



18.11.2020

Die Latte hängt hoch - Ein Kommentar zum Entwurf der Förderrichtlinie Krankenhauszukunftsgesetz #KHZG.

Die IT-Versorgung der deutschen Krankenhauslandschaft liegt im europäischen Vergleich im hinteren Bereich. Fehlende Mittel und Fachkräfte sowie Potential nach oben, was die strategische Einordnung von IT in den Krankenhäusern angeht, machen es schwer, an dieser Stelle zum Vorreiter zu werden. Das KHZG erschien daher wie ein Hoffnungsschimmer. Endlich finanzielle Mittel explizit für Vorhaben zur digitalen Transformation der Krankenhauslandschaft. Und bereits im Vorfeld war klar: es würde nicht nur Geld verteilt, sondern der Erfolg soll durch Reifegradmessungen vor und nach Projektumsetzung ermittelt werden

Ich bin ein Freund von hohem Anspruch. Und bis hierhin voller Euphorie, was das KHZG angeht. Diese erfuhr nun einen Dämpfer nach der heutigen Lektüre des Entwurfs der Förderrichtlinie zum KHZG.

Eine Fülle von Kriterien wird da aufgeführt, von denen nach meiner Meinung einzeln betrachtet fast alle sinnvoll sind. Allein die Menge an Pflichtbedingungen und besonders deren Kombination führen jedoch bei manchen Fördertatbeständen zu Messlatten, die selbst für ehrgeizige Bewerber unerwartet hoch aufgehängt wurden. Zu hoch, wie ich finde. Will das KHZG uns vor Augen führen, was alles möglich ist und wie weit wir davon entfernt sind? Oder will es, dass dieser große Graben endlich durchschritten wird? Dann brauchen die Krankenhäuser machbare Zwischenschritte.

Digitales Aufnahmemanagement

Da sollen Patienten im Vorfeld Service- und Wahlleistungen buchen können. Ist das ein für alle nützlicher digitaler Helfer oder wird da eine Zweiklassenmedizin ausgebaut? Auch ein Online-Check-In-Terminal steht auf meiner Prioritätenliste nicht in den vorderen Rängen. Sondern vielmehr die ebenfalls geforderte schlichte aber nützliche Online-Terminierung, genauso wie das Verbinden zu den Patienten nach Hause, wo diese sich – digital unterstützt – in Ruhe auf den Krankenhausaufenthalt vorbereiten können. Checklisten ausfüllen, Unterlagen hochladen, Aufklärungen durcharbeiten sind nur ein paar Kriterien, die Check-In-Terminals in den Schatten stellen.

Digitales Behandlungsmanagement

Hier wird verlangt, dass „die Daten der Patientinnen und Patienten, generiert durch (sensorbasierte) Wearables, Smart Devices oder Smartphone Apps in strukturierter Form“ abgerufen und in der Pflegeplanung berücksichtigt werden können. Die meisten Krankenhäuser wären froh, wenn die ureigenen (Medizin-)Geräte vernünftig an die IT angebunden wären. Es ist nicht der Zeitpunkt, über die Anbindung der jetzt schon kaum überschaubaren Anzahl an Apps und Wearables nachzudenken.

Systeme zur automatisierten und sprachbasierten Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen

Nach einigen sinnvollen Muss-Kriterien wird zu guter Letzt die Möglichkeit eingefordert, analoge Dokumente nicht nur zu digitalisieren, sondern deren Inhalte automatisch zu erkennen und zur Weiterarbeitung nutzbar zu machen. Wer sich ein wenig damit beschäftigt, wie aufwendig es ist, aus unstrukturierten (analogen) Quellen die Essenz medizinisch zuverlässig verwertbarer Daten zu

gewinnen, weiß, dass man hier zwar ins Träumen, aktuell aber kaum in die Umsetzung kommen kann.

Einrichtung von teil- oder vollautomatisierten klinischen Entscheidungsunterstützungssystemen

Hier will man Entscheidungsunterstützungssysteme einführen, die „eine gerichts feste und nachvollziehbare Dokumentation des Entscheidungsprozesses gewährleisten“. Ich erinnere mich an zahlreiche Fachvorträge, wo ausgeführt wurde, wie schwer es ist, einer künstlichen Intelligenz die Antwort auf die Frage zu entlocken, wie diese eine Entscheidung getroffen hat. Das liegt in der Natur der Sache. Der clevere Hans oder Forschungsgebiete wie Layer-wise Relevance Propagation sollen an dieser Stelle exemplarische Zeugen sein.

Digitales Medikationsmanagement

Dieses Kapitel bereitet mir die meisten Sorgen. Denn es nennt einen notwendigen Punkt. Hier können substanzielle Verbesserungen insb. durch die Reduktion von Fehlern bei der Medikation erzielt werden. Und gerade hier wird schlussendlich ein Zielsystem skizziert, das Unit-Dose voraussetzt. Obwohl Unit-Dose explizit als Kann-Kriterium genannt wird, implizieren die Muss-Kriterien einen vollständigen Closed-Loop-Prozess, der nur durch ein Unit-Dose-System erreicht werden kann. In EMRAM-Leveln ausgedrückt müssten die Krankenhäuser also die Stufe 6 erreichen. Wer weiß, dass wir in Deutschland von unterhalb der dritten Stufe starten müssen, kann sich vorstellen, was allein hier zu leisten wäre.

Es ließen sich mühelos weitere Punkte ergänzen. Als Person mit IT-Fokus erlaube ich mir zum Schluss nur noch den Blick auf den glücklicherweise streng geforderten Aspekt der IT-Sicherheit. Und da lade ich die Leser ein, sich einem Logik-Test zu unterziehen und den im Entwurf enthaltenen Halbsatz „oder eine Kombination davon zum Ziel haben“ mit den davor aufgelisteten Muss-Kriterien in Einklang zu bringen. Mir ist es nicht gelungen.

Das Bild begann mit einem sportlichen Vergleich, so soll das Fazit auch damit enden: Es bleiben nicht mehr viele Tage, bis die Förderrichtlinie veröffentlicht werden soll. Latten an Hochsprunganlagen werden heutzutage maschinell gesteuert und es geht schnell und einfach, die Höhe zu verstellen. In diesem Fall appelliere ich an diejenigen, die an der Steuerkonsole sitzen, die Latte ein gutes Stück zu senken. Das gelingt durch das eine oder andere „oder“ zwischen den vielen Muss-Kriterien und die Verschiebung unrealistischer Forderungen in den Kann-Bereich. Wir brauchen beim KHZG keinen Weltrekordsprung, wir brauchen viele deutsche Meister.

Dr. Pascal Grüttner, stv. Vorsitzender Digital Health Germany e. V.