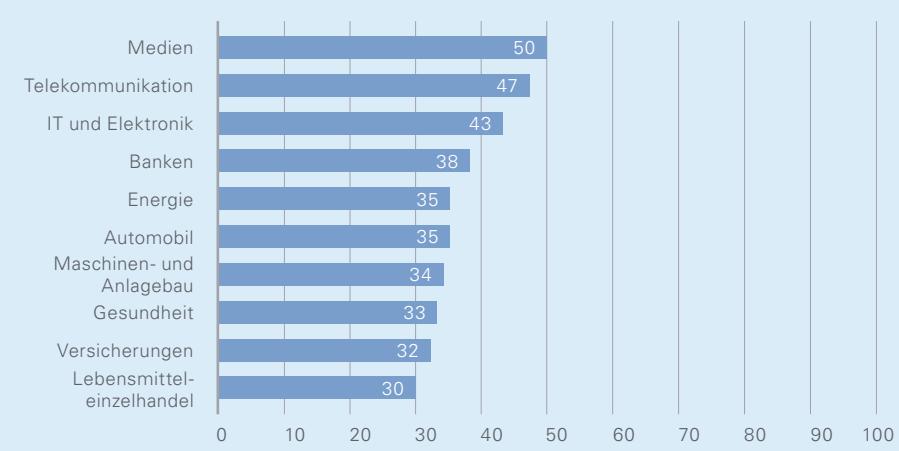
Der Untersuchung wurden folgende Definitionen zugrunde gelegt.

Digitale Transformation ist:

- Der Prozess des rasanten und zugleich nachhaltigen Strukturwandels von Wirtschaft und Gesellschaft
- Die Entwicklung neuer, digitaler Geschäftsmodelle und die Erschließung neuer Geschäftsmöglichkeiten

Abbildung 14
Durchschnittlicher Digitalisierungsfortschritt nach Branchen
(Angaben in Prozent)

Quelle: KPMG



- Die Anpassung aller Unternehmensbereiche und Geschäftsprozesse an die digitale Welt

Der Digitalisierungsfortschritt bezieht sich auf:

- Die Anpassungstiefe, verbunden mit der Frage: Auf welchen Ebenen beziehungsweise in welchen Geschäftsbereichen (hier: Geschäftsmodell, Kundenorientierung, Innovationsfähigkeit, Wettbewerbsstrategie) finden Anpassungen statt?
- Die Anpassungsintensität, verbunden mit der Frage: Welchen Umfang haben die Anpassungsmaßnahmen auf der jeweiligen Ebene? (Beispiel Geschäftsmodelle: Werden lediglich Produkte angepasst? Oder werden zugleich neue Vertriebskanäle erschlossen? Und werden zusätzlich auch neue Zielgruppen angesprochen?)
- Den Anpassungsfortschritt, verbunden mit der Frage: In welchem Stadium befinden sich die ergriffenen Maßnahmen (in Planung, angestoßen, bereits umgesetzt) pro Ebene beziehungsweise Geschäftsbereich?

Betrachtet man die Ergebnisse der Untersuchung im Überblick, rangiert die Gesundheitsbranche auf Platz acht der untersuchten Branchen. Der Digitalisierungsfortschritt der Branche liegt in der Gesamtbetrachtung bei 33 Prozent (siehe Abbildung 14).

Evolution statt Revolution: Geschäftsmodell- und Prozessänderungen erfolgen eher vorsichtig und bisweilen inkonsistent

Die Einzelbetrachtung zeigt, dass sich die meisten Gesundheitsdienstleister bei Geschäftsmodelländerungen auf die Anpassung ihrer bestehenden Produkte/Dienstleistungen an die digitale Welt konzentrieren. Die Ausarbeitung

neuer Ertragsmodelle, der mobile Vertrieb und die Entwicklung ganz neuer Produkte und Services stehen dagegen kaum auf der Agenda. Betrachtet man hingegen den Digitalisierungsgrad von Geschäftsprozessen, schneidet der Gesundheitssektor im Branchenvergleich relativ gut ab. Vor allem in der Verwaltung, im Einkauf und Marketing sind die Arbeitsabläufe weitestgehend digitalisiert und vernetzt. Bei der Produktion beziehungsweise den eigentlichen Leistungs- und Versorgungsprozessen sowie im Vertrieb sind die Abläufe dagegen kaum digitalisiert.

Die Einbindung von Kunden oder Geschäftspartnern in den Innovationsprozess wird bis dato kaum praktiziert

So verzichten die meisten Unternehmen in der Gesundheitsbranche auf eine Einbindung ihrer Kunden beziehungsweise ihrer Geschäftspartner in den Innovationsprozess. Lediglich

36 Prozent der Befragten geben an, ihre Kunden in Innovations- und Veränderungsprozesse mit einzubinden. Das kann sich nachteilig auswirken, etwa durch den Verlust von wertvollem Input seitens der Kunden oder Geschäftspartner, da sie beispielsweise wichtige Ideengeber sein können. Die frühzeitige Einbindung von Kunden steigert zudem die Akzeptanz von Veränderungen und kann daher auch als ein adäquates Mittel der Kundenbindung verstanden werden.

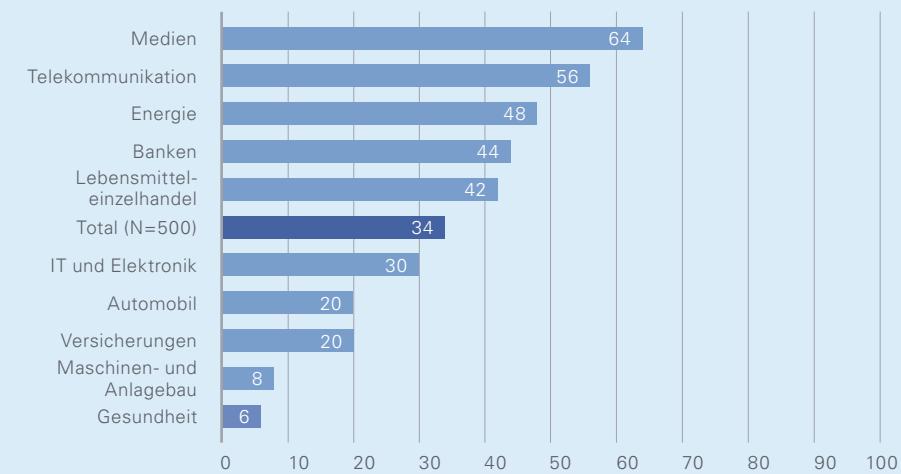
Kapitalmangel ist im Gesundheitssektor eine vergleichsweise große Innovationsbremse

In der digitalen Welt bemisst sich Innovationsstärke nach folgenden Kriterien: Entscheidend sind Art, Umfang und Qualität der Neuerungen auf Produkt- oder Serviceebene; darüber hinaus ist das Innovationstempo von besonderer Bedeutung. Neuerungen müssen schnellstmöglich Marktreife erlangen. Viele Unternehmen in der

Abbildung 15
Einschätzung der Konkurrenzgefahr durch fremde Branchen

Doht Ihrem Unternehmen bis zum Jahr 2020 neue Konkurrenz aus anderen Branchen? Inwieweit sehen Sie Unternehmen aus anderen Branchen als eine reale Konkurrenzgefahr für Ihr Geschäft? (Angaben in Prozent)

Quelle: KPMG



Gesundheitsbranche weisen hier aber noch Optimierungsbedarf auf. Gemäß der Umfrageergebnisse hat mehr als die Hälfte der Unternehmen in der Gesundheitsbranche Schwierigkeiten mit einer zügigen Umsetzung von Innovationen.

Neben einem Mangel an Know-how und Personal wird insbesondere die Kapitalknappheit als Grund für die verringerte Innovationskraft in der Gesundheitswirtschaft angeführt. So bezeichnen 34 Prozent der Befragten der Gesundheitswirtschaft Kapitalmangel als innovationsbremsend. Über alle Branchen hinweg liegt der Wert lediglich bei 17 Prozent.

Sorge vor neuer Konkurrenz aus anderen Branchen

Kaum ein Gesundheitsdienstleister erwartet in Zukunft neue Konkurrenz von Anbietern aus anderen Branchen. Insgesamt fürchten nur 6 Prozent der Befragten aus der Gesundheitswirtschaft den Eintritt branchenfremder Wettbewerber bis zum Jahr 2020 (siehe Abbildung 15).

Auch Start-ups fürchten nur wenige Befragte als zukünftige Wettbewerber. Insgesamt sehen nur 14 Prozent der Befragten aller Branchen ihr Geschäft durch Start-ups ernsthaft bedroht. Der Sensibilisierungsgrad für Start-up-Konkurrenz ist mit einem Umfrageergebnis von 6 Prozent im Gesundheitssektor noch geringer ausgeprägt als in anderen Branchen.

In naher Zukunft wird sich zeigen, ob diese Gelassenheit berechtigt ist. Dreht man die Frage um, zeigt sich, dass der Gesundheitssektor aus Sicht vieler Branchen als attraktives Expansionsfeld gilt. Die größte Konkurrenz droht aus der Technologie- und Telekommunikationsbranche. So befindet sich die Gesundheitsbranche an dritter Stelle der insgesamt zehn Branchen hinsichtlich der Bewertung der Expansionsattraktivität. Umgekehrt

Abbildung 16
Fünf Thesen für eine erfolgreiche digitale Transformation

Quelle: KPMG



These 1

Unternehmen müssen in (digitalen) Ökosystemen denken.



These 2

Unternehmen müssen sich mit einem digitalen Geschäftsmodell positionieren.



These 3

Unternehmen müssen aus Daten Werte schaffen.



These 4

Unternehmen müssen durch den sicheren Umgang mit Daten eine vertrauensvolle Kundenbeziehung aufbauen.



These 5

Unternehmen müssen eine digitale Unternehmens-DNA entwickeln.

bestehen in der Selbsteinschätzung der Gesundheitsdienstleister kaum Wachstumsmöglichkeiten in andere Branchen. Diese Situation – relativ hoher Konkurrenzdruck von außen und kaum Expansionspotenzial – ist für den Gesundheitssektor sehr riskant. Hinzu kommt eine weitere Dimension: Neue Anbieter sind nicht nur neue Konkurrenten. Sie können vielmehr auch Partner sein, mit denen gemeinsam innovative, konvergente Lösungen entwickelt werden. Wer die Marktbeobachtung auf die eigene Branche konzentriert und externe Akteure ignoriert, dem entgehen vielversprechende Kooperationschancen.

Fazit

Ein Blick auf unsere Studienergebnisse belegt: In der Gesundheitsbranche existiert großes Optimierungspotenzial beim Aufbau von Digitalkompetenz. Für eine erfolgreiche digitale Transformation sollten Unternehmen daher zeitnah die in Abbildung 16 dargestell-

ten Digitalisierungsaspekte in ihre unternehmensstrategischen Überlegungen aufnehmen. ■

Neues aus dem Gesundheitswesen

RECHT

Fallpauschalen als trennbare Abrechnungseinheiten

Mit seinem Urteil vom 14. Oktober 2014 (B 1 KR 18/13 R) hat das Bundessozialgericht bestätigt, dass Fallpauschalen (DRGs) trennbare Abrechnungseinheiten darstellen, die zu einem tagesanteiligen Vergütungsanspruch führen.

Der zugrunde liegende Fall betraf eine Patientin, die Arbeitslosengeld II bezog und zwischen dem 29. März 2005 und dem 8. April 2005 stationär behandelt wurde. Die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung endete bereits am 28. Februar 2005. Die Krankenkasse der Patientin erstattete dem Krankenhaus lediglich einen Vergütungsanspruch bis zum 31. März 2005.

Zu Recht meinte das Bundessozialgericht und folgte damit den vorhergehenden Instanzen. Ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses bestehe nur solange, wie die Patientin bei der Krankenversicherung versichert oder zumindest ihr gegenüber leistungsberechtigt ist. Endet die Mitgliedschaft und wird keine Erwerbstätigkeit ausgeübt, besteht ein Anspruch auf Leistungen längstens für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, § 19 Abs. 2 S. 1 SGB V (nachgehender Leistungsanspruch), sofern nicht ohnehin ein neuer Anspruch durch eine neue Mitgliedschaft begründet wird.

Ist also mangels Mitgliedschaft ein Vergütungsanspruch gegenüber

der Krankenkasse ausgeschlossen, kann § 9 Satz 1 Fallpauschalenvereinbarung (FPV) – als untergesetzliche Rechtsnorm beziehungsweise Vertragsrecht, das lediglich vereinfachende Abrechnungsmodalitäten ohne Regelungsgehalt für die Schuldnerschaft begründet – nicht zu einer Leistungszuständigkeit und damit zu einer Vergütung zulasten der Krankenkasse führen. Die Leistungszuständigkeit ist vielmehr in Abhängigkeit von der tatsächlich für die Fallpauschale in Anspruch genommenen Zahl der Krankenhaustage – pro rata temporis – aufzuteilen. ■

SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

Neue Veröffentlichungspflichten für gesetzliche Krankenkassen

Durch den neu gefassten § 305b SGB V zur Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse sind die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland seit Ende November 2014 verpflichtet, bestimmte Ergebnisse ihrer Jahresrechnungen zu veröffentlichen. Diese Änderung der Rahmenbedingungen erleichtert einen Vergleich der Krankenkassen untereinander.

Der mit dem Versorgungsstrukturgesetz neu gefasste § 305b SGB V „Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse“ ist mit Wirkung zum 1. Januar 2014 in Kraft getreten. Danach haben die gesetzlichen Krankenkassen erstmals seit dem 30. November 2014 bestimmte Ergebnisse ihrer Jahresrechnung für das Jahr 2013 in einer für die Versicherten verständlichen Weise im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz verpflichtend zu veröffentlichen.

Krankenkassen werden transparenter und vergleichbar
Ziel dieser neuen Regeln ist es, den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen zu ermöglichen, sich ein klares Bild von der Situation ihrer Krankenkasse zu machen.

Um eine gleiche Abgrenzung der „wesentlichen Ergebnisse der Rechnungslegung“ von allen gesetzlichen Krankenkassen zu gewährleisten, hat das Bundesministerium für Gesundheit zusammen mit dem GKV Spitzenverband eine Schlüssel- und Kontenzuordnung vorgenommen. Nach Einführung des § 77 Abs. 1a SGB IV zum 1. Januar 2010 ist die verpflichtende Offenlegung von bestimmten Ergebnissen der Jahresrechnung eine weitere Annäherung an die Vorschriften des HGB.

Analysen mit dem GKV-Data-Monitor
KPMG aggregiert die nach § 305b SGB V zu veröffentlichten Daten im

neuen Benchmarkingtool GKV-Data-Monitor und analysiert anhand ausgewählter Kennzahlen die Wettbewerbssituation einzelner Krankenkassen. Das Benchmarking beinhaltet umfangreiche betriebswirtschaftliche Vergleiche der Kassen untereinander und gegenüber Vergleichsgruppen.

Mehr Informationen finden Sie auf den Internetseiten von KPMG unter www.kpmg.de/gkv-data-monitor. ■



Autoren: Dr. Silke Dulle und Patricia Köster, KPMG Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Berlin; Franziska Holler, Julia Kaub und Robert Malcharczyk, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin und München

Service

VERANSTALTUNGEN MIT KPMG-BEITRAG

Intensivseminar

FORUM · Institut für Management GmbH: Insolvenz und Sanierung von Krankenhaus- betrieben

21./22. April 2015, Frankfurt am Main

Im dem zweitägigen Intensivseminar erarbeiten sich die Teilnehmer gemeinsam mit Sanierungs- und Insolvenzexperten maßgeschneiderte Lösungen für rechtliche und praktische Fragen, die sich bei Insolvenz und Sanierung eines Krankenhausbetriebs stellen. KPMG ist vertreten durch Philipp von Hammerstein, Senior Manager Health Care M&A, der zum Thema Finanzierung von Krankenhäusern referiert.

Kongress

AGAPLESION Querdenker Kongress 2015

23./24. April 2015, Offenbach

Im Rahmen des zweitägigen Kongresses kommen Unternehmen unterschiedlicher Branchen, die in ihrem Bereich herausragende Lösungen für besondere Problemstellungen gefunden haben, zusammen. Im Fokus steht die Fragestellung, ob sich ihre Geschäftsmodelle, Dienstleistungen und Prozesse auf das Gesundheitswesen, insbesondere auf Krankenhäuser, übertragen lassen. Beiträge zu Methoden der Zukunftsforschung und ethischen Orientierungsmustern sollen bei der Beantwortung dieser Fragen unterstützen.

Kongress

Kommge – Marketing und Kommunikations- kongress der Gesundheitswirtschaft

5. Mai 2015, München

Es erwarten Sie hochkarätige Referenten zum Thema Krisenmanagement, spannende Podiumsdiskussionen sowie Presse- und Redaktionsbesuche in Münchens Medienhäusern. Für KPMG wird Stefan Friedrich, Senior Manager Health Care, Governance & Assurance Services, in diesem Kontext eine Präsentation zum Thema Strategien für Krisensituationen in Gesundheitsunternehmen halten.

Information und Anmeldung:

Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG
E.-C.-Baumann-Straße 5
95326 Kulmbach
bfv.kontakt@mg-oberfranken.de
www.kommge.de

Kongress

11. Gesundheitswirtschaftskongress Hamburg

16./17. September 2015, Hamburg

KPMG ist auch in diesem Jahr Partner des 11. Gesundheitswirtschaftskongresses in Hamburg. Die Veranstaltung dient dem Austausch zwischen Unternehmen und Managern der Gesundheitswirtschaft und greift aktuelle Themen auf, die diesen Wirtschaftszweig in der Zukunft bestimmen werden. Dazu zählen insbesondere die Forderungen nach mehr Qualitäts- und Kostentransparenz, die Zukunft von neuen Geschäftsmodellen und Finanzierungs wegen, die Möglichkeiten von telemedizinischen Anwendungen, neue Wege bei der Personalgewinnung sowie die Entwicklung der Bereiche Prävention und Rehabilitation.

Kongress

14. Europäischer Gesundheitskongress München

30. September/1. Oktober 2015, München

Im Fokus des zweitägigen Kongresses steht in diesem Jahr das Thema „Ökonomisierung?“. In diesem Zusammenhang diskutieren die Entscheider aus den Bereichen Krankenhaus, Rehabilitation, Krankenversicherungen, Politik und anderen Bereichen der Gesundheitswirtschaft unter anderem, ob die Auswirkungen einer Ökonomisierung im Gesundheitswesen bereits erreicht sind und inwieweit in der Zukunft auch anderen Aspekten eine relevante Bedeutung zukommt. Dabei stehen die Folgen für Patienten genauso im Fokus wie die Konsequenzen für die Versorgungslandschaft.

Weitere Informationen zu allen genannten Veranstaltungen:

Clara Kozak

T +49 89 9282-1319

ckozak@kpmg.com

PUBLIKATIONEN

Aktuelle KPMG-Studie zu Governance in Unternehmen der Gesundheitswirtschaft

Wie steht es um den Ruf der deutschen Gesundheitswirtschaft? Die Meldungen der vergangenen Zeit geben kein allzu gutes Bild der Branche ab: Sorgen um die Qualität der Krankenversorgung beherrschen die Presselandschaft. Dabei ist der Druck auf Leistungserbringer, Kostenträger und verbundene Unternehmen der Gesundheitswirtschaft schon groß. Der Wettbewerb wird härter, die Versorgungslücke droht als Folge des demografischen Wandels immer größer zu werden, und die Anforderungen an Qualität und Transparenz steigen kontinuierlich.

Eine logische Schlussfolgerung: Um auf diese Herausforderungen vorbereitet zu sein, müssen sich die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft intern sicher und effizient aufstellen und ihre Risiken im Blick haben. Doch wie gehen sie tatsächlich in der Praxis damit um?

Unsere aktuelle KPMG-Untersuchung geht der Frage nach, inwieweit in Unternehmen der Gesundheitswirtschaft moderne Governance-Systeme bereits gelebt werden, um eine ebenso hochwertige wie wirtschaftliche Unternehmensführung zu gewährleisten. Dabei zeigt sich, dass die Potenziale von unterschiedlichen Instrumenten im Bereich Governance nicht ausreichend durch die Akteure realisiert werden.

Die detaillierten Ergebnisse und unsere vollständige Studie stehen Ihnen hier zum Download zur Verfügung: www.kpmg.de/governance-in-unternehmen-der-gesundheitswirtschaft



Demnächst im Handel: Kompendium Krankenhaus-Rechnungswesen

Prof. Dr. Volker Penter, Dr. Bernd Siefert,
2., aktualisierte und erweiterte Auflage, Kulmbach 2015,
ISBN 978-3-944002-92-7

Das erstmals im Jahr 2010 erschienene Fachbuch Kompendium Krankenhaus-Rechnungswesen liegt demnächst in einer vollständig überarbeiteten 2., aktualisierten und erweiterten Auflage vor. Dabei stellen die Herausgeber, Prof. Dr. Volker Penter und Dr. Bernd Siefert, beide in leitender Funktion im Bereich Gesundheitswirtschaft bei der KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, erneut aktuelle und praxisnahe Informationen zu den Besonderheiten der externen Rechnungslegung im Krankenhaus in den Mittelpunkt.

Seit dem Erscheinen der ersten Auflage im Jahr 2010 ist in der deutschen Krankenhauslandschaft viel passiert. Stichworte sind Pauschalierter Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP), Investitionspauschalen, MDK-Rückstellungen, Beihilferecht, Bilanzierung von Fördermitteln in Universitätskliniken, steigende Personal- und Sachkosten, alternative Finanzierungsquellen, Qualität, Compliance, persönliche Leistungserbringung, hohe Haftpflichtprämien, Besteuerung des wirtschaftlichen Geschäftsbetriebs und vieles mehr. Bei vielen dieser Themen geht es auch um Rechnungslegung. Jede Veränderung des Finanzierungssystems erfordert eine Anpassung von Rechnungslegungsroutinen. Die strenger Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bedingen eine Verbesserung des Abrechnungssystems. Immer komplizierter werdende rechtliche Voraussetzungen, beispielsweise im Zusammenhang mit kommunalen Fördermitteln, steuerlichen Implikationen, aber auch der Abrechnung ärztlicher Leistungen fordern das Rechnungswesen enorm. Abschlüsse sollen immer schneller erstellt, geprüft und veröffentlicht werden. Ganz neue Einrichtungen interessieren sich für Krankenhausabschlüsse, darunter zum Beispiel Banken und Private Equity-Gesellschaften.

In der zweiten Auflage des Buches Kompendium Krankenhaus-Rechnungswesen werden neben einer Aktualisierung aller Inhalte der ersten Auflage wichtige neue Themen adressiert. Genannt werden sollen die zusätzlich eingefügten Kapitel Bilanzpolitik und Bilanzanalyse, Aufsichtsrat im Krankenhaus, Krisenmanagement und Krisenkommunikation, Ziele und Grundlagen des Beihilferechts sowie die deutlich erweiterten Ausführungen zu Risiko- und Compliance Management, Interne Revision und Drittmittelförderung.



Impressum

Herausgeber

KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Klingelhöferstraße 18
10785 Berlin

Redaktion



Prof. Dr. Volker Penter (V.i.S.d.P.)

Partner, Head of Health Care
T +49 30 2068-4740
vpenter@kpmg.com



Stefan Friedrich

Senior Manager, Health Care
T +49 89 9282-1942
sfriedrich@kpmg.com



Jörg Schulze

Manager, Health Care
T +49 30 2068-2796
joergschulze@kpmg.com



Clara Kozak

Health Care
T +49 89 9282-1319
ckozak@kpmg.com

Anmeldungen/Abmeldungen/Anschriftenänderungen für die Printausgabe Gesundheitsbarometer

Clara Kozak
T +49 89 9282-1319
F +49 1802 11991-4398
ckozak@kpmg.com

Weitere Informationen

www.kpmg.de/gesundheit

ISSN (Print) 2364-3145
ISSN (Online) 2364-3153

Das Gesundheitsbarometer noch schneller abonnieren:
einfach den QR-Code scannen und das Formular für das
Abonnement von Print- oder Onlineexemplar ausfüllen.



www.kpmg.de

Die enthaltenen Informationen sind allgemeiner Natur und nicht auf die spezielle Situation einer Einzelperson oder einer juristischen Person ausgerichtet. Obwohl wir uns bemühen, zuverlässige und aktuelle Informationen zu liefern, können wir nicht garantieren, dass diese Informationen so zutreffend sind wie zum Zeitpunkt ihres Eingangs oder dass sie auch in Zukunft so zutreffend sein werden. Niemand sollte aufgrund dieser Informationen handeln ohne geeigneten fachlichen Rat und ohne gründliche Analyse der betreffenden Situation. Die Ansichten und Meinungen in Gastbeiträgen sind die des Interviewten bzw. Verfassers und entsprechen nicht unbedingt den Ansichten und Meinungen von KPMG in Deutschland.

© 2015 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, ein Mitglied des KPMG-Netzwerks unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International Cooperative („KPMG International“), einer juristischen Person schweizerischen Rechts, angeschlossen sind. Alle Rechte vorbehalten. Der Name KPMG, das Logo und „cutting through complexity“ sind eingetragene Markenzeichen von KPMG International.