

Stefan Müller-Mielitz, Beat Sottas, Alexander Schachtrupp (Hrsg.)

Innovationen in der Gesundheitswirtschaft

Theorie und Praxis von Businesskonzepten –
10 Jahre B. Braun-Stiftung Mentoringprogramm

© Bibliomed – Medizinische Verlagsgesellschaft mbH, Melsungen, 1. Auflage 2017

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, behält sich der Verlag vor. Ohne schriftliche Genehmigung durch den Verlag darf kein Teil des Werkes in irgendeiner Form mit mechanischen, elektronischen oder fotografischen Mitteln reproduziert, gespeichert oder in Online-Dienste eingespeichert werden.

Printed in Germany by Druckerei Berencker GmbH, Melsungen

ISBN 978-3-89556-061-3

Inhalt

1 Prolog.....	5
1.1 B. Braun-Stiftung.....	8
1.2 Careum Stiftung.....	11
1.3 Das Mentoringprogramm.....	13
2 Herausforderungen – Analyse – Interprofessionalität.....	17
2.1 Ausgewählte Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft.....	18
2.2 Die Delphi-Technik zur Stakeholder-Einbindung.....	29
2.3 Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten.....	40
3 Action Research – Nutzerzentrierung – Nutzereinbindung.....	53
3.1 Action Research – Aktionsforschung am Beispiel des B. Braun-Mentoringprogramms.....	54
3.2 Innovation vom Nutzer her gedacht mit Design Thinking.....	68
3.3 Die Persona als Methode im Innovationsprozess.....	89
4 Finanzierung – Projektcontrolling – Soziale Absicherung.....	105
4.1 Crowdfunding als alternative Finanzierung.....	106
4.2 Projektcontrolling von der Theorie zur Praxis.....	120
4.3 Soziale Absicherung von Selbstständigen.....	139
5 Digitalisierung – E-Health-Plattformen – Neue Gesundheitsstandorte.....	155
5.1 Erfolgsfaktoren bei der Einführung digitaler Workflows im Krankenhaus.....	157
5.2 Geschäftsmodell Offene „E-Health-Plattform“ – Anforderungen und Potenziale.....	170
5.3 Geschäftsfeld „Assistenz“ am Gesundheitsstandort „Häusliche Umgebung“.....	196
6 Businesspläne in der Praxis.....	207
6.1 Businesspläne aus den Mentoringprogrammen 2012, 2014, 2016.....	208
6.2 Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten.....	219
6.3 Europäisches Kompetenzzentrum: Behandlung von Gefäßmalformation.....	241
6.4 Einrichtung einer Überleitungsstation für Patienten mit besonderem Pflegebedarf.....	261
6.5 SEDKO – Service durch Koordination „Wir sorgen für Sie“.....	276

7 Epilog	287
8 Autorinnen und Autoren	289
Eva Abegglen	289
Katleen Adanlété	289
Gaby Baller	290
Martin Benedict.....	290
Martin Bierbaum.....	291
Lars Blady	291
Martin Burwitz.....	292
Uwe Fachinger.....	292
Antje Frischmann	292
Michael Garkisch.....	293
Verena Glöckner.....	293
Vanessa Gürkan	294
Nicole Jacob.....	294
Ansgar Jonietz.....	295
Juliane Köberlein-Neu.....	295
Jasmin Lennartz.....	296
Stefanie Mielitz.....	296
Stefan Müller-Mielitz.....	297
Elisabeth Quiske.....	297
Alexander Schachtrupp.....	298
Bernhard Schaller.....	298
Hannes Schlieter.....	299
Karin Schnabel.....	299
Clifford Sell	299
Beat Sottas	300
Katharina Stahnke	300
Andrea Thöne	301
Jana Wolf Sussman	301
Kai Wehkamp	302
Andreas Zieher.....	302

Der Rückblick auf zehn Jahre Mentoringprogramm ist Anlass, eines der Kernstücke des Förderprogramms für künftige Innovatorinnen und Innovatoren im Gesundheitswesen primär aus Sicht der Geförderten selbst zu reflektieren: die Businesspläne, die für Unternehmungen in der Gesundheitswirtschaft erstellt werden.

Diese Businesspläne sind ein ideales Instrument, um das unternehmerische Denken zu schärfen und zu schulen. Dabei werden Produkt- oder Geschäftsideen, Prozessoptimierungen oder innovative Dienstleistungen etc. nach einer vielfach bewährten systematischen Methodik dargestellt und u. a. hinsichtlich ihrer Machbarkeit und Erfolgchancen geprüft. Die Orientierung an einer Art standardisiertem Raster hat dabei den Vorteil, den (notwendigen) Idealismus und Enthusiasmus in ein zuweilen harsches Umfeld einzusortieren, zwangsläufig auftauchende Fragen proaktiv zu adressieren, Chancen und Risiken abzuwägen oder auch die Grundfrage anzugehen, ob denn aus einer Idee überhaupt ein wirtschaftlich aussichtsreiches Vorhaben werden kann.

Die B. Braun-Stiftung führte im Jahr 2016 zum sechsten Mal das berufsbegleitende Mentoringprogramm „Management in der Gesundheitswirtschaft“ durch. Seit 2006 haben nunmehr 150 Nachwuchs-Führungskräfte diese im deutschsprachigen Europa einzigartige Weiterbildung absolviert und sind zu einer Alumni-Gemeinschaft geworden, die ein berufs-, sektoren- und länderübergreifendes Netzwerk als Ressource zur Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft nutzen kann.

Viele Projekte im Gesundheitswesen münden nicht in einen nachhaltigen Betrieb oder scheitern. Die ungenügende Wirtschaftlichkeit ist dabei oft der letzte Dominostein, der ein Vorhaben zu Fall bringt. Dies führt zu den zentralen Fragen nach dem Blick für das Ganze: Sind die Projekte nicht genügend vorbereitet worden? Wurden die Rahmenbedingungen und das Umfeld zu optimistisch eingeschätzt? War das Unternehmer- oder Projektteam falsch zusammengesetzt? Konnte die Idee Investoren und Kunden nicht überzeugend vermittelt werden? Fehlte es an Know-how und Instrumenten, um den notwendigen Mehrwert für Teilnehmer der Gesundheitsversorgung zu zeigen? Ein Businessplan ist dabei ein wichtiges Plausibilisierungsinstrument. Aber: Papier ist geduldig – neue Ideen im Gesundheitswesen bedürfen vieler Komponenten und Kompetenzen, um erfolgreich zu sein.

Die Erfolgsgeschichten und die meist weniger sichtbaren Verläufe des Scheiterns machen deutlich, dass im Management der Gesundheitswirtschaft ein großer Bedarf an Nachwuchsführungskräften besteht, die den Blick für das Ganze und einen gut gefüllten Rucksack mit interdisziplinärem Wissen, interprofessioneller Kooperationskompetenz und der Fähigkeit zur praktischen Umsetzung mitbringen.

Insbesondere der interprofessionelle Ansatz des Mentoringprogramms verspricht sehr gute Erfolgsaussichten. Bereits etabliert im Konzept des „Design Thinking“, kommen interprofessionelle Gruppen zu neuen und anwendungsnahen Lösungen. Voraussetzung ist neben der Kompetenz im „eigenen“ Bereich die Bereitschaft, sich auf andere Bereiche einzulassen und gemeinsam eine Lösung zu entwickeln.

Im Sinne einer konstruktiven Weiterentwicklung des Programms sowie zur Zusammenführung von Kompetenzen und Potenzialen vereint sich das Alumni-Netzwerk „Mentoringprogramm“ der B. Braun-Stiftung mit dem Netzwerk der „Expertise in Leadership“, das ebenfalls von der B. Braun-Stiftung unterstützt wird. Einige der Mitglieder dieses Netzwerkes lernen Sie in diesem Buch kennen. Erweitert wurden die Themen durch ausgewiesene Expertinnen und Experten, die Beiträge mit Bezug zur Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft verfasst haben. Ihnen allen gilt unser Dank für die geleistete Arbeit!

Mit dem Buch sollen der Rahmen und die Intentionen des Förderprogramms einer breiteren Leserschaft vertraut gemacht werden. Dabei legen einerseits die B. Braun-Stiftung und andererseits die am Förderprogramm seit 2010 ebenfalls beteiligte Careum Stiftung aus Zürich jeweils ihre Ziele und Erwartungen dar. Diese Einstimmungs- und Aufwärmrunde wird komplettiert durch einen Blick auf den didaktischen Aufbau und die Anpassungen des Mentoringprogramms, auf ausgewählte aktuelle Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft sowie Reflexionen über Aktionsforschung (wie sie auch gerade im Mentoringprogramm gelebt wird) und die Mehrwerte von interprofessioneller Kooperation im Allgemeinen und aus wirtschaftlicher Sicht im Besonderen.

Rund die Hälfte des Buches beschäftigt sich mit theoretischen Aspekten von Businessplänen. In den neun Beiträgen werden sowohl Antworten auf Grundsatzfragen gegeben als auch methodische Hilfestellungen angeboten oder Anwendungsfelder und Erfolgsfaktoren skizziert. Neben der Frage der sozialen Absicherung von Selbstständigen werden nützliche methodische Tools vorgestellt (Design Thinking, Personadarstellungen, Delphi-Technik) sowie Ratschläge für die Finanzbeschaffung mittels Crowd Funding und für das Projektcontrolling mitgegeben. Die Anwendungsfelder (digitale

Workflows, offene E-Health-Plattform und ICT-Assistenz bei der Versorgung im Privathaushalt) stehen exemplarisch für Bereiche, die im Mentoringprogramm wegen der schier unendlichen Potenziale immer wieder angesprochen wurden und in denen mit klugen Innovationen und Geschäftsmodellen Antworten auf die steigenden Bedarfe gefunden werden müssen, die auch ethischen Standards gerecht werden.

Die zweite Hälfte ist dem Schaffen an Businessplänen in den Durchführungsjahren 2012, 2014 und 2016 gewidmet. In einer Übersicht werden alle 25 Themen aufgelistet und mit Kurzzusammenfassungen dokumentiert. Vier Businesspläne (Patientenbriefe nach stationärem Aufenthalt, Gründungsprojekte für ein europäisches Kompetenzzentrum für Gefäßmalformationen, eine Überleitungsstation mit besonderem Pflegebedarf und ein Koordinationsservice in der Versorgung) sind von den jeweiligen Teams für den vorliegenden Band überarbeitet worden. Dieser Zusatzeffort verdient besondere Anerkennung. Den Mentees künftiger Programme mögen diese Businesspläne Ansporn und Quelle der Inspiration sein.

Abschließend finden sich Porträts aller 25 Autorinnen und Autoren, die zum Gelingen dieses Buches beigetragen haben. Durch ihr Engagement ist viel mehr als ein geraffter Rückblick entstanden – es ist eine Reflexion des Erlebten und Erreichten. Darüber hinaus dokumentiert das Buch anhand des Businessplans als einem Kernelement des Mentoringprogramms auch in exemplarischer Weise einen Prozess, der vom Bemühen geprägt ist, einen konstruktiven Dialog über unternehmerisches Denken zu führen sowie voneinander, miteinander und übereinander zu lernen, um laufend besser zu werden.

Stefan Müller-Mielitz

Beat Sottas

Alexander Schachtrupp

1.1 B. Braun-Stiftung

Alexander Schachtrupp, Nicole Jacob, Andrea Thöne

B. BRAUN-STIFTUNG

DER GESUNDHEIT NEUE WEGE BEREITEN

Gemäß ihrem Motto „Der Gesundheit neue Wege bereiten“ sieht sich die B. Braun-Stiftung als Förderin der Medizin und des Gesundheitswesens. Die Stiftung mit Sitz in Melsungen fördert seit 50 Jahren Führungs- und Fachkompetenzen junger Menschen in der Gesundheitsversorgung. Sie ist heute ein moderner Betrieb – vernetzt und international aktiv.

Die Stiftung entstand auf Initiative der Unternehmerfamilie Braun aus Melsungen. Die Unternehmer Otto und Dr. Bernd Braun haben die Stiftung 1966 gegründet, um Krankenpflegepersonal und junge Ärzte in ihrer fachlichen Weiterbildung zu fördern. Die Brüder wollten dem medizinischen Fachpersonal eine Möglichkeit geben sich fortzubilden, indem die Verkaufserlöse der damals schon bestehenden Fachzeitschrift „Die Schwester“, heute bekannt als „Die Schwester Der Pfleger“ (erscheint im Bibliomed-Verlag), in die Stiftung flossen.

Bis heute ist der Beitrag der Unternehmerfamilie Braun ganz wesentlich für die Arbeit der B. Braun-Stiftung. So verfügt die Stiftung mittlerweile über einen Kapitalgrundstock von 21 Millionen Euro und stellt jährlich Stipendien für Forschung und Weiterbildung in Höhe von bis zu einer Million Euro zur Verfügung. Seit ihrer Gründung hat die Stiftung rund 15 Millionen Euro an Fördergeldern ausgeschüttet.

Die Satzung der Stiftung legt dezidiert drei Tätigkeitsfelder fest:

- die Förderung von Fort- und Weiterbildung bzw. die Vergabe von Stipendien an einzelne Personen. Dieser Personenkreis umfasst Mediziner, Pflegende, Krankenhausleiter, Krankenhaus-Verwaltungsangestellte und Krankenhausapotheker
- die Förderung von Wissenschaft und Forschung auf den Gebieten der Humanmedizin, der Krankenpflege und der Medizintechnik

- die Förderung von Veranstaltungen, z. B. Kolloquien und Symposien, die dem Stiftungsziel dienen: einen Beitrag leisten zur Fortentwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens

Das Mentoringprogramm für Nachwuchskräfte im Gesundheitswesen ist ein Beispiel dafür. Dabei geht das Mentoringprogramm davon aus, dass vom Kernbereich der eigentlichen Gesundheitsversorgung bis hin zur gesamten Gesundheitswirtschaft großer Bedarf an Nachwuchsführungskräften mit interdisziplinärem Wissen, interprofessioneller Kooperationskompetenz und der Fähigkeit zur praktischen Anwendung besteht. Entsprechend bringen die B. Braun-Stiftung und die Careum Stiftung junge Fachkräfte mit herausragenden Experten aus der Gesundheitswirtschaft zusammen. Die Teilnehmer oder Mentees haben eine Ausbildung in Medizin, Pflege, Pharmazie, Wirtschaft oder Recht und sind aktuell in der Krankenversorgung, Sozialversicherung und Gesundheitspolitik tätig. Alternative Tätigkeitsbereiche der Teilnehmer umfassen Wissenschaft, Industrie, Journalismus oder Management im Bereich der Gesundheitswirtschaft. Das achtmonatige Programm ist begleitend zur beruflichen Tätigkeit angelegt. Unter der wissenschaftlichen Leitung des International Health Care Institute der Universität Trier haben die Träger die Struktur für eine Reihe von sieben Veranstaltungen entwickelt, die alle zwei Jahre von März bis November von Seminarleitern und Referenten mit aktuellen Inhalten ergänzt und durchgeführt werden. Bisherige Themenschwerpunkte sind: „Ethik und Ökonomie“, „Führung und häusliche Versorgung, Gesundheitswirtschaft“, „Sektorenübergreifende Innovationen in der ambulanten und häuslichen Versorgung“ und „Das Krankenhaus als Unternehmen“.

Ergänzt wird das Programm durch die persönliche Unterstützung der Mentoren. Die Mentoren sind in leitenden Positionen von Krankenhäusern, Krankenkassen, Politik, Wissenschaft, Dienstleistern, Verlagen der gesamten Gesundheitswirtschaft tätig.

Einen Höhepunkt bilden die bereits angesprochene Entwicklung eines Businessplans als Gruppenarbeit und die abschließende Studienreise in ein anderes europäisches Land, um das dortige Gesundheitssystem kennenzulernen. Bereist wurden bislang Barcelona (2006), Luzern (2008), Wien (2010), Amsterdam (2012) und London (2014). In 2016 führte die Reise nach Kopenhagen.

Aktuell bilden wir 30 Mentees aus Deutschland, Österreich und der Schweiz weiter. Seit 2006 haben insgesamt 179 Menschen aus verschiedensten Berufsgruppen das Mentoringprogramm absolviert.

Die B. Braun-Stiftung wird auch zukünftig „der Gesundheit neue Wege bereiten“ und das Mentoringprogramm weiterführen. Die Inhalte des Programms sind flexibel und werden immer wieder an die neuen Herausforderungen innerhalb der Gesundheitswirtschaft angepasst: Demografischer Wandel, häusliche und ambulante Versorgung, E-Health, strengere Gesetze und Rahmenbedingungen sind nur einige Stichworte, die einen konstanten Wandel des Gesundheitssystems erfordern. Dabei werden die Träger des Mentoringprogramms vom Netzwerk der Stiftung unterstützt. Dieses Netzwerk besteht aus Mentoren, Seminarleitern, Referenten und nicht zuletzt aus den ehemaligen Teilnehmern, den Alumni. Um dieses Netzwerk zu pflegen, werden jährlich Alumni-Treffen veranstaltet. Ein Pflichttermin ist dabei das Treffen auf dem Nationalen DRG-Forum in Berlin. Die Stiftung unterstützt aber auch von den Alumni selbst initiierte, lokale Treffen und stellt den Teilnehmern und Absolventen eine elektronische Plattform für den direkten und höchsten Datenschutzanforderungen entsprechenden Austausch zur Verfügung: die B. Braun-Stiftung Community.

Die vielfältigen Angebote der B. Braun-Stiftung sollen so dazu beitragen, das Gesundheitssystem in Deutschland und im deutschsprachigen Europa weiterzuentwickeln – ganz im Sinne der beiden Stifter, die dieses Ziel bereits 1966 im Stiftungszweck verankerten.

1.2 Careum Stiftung

Beat Sottas

Die 1882 in Zürich gegründete Careum Stiftung (www.careum.ch) fördert Bildung im Gesundheits- und Sozialwesen durch Innovation und Entwicklung.

Unter dem Motto „Die Gesundheitswelt der Zukunft denken“ setzt die liberalen Werten verpflichtete Stiftung neue Akzente in der Aus- und Weiterbildung, um die künftigen Akteure im Gesundheitswesen auf ihre Aufgaben vorzubereiten, interprofessionelles und intersektorales Denken sowie Kooperationsbereitschaft als Schlüsselkompetenz zu verankern, Leadership auf allen Ebenen ihres Wirkens zu entwickeln und in ihnen auch im unternehmerischen Sinne transformative Kräfte zu wecken.

Die Gesundheitswirtschaft ist der volkswirtschaftliche Bereich mit den stärksten Wachstumsaussichten – allerdings lassen mehrere kumulativ wirkende Megatrends erkennen, dass gewaltige Herausforderungen und fundamentale Umbrüche anstehen und Führungspersonen stark fordern werden. Auch wenn sich der Gesundheitssektor aktuell im Spannungsfeld von regulatorischem Beharren sowie technologischem und demografischem Wandel, neuen Steuerungsinstrumenten mit Anreizsystemen und veränderten Kundenerwartungen schon äußerst dynamisch entwickelt, dürften die Geschwindigkeit des Wandels zunehmen und disruptive Verwerfungen eher die Regel als die Ausnahme werden.

Zukunftsfähige Führungskräfte müssen deshalb eine ausgeprägte Sensibilität für Triebkräfte und Blockaden sowie für sektorenübergreifende Prozesse und gegenseitige Abhängigkeiten haben.

Seit 2010 arbeitet die Careum Stiftung mit der B. Braun-Stiftung im Mentoringprogramm zusammen, um durch aktives Mitwirken an diesem Förderprogramm einen Beitrag zur Stärkung der Managementkompetenz im Gesundheitssektor zu leisten. Ausschlaggebend sind zwei Aspekte, die sich aus den Grundsätzen unserer liberalen Bildungsinstitution ableiten:

- Careum will Leadership im Gesundheitswesen fördern (primär durch interprofessionelles Lernen, das über die zumeist monoprofessionelle Prägung hinausführt).
- Mit Blick auf die europäische Integration der Gesundheitswirtschaft soll gerade auf der Ebene der Führungskräfte eine grenzüberschreitende Exposition der Lernenden ermöglicht werden.

Mit dem Mentoringprogramm „Management in der Gesundheitswirtschaft“ für das deutschsprachige Europa ist beides möglich. Entsprechend blickt Careum mit großer Zufriedenheit auf eine fruchtbare und stimulierende Zusammenarbeit im Mentoringprogramm zurück. Careum nutzt gerne die Gelegenheit, jeweils eine Gruppe interessierter und motivierter Mentees aus der Schweiz zu selektionieren, ein Intensivwochenende in Zürich durchzuführen, um ausgewählte Einblicke in die parallelen und doch anders ausgestalteten Innovationsprozesse zu geben, oder auch um bei der Auftaktveranstaltung mit einem World-Café den Austausch zwischen den neuen Mentees durch interaktives Engagement aller zu fördern und gleichzeitig in einem kooperativen Dialog Grundfragen zum Spannungsfeld von Ökonomie und Ethik zu reflektieren.

In Zusammenarbeit mit der unter dem Dach der Careum Stiftung angesiedelten Kalaidos Fachhochschule besteht die Möglichkeit, das Mentoringprogramm als Weiterbildung einer akkreditierten Hochschule (Certificate of Advanced Studies mit 15 ECTS) zu absolvieren. Bisher haben über 20 Teilnehmende das CAS „Management in der Gesundheitswirtschaft“ erworben. An dieser Stelle sei der B. Braun-Stiftung für ihren finanziellen Support der deutschen Absolvierenden des CAS „Management in der Gesundheitswirtschaft“ gedankt.

Die Careum Stiftung und die Kalaidos Fachhochschule schätzen das Potenzial dieses strukturierten Weiterbildungsformats und den gepflegten Stil des Theorie-Praxis-Transfers mit vielfältigen Beispielen guter Führungspraxis sowie den Perspektivwechsel über die Fach-, Professions- und Sektorengrenzen hinweg. Besonders geschätzt haben wir das Wohlwollen, das unseren Vorschlägen zur Optimierung der Lernformen und Lernerfahrungen, zur Ausrichtung auf den Bildungsmarkt und auf die sich ändernden epidemiologischen und gesundheitspolitischen Bedarfe in der ambulanten und häuslichen Versorgung entgegengebracht wurde. Im Laufe der Jahre ist das Mentoringprogramm durch eine inspirierende Kooperation in einem adaptiven Innovationsprozess stetig perfektioniert worden. Aus der Initiative und dem Engagement der B. Braun-Stiftung ist ein Weiterbildungsprodukt entstanden, das sich von vielen anderen Angeboten abhebt und wegen seiner Praxisrelevanz aus der Masse herausragt.

Entsprechend möchten wir seitens der Careum Stiftung und der Kalaidos Fachhochschule für die Möglichkeit danken, an diesem grenzüberschreitenden Programm partnerschaftlich mitzuwirken, dieses mitzugestalten und weiterzuentwickeln – *There is still room for improvement.*

1.3 Das Mentoringprogramm

Alexander Schachtrupp, Beat Sottas, Stefan Müller-Mielitz

1.3.1 Förderziele und didaktisches Konzept

In der Gesundheitswirtschaft besteht Bedarf an Nachwuchsführungskräften mit interdisziplinärem Wissen und interprofessionellen Kooperationskompetenzen. Das gilt sowohl für die größte Gruppe im Krankenhaus, die Pflegekräfte, als auch für Ärzte, Kaufleute und andere Berufe in patientenbezogenen, organisationsbezogenen oder erkenntnisvermehrenden Funktionen der Gesundheitswirtschaft. Die komplexer werdenden Rahmenbedingungen, die zunehmende Integration der Prozesse, der Kostendruck und die Anforderungen an die Steuerung erhöhen diesen Bedarf.

Die B. Braun-Stiftung will im Mentoringprogramm in Zusammenarbeit mit der Careum Stiftung aus Zürich unternehmerisch begeisterte, qualifizierte junge Menschen aus Management, Industrie, Medizin, Pflege und Wissenschaft mit Experten und Mentoren aus der Gesundheitswirtschaft zusammenbringen.

2006 hatte die B. Braun-Stiftung die Idee, zusammen mit Prof. Dr. Andreas J. W. Goldschmidt von der Universität Trier ein Mentoringprogramm für Nachwuchskräfte mit Führungspotenzial in der Gesundheitswirtschaft ins Leben zu rufen. Das Programm ist begleitend zur beruflichen Tätigkeit angelegt und soll kostenfrei sein, wobei die Teilnehmenden lediglich die Reise- und Übernachtungskosten selbst tragen. 2010 konnte die B. Braun-Stiftung die Careum Stiftung aus der Schweiz als weiteren Partner gewinnen und das Programm international ausdehnen.

Das Mentoringprogramm fördert Nachwuchsführungskräfte durch eine Exposition in einem stimulierenden Lernumfeld mit Theorieimpulsen, fach- und länderübergreifenden Lerngruppen und der Reflexion der guten Praxis. Die Förderung des unternehmerischen Denkens und Handelns der Teilnehmer ist eine Hauptzielsetzung des Programms. Zur Herausbildung der dazu notwendigen Kompetenzen wird an der interprofessionellen Kooperation, am Unternehmergeist und am Erkennen von Marktchancen gearbeitet.

Das Konzept des Mentoringprogramms besteht aus der Kombination von mehreren Elementen während der achtmonatigen Dauer:

Die **Intensivseminare** in Deutschland und in der Schweiz werden mit einer Auftaktveranstaltung eröffnet. Es sind Lerngefäße mit fall- und problembasiertem Lernen

zur Aktualisierung des Wissens und zur Erweiterung der Kompetenzen. Durch das Zusammenführen von Absolventen mit unterschiedlichen fachlichen und arbeitsbezogenen Hintergründen dienen sie der Standortbestimmung und Reflexion, aber auch dem Lernen miteinander, voneinander und übereinander. In dieser Phase ist die Begleitung der Mentees primär durch die Programmverantwortlichen und die renommierten Referenten aus Wissenschaft, Wirtschaft und Praxis gewährleistet.

Die **interprofessionelle Projektarbeit an einem Business Case** ist ein Kernstück, das sich über die Dauer des Mentoringprogramms erstreckt. Die Konzeptionierung eines Geschäftsmodells – sei es gemeinnützig, sei es gewinnorientiert – erfolgt dabei im Rahmen einer Gruppenarbeit, welche zum Ziel hat, einen präsentationsreifen Businessplan zu erstellen. Wegen der geografischen Distanz müssen dabei ergänzend zu den Gruppenmeetings im Kontext der Intensivseminare zeitgemäße Arbeitsformen und Kooperationsinstrumente eingesetzt werden.

Das eigentliche **Mentoring** besteht aus einer persönlichen Unterstützung in Form eines mehrtägigen „Begleitens“ durch erfolgreiche und erfahrene Persönlichkeiten. Diese unterstützen die ihnen zugeteilten Mentees aus Berufung und engagieren sich im Ehrenamt, um angehenden Führungskräften den Einstieg in die Verantwortung als Manager zu erleichtern. Sie sind persönliche Ansprechpartner, reflektieren die Konzepte und Kompetenzen der Mentees und schlagen eine Brücke in die Praxis, indem sie Perspektiven aufzeigen und Erfahrungen weitergeben. Mentorinnen und Mentoren haben kein Eigeninteresse im beruflichen Umfeld ihrer Mentees, können sich aber später zu wichtigen Ansprechpartnern entwickeln.

Die abschließende **Studienreise** in ein anderes europäisches Land bildet den Höhepunkt des Programms. Zum einen wird dabei die Chance genutzt, Einblicke in ein anders funktionierendes Gesundheitssystem zu erhalten. Zum anderen ist es der ideale Rahmen, um zusammen mit der Programmleitung, den Mentoren und den Alumni die erarbeiteten Businesspläne zu diskutieren, zu evaluieren und konstruktiv zu bewerten.

Zusätzlich kommen die Mentees in den Genuss verschiedener Mehrwert-Angebote:

- Teilnahme am DRG-Forum mit separatem Programmteil für Alumnis
- Führungsseminare in verschiedenen Regionen in Deutschland und in der Schweiz
- Certificate of Advanced Studies (CAS) „Management in der Gesundheitswirtschaft“
- an der zur Careum Stiftung gehörenden Kalaidos Fachhochschule Gesundheit-Alumni-Veranstaltungen zur Erweiterung des Netzwerks

- Zugang zu Informationen, die auf die Internet-Plattform geladen werden
- Austausch mit den Absolventen der Leadership-Programme der B. Braun-Stiftung
- Mitwirken als Mentorin oder Mentor in den nachfolgenden Programmen.

1.3.2 Ausrichtung auf neue Entwicklungen in der Gesundheitswirtschaft

Das Mentoringprogramm ist ein großartiger Erfolg und zählt inzwischen 176 Alumni. Aufgrund der Veränderungen im Umfeld der Gesundheitswirtschaft wird es seit 2006 kontinuierlich weiterentwickelt. Zu Beginn galt das Interesse primär dem Thema „Krankenhausmanagement“. Dieses ist und bleibt einer der Schwerpunkte, und es wird in einer ersten inhaltlichen Erweiterung das Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Ethik adressiert.

Eine wesentliche Neuerung im 2016er-Programm ist der Fokus auf Prozesse in der Gesundheitswirtschaft, welche inhaltlich die gesamte „Gesundheitsleistungskette“ umfassen, d. h. von der Prävention über die stationäre Behandlung bis zur Pflege und Rehabilitation sowohl in der häuslichen Umgebung als auch in der ambulanten und stationären Versorgung alle Lebensbereiche des gesunden oder erkrankten Menschen berücksichtigen. Die Veränderung wird deutlich, wenn die Arbeiten von Preuß (1997) als Ausgangspunkt genommen werden.

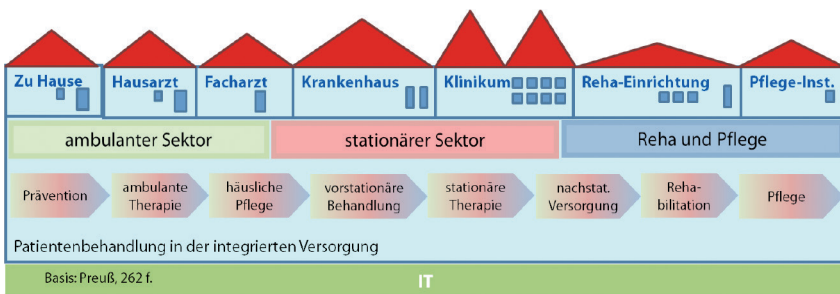


Abb.: Gesundheitsleistungskette (eigene ergänzte Darstellung nach Preuß)

Die konventionelle Abfolge der Behandlungs- und Therapie-Dienstleister orientiert sich am Paradigma der intervenierenden Akutmedizin. Die Zunahme der chronischen Krankheitsverläufe einer älter werdenden Bevölkerung macht aber deutlich, dass Heilung oft nicht möglich ist. Ziel der Behandlung ist dann vielmehr, Lebensqualität und Funktionsfähigkeit möglichst lange zu erhalten. Im Versorgungssystem löst sich das herkömmliche Modell mit einer deutlichen Trennung von ambulant und stationär zusehends auf.

Mit den DRGs wird das Krankenhaus im Versorgungskontinuum neu einsortiert als Ort episodischer Stippvisiten: Neben dem Wachstum der Spitalambulanz weist der Trend Richtung home care und „hospital@home“ mit innovativen Pflege- und Therapiemodellen bei komplexer Nachsorge, aufsuchender Betreuung, Ambient Assisted Living bzw. Alltagsunterstützende Assistenzlösungen und Tele-Monitoring sowie die Verbindung und technische Vernetzung der Akteure und Gesundheitsstandorte durch Informationstechnologie und zunehmende Digitalisierung. Die Therapie-Dienstleister und Langzeit-Institutionen schaffen neue kundenorientierte Angebote, und mit integrierter Versorgung gibt es Prozesse, die von der häuslichen über die ambulante und teilstationäre Versorgung in die Reha hineinlaufen. Versorgung besteht zunehmend aus zirkulären Prozessen.

Angesichts dieser Brüche und Verschiebungen nimmt die Krankheits- und Lebensbewältigung im Privathaushalt und im sozialen Umfeld eine zunehmend wichtigere Rolle ein. Neben dem ambulanten und stationären Aufenthalt wird die häusliche Umgebung zum dritten Gesundheitsstandort.

Die Orientierung an der Gesundheitsleistungskette zieht sich wie ein roter Faden durch die Intensivseminare. Das Versorgungskontinuum erfordert, dass allen Beteiligten im ambulanten und häuslichen Umfeld – den Gesundheitsdienstleistern, den Patienten und auch den pflegenden Angehörigen – gebührende Aufmerksamkeit geschenkt wird. Im Rahmen des Mentoringprogramms werden Möglichkeiten geboten, die Chancen neuer sektorenübergreifender Modelle der Leistungserbringung zu diskutieren und in Form von Businessplänen unternehmerisch zu beurteilen. In der Gesamtbetrachtung ist dabei die ethische Reflexion von ebenso hoher Bedeutung wie die Wirtschaftlichkeit. Zum einen fördern die Tarifsysteme die punktuellen Interventionen und Drehtüreffekte, zum anderen entstehen im Rahmen der „Ambulantisierung“ Effekte, deren Folgen für die Gewinner und Verlierer beim unternehmerischen Handeln mit ethischer und sozialer Verantwortung zu bedenken sind.

Die Beteiligten des Mentoringprogramms, die alle aus dem Bereich des Gesundheitswesens kommen, werden dort abgeholt, wo sie täglich arbeiten. Dadurch wird der Bezug zwischen Praxis, theoretischer Untermauerung und praxisnaher Umsetzung hergestellt. Das Ziel ist und bleibt, mit diesem einzigartigen und grenzüberschreitenden Programm künftige Führungskräfte in der Gesundheitswirtschaft zu unterstützen und sie in ihrer Entwicklung bei sektorenübergreifenden Managementaufgaben zu stärken.

2 | Herausforderungen – Analyse – Interprofessionalität

Herausforderungen

Zwei aktuelle Herausforderungen des Gesundheitswesens beleuchtet Stefan Müller-Mielitz im ersten Artikel des Buches: Digitalisierung und Big Data. Dabei gibt er einen definitorischen Einblick und zeigt anhand von Beispielen, welches Potenzial für neue Geschäftsmodelle in diesen Themen steckt. Die Themen sind deshalb von Bedeutung, da sie alle Akteure des Gesundheitswesens auf Erbringer- und auf Nehmer-Seite betreffen und insbesondere durch die Digitalisierung innovative, aber auch effiziente Lösungen möglich sind. Big Data kann in Zukunft die Effektivität der medizinischen Leistung erhöhen und bietet somit viel Raum für neue Ideen und Geschäftsmodelle.

Analyse

Juliane Köberlein-Neu erklärt in ihrem Artikel „Delphi-Technik zur Stakeholder-Einbindung“, wie es dem Innovator durch schriftliche Befragung von Professionals gelingen kann, Lücken im Konzept zu finden und Ideen zu generieren, um diese offenen Flanken zu schließen. In Delphi-Studien wird überwiegend mit schriftlichen Befragungen gearbeitet, die in der Regel eine Kombination von offenen und geschlossenen Fragen enthalten (Ludwig, 1997). Die Frageeinheiten werden von den Teilnehmenden auf ihre Relevanz hin eingeschätzt und die Einschätzungen mit beschreibender Statistik zusammengefasst (Häder, 2009). Es gibt unterschiedliche Durchführungsformen von Delphi-Befragungen, z. B. solche, in denen bereits in der ersten Runde ein strukturierter Fragebogen zum Einsatz kommt, welcher anhand von Literaturrecherchen, Befragung von Schlüsselpersonen, Pretests mit einigen Experten oder Ähnlichem konstruiert wird (Burns & Grove, 1993; Groen & van der Bruggen, 1996; Häder, 2009).

Interprofessionalität

Beat Sottas zeigt in seinem Beitrag zunächst einige Entwicklungen im Umfeld der Gesundheitswirtschaft auf, die interprofessionelle Kooperation fördern oder erfordern. Im darauffolgenden Teil seines Beitrags zeigt er grundsätzliche Aspekte von Interprofessionalität auf und beleuchtet diese. Im dritten Teil richtet Beat Sottas den Blick auf die ökonomischen Fragen der Interprofessionalität bzw. auf die Hypothese der Kosteneffizienz im Kontext der Interprofessionalität.

2.1 Ausgewählte Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft

Stefan Müller-Mielitz

2.1.1 Einleitung

Zwei große „Hype-Themen“ bestimmen seit einigen Jahren die Gespräche auf den Gesundheitsveranstaltungen: „Digitalisierung“ und „Big Data“ sind vielfach die Leitthemen der öffentlichen Debatte. Aus den vielen Gesprächen und Dialogen wird jedoch deutlich, dass sich die jeweiligen Auffassungen der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen, was diese Themen eigentlich bedeuten und wie diese Themen im Kern zu beschreiben sind, aufgrund ihrer Sichtweisen und Rollen im Gesundheitswesen deutlich voneinander unterscheiden.

2.1.2 Herausforderung „Digitalisierung“

Derzeit werden in der Regel noch 80 Prozent der Dokumentation in den Krankenhäusern auf Papier erzeugt, mit entsprechenden Ausnahmen in bestimmten Krankenhäusern nach oben und unten. Es gibt das Klinikum Eppendorf, das angibt, komplett papierlos zu arbeiten, es gibt aber auch noch viele Krankenhäuser, die neben der „klassischen“ Papierakte einen Datenwust im zentralen IT-System, dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS), aufgebaut haben. Dabei besteht ein KIS, nach Lehrmeinung der Medizin-Informatiker, aus allen IT-Systemen in einem Krankenhaus. Der Kern des KIS ist aber in der Regel eine zentrale Datenbank, in der viele elektronisch erzeugte Daten in lokal strukturierter Form vorliegen. Nach den Erkenntnissen der Angewandten Forschung in der Firma DMI (Deutsches Mikrofilm Institut, Münster) kann derzeit nicht – wie der Hübner-Bericht gezeigt hat – von einer steten Zunahme der elektronischen Dokumentation gesprochen werden (vgl. Hübner u. a., 2012). In der aktuell vorherrschenden hybriden Dokumentationswelt von Papier, das digitalisiert wird, und der parallelen Welt von elektronischen Daten in den IT-Systemen muss von einer digitalen Patientenakte gesprochen werden. Eine elektronische Akte würde konsequenterweise weitestgehend aus originär elektronisch erzeugten Dokumenten bestehen.

Die Situationsbeschreibung zeigt auf: Digitalisierte und elektronische Dokumente werden in der Versorgungswelt auf den Stationen des Krankenhauses nicht an einem

Arbeitsplatz zusammengeführt. Dadurch bleiben mögliche Effizienzreserven ungenutzt, und es kommt zur Unzufriedenheit bei den Nutzern. Diese Situation ergibt sich hauptsächlich aus dem digitalen Medienbruch, der dadurch entsteht, dass vielfach elektronisch erzeugte Daten wieder auf Papier ausgedruckt (klassischer Medienbruch) und diese wiederum digitalisiert (gescannt) werden (digitaler Medienbruch).

Digitalisierung des Gesundheitswesens kann auch im Sinne des Aufbaus der Telematik-Infrastruktur verstanden werden. Diese ermöglicht es in einem ersten Schritt, das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) online durchzuführen. Weitere Anwendungen wie Arztbrief und Notfalldatenmanagement sollen folgen. Um in Zukunft elektronische Akten zwischen Leistungserbringern austauschen zu können, sind aber noch eine Reihe von Maßnahmen durchzuführen. Für Krankenhäuser ergeben sich dabei folgende Strategiemöglichkeiten:

2.1.3 Strategien für digitale Akten

Es gibt zwei Handlungsoptionen für die Krankenhäuser, die noch nicht digitalisieren und demnach in der Welt des Papier-Medienbruchs leben, da sie mit einer Papierakte und originär erzeugten Daten arbeiten:

- a) Als erste Alternative sind die Digitalisierung der Papierdokumentation und die Nutzung neuer Technologien wie automatische Indexierung von Dokumenten zu nennen. Dies ermöglicht, Dokumente mit Namen und Codes zu benennen (indexieren). Dadurch können sie entsprechenden Register-Klassen zugeordnet (klassifiziert) und es kann die Struktur der Papierakte auf digitalisierten Dokumenten übertragen werden.
- b) Die zweite Alternative ist die Migration der Papierdokumentation auf originär elektronische Dokumentation.

Für beide Strategien liegen keine validen Zahlen über die ökonomische Wirtschaftlichkeit unseres Wissens vor. Für einzelne Teilprozesse wie das MDK-Management sind ökonomisch-prozessuale Vorteile zu beschreiben, wenn Variante b eingesetzt wird und digitale Patientenakten für die Abrechnung genutzt werden. Diese Prozesse betreffen vor allem das Erlösmanagement der Krankenhäuser und lassen keine Rückschlüsse auf eine effizientere und effektivere Patientenversorgung zu. Dass es positive Effekte gibt, wird allerdings von allen direkt Beteiligten vermutet.

Variante a: Analyse der pAkte für die digitale Akte

Die Migration einer pAkte zu einer dAkte durch Digitalisierung schafft Vorteile beim Erlösmanagement und bei der Arbeit im Medizincontrolling. Neben der Digitalisierung, Indexierung und Klassifizierung der digitalisierten Akte können in naher Zukunft auch Qualifizierungsaspekte greifen und weitere positive Effekte für die Krankenhäuser ermöglichen. Beispielsweise wird durch die Indexierung eine Überprüfung der dAkte auf Vollständigkeit möglich. Vollständigkeit wird dabei so verstanden, dass bestimmte Dokumente anhand einer Referenz in der Akte vorhanden sein müssen. Die dAkte besteht aus dDokumenten und aus eDokumenten. Es liegen damit alle Dokumente eines Patienten aus der e-Welt und der d-Welt für eine Überprüfung auf Vollständigkeit bereit.

Demnach kann nach der Entlassung des Patienten davon ausgegangen werden, dass die Akte vollständig ist – da vollzählig, was durch definierte Regeln überprüft werden kann. Hierdurch ergeben sich bereits heute ökonomische Vorteile allein beim MDK-Management, wenn der Medizincontroller vor einem MDK-Prüffall durch einen Report darauf hingewiesen wird, welche Dokumente in der Akte sein müssten, diese aber nicht vorhanden sind. Eine entsprechende Regel hierfür kann die Liste der abgerechneten OPS-Codes zu einem Fall sein.

Variante b: Vom Papier direkt zum elektronischen Dokument?

Die Idee bei Krankenhausverantwortlichen kann sein, die elektronische Akte in den Fokus zu rücken. Hierfür müssen die Medizingeräte, die Daten liefern, an das elektronische System angebunden und es muss eine Strategie für die Erstellung von eFormularen erarbeitet werden. So wird der Wildwuchs bei der Erzeugung von Dokumentation in geordnete Bahnen gelenkt. Bei diesem Ansatz müsste eine umfassende Analyse von Dokumentation und Prozessen erfolgen, eine Optimierungsstrategie entworfen und diese dann peu à peu umgesetzt werden. Der Return on Investment (ROI) sollte vor Ergreifen dieser Maßnahmen berechnet werden. Die Umsetzung dauert Zeit, womit die Gefahr besteht, dass die Mitarbeiter/-innen nicht adäquat „mitgenommen“ werden.

Variante c: keine Strategie

Eine dritte Handlungsoption wäre es, keine Strategie zu entwickeln und sich den künftigen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung hemdsärmelig zu stellen.

Allen drei Handlungsoptionen stehen immer entsprechende Unsicherheiten gegenüber, die je nach Situation und Stellung des Hauses in der Gesundheitsversorgung (Krankenhaus, MVZ, Arztpraxis, Reha, Pflegeeinrichtung und weitere) alle drei Optionen rechtfertigen können.

Aktuell werden bestimmte Dokumente wie Arztbriefe oder Befunde als PDF-Dateien elektronisch erzeugt. Da diesen PDF-Dateien derzeit die oben beschriebenen semantischen Standards in einer XML-Struktur fehlen, sind diese unstrukturierten PDF-Dateien ein erster – und bescheidener – Anfang, um das Ziel einer eAkte zu erreichen. Die Verarbeitung von Word-Dateien als PDF-Datei ist analog zur Verarbeitung von gescannten PDF-Dateien zu sehen. Sie ist damit nur ein kleiner Schritt in Richtung interoperabler CDA-Dokumente im Level 3, die von Theoretikern derzeit die favorisierte Variante von Inhalten einer eAkte sind (siehe unten: ePA sowie Hübner u. a., 2008). Erst mit strukturierten, semantisch abgestimmten CDA-Dokumenten werden sich die angestrebten Effizienzvorteile in der Praxis realisieren lassen, wie es von einer eAkte, die interregional und intersektoral sowie datenschutzkonform und patientenbezogen zur Verfügung steht, seit Jahren erwartet wird.

2.1.4 Digitale Aktenkonzepte

dPA – digitale Patientenakte

Die dPA wird in der Regel durch ein Dokument-Management-System (DMS) angezeigt und enthält viele digitalisierte (gescannte) und elektronische Dokumente (z. B. Befunde als PDF-Dateien). DMI-Kunden weisen nach einer durchgeführten Belegstrukturanalyse (BSA) ein Potenzial von mindestens zehn bis 30 Prozent – ja teilweise von über 50 Prozent – der Papierbelege aus, die augenscheinlich elektronischen Ursprungs sind und originär elektronisch in das digitale Langzeitarchiv übernommen werden könnten.

Die dPA stellt an die Form ihrer Verarbeitung und die direkte und sekundäre Nutzung andere Anforderungen, als dies bei der ePA der Fall wäre. Konkret sind hier OCR-Mechanismen gemeint, die es erst ermöglichen, Inhalte auszulesen und weiterzuverarbeiten. Aktuelle Lösungsansätze sind hier die Indexierung des digitalisierten Dokuments (Zuweisung zu einem Dokumententyp) und die Klassifizierung der Dokumententypen (Zuordnung der Dokumente zu Registern/Unterregistern), die damit die Struktur der Papierakte in die digitale Welt überführen. Zusätzlich können dann durch eine Digitalisierung OCR-Container bereitgestellt werden, die eine Analyse der Doku-

mente auf Dokumentenfeldebene ermöglichen. Erste Pilotprojekte mit OCR-Arztbriefen für das Erlösmanagement sind sehr vielversprechend, was die Erkennungsraten und den Nutzen für das DRG-Coding anbelangt.

Die dPA beinhaltet gescannte digitale Dokumente mit oder ohne Metainformationen und einfache elektronische Dokumente (Textverarbeitung, PDF) mit Metainformationen und kann auch strukturierte, codierte und maschinenlesbare eDokumente beinhalten.

ePA – elektronische Patientenakte

Elektronisch erzeugte Daten (eDaten) füllen die elektronische Patientenakte (ePA). Dabei besteht die ePA aus eDatenschnipseln in einer oder mehreren Datenbanken und Datenschnipseln, die in eDokumenten zusammengeführt worden sind. eDokumente sind – wie auch das Papier – eine Zusammenstellung mehrerer eDaten in einer strukturierten Datei, dem eDokument, das aktuell sehr häufig ein PDF-Dokument ist. Der Übergang von eDaten zu eDokumenten geschieht derzeit oft analog zum Papierausdruck, indem die Daten als PDF-Datei „gedruckt“ werden und dann elektronisch zur Verfügung stehen. Es erfolgt der Einsatz sog. „MDM-Printer“. Originär erzeugte eFormulare aus dem Krankenhaus-Informationssystem und eDokumente aus IT-Subsystemen sehen ähnlich heterogen aus, wie es aus der Papierwelt bekannt ist.

Die elektronische Patientenakte wird in der Literatur in Anlehnung an die 3. Stufe des Medical Records Institute folgendermaßen beschrieben: „Unter einer elektronischen Patientenakte (ePA) wird eine elektronisch generierte und basierte Sammlung patientenzentrierter klinischer Informationen aller Abteilungen/Stationen einer Einrichtung (einrichtungsgebunden) des Gesundheitswesens über den aktuellen Gesundheitsstatus und über vorangegangene Einrichtungsaufenthalte (Patientenhistorie) eines Patienten verstanden. Die ePA wird durch klinische Entscheidungssysteme unterstützt und ersetzt die medizinisch-pflegerische Papierdokumentation als primäre Informationsquelle“ (Hübner u. a., 2008: 41).

Es fehlt derzeit aber die technische Interoperabilität und damit der einheitliche Rahmen wie das DIN-A4-Format der Papierwelt, weil neben PDF-Dateien, HL7-Nachrichten und DICOM-Bildern weitere Dateitypen wie CDA (Clinical Document Architecture) die ePA heterogen füllen. Zusätzlich fehlt die semantische Interoperabilität der genutzten Fachausdrücke in den eDokumenten. Diese eDokumente sind in der

Regel nur die oben erwähnte PDF-Datei ohne Signaturfunktionalität und ohne jegliche technische und semantische Struktur. In dieser Situation stehen eDokumente der heutigen Zeit ähnlich unstrukturiert da wie bereits der OCR-Container des gescannten Dokuments. Hier ist ohne Strukturierung und Klassifizierung kein Mehrwert möglich. Ganz im Gegenteil: Während für digitalisierte Dokumente klare Archivregeln und eine revisionssichere Langzeitarchivierung aufgebaut worden sind, fehlt dieses aus unserer Beobachtung in der elektronischen Welt sehr häufig.

Ein wichtiger Schritt ist der Übergang zu strukturierten CDA-Dokumenten (Clinical Document Architecture). Dies geschieht derzeit aber ähnlich konfus, wie es auch aus den letzten Jahrzehnten in der Papierwelt offensichtlich wurde. Konkret: Jedes Institut und Krankenhaus erstellt seine eigenen CDA-Dokumente mit entsprechenden heterogenen Metadaten. Ein Austausch dieser CDA-Dokumente über Institutsgrenzen hinweg scheint dadurch schwierig. Eine revisionssichere Langzeitarchivierung ist allerdings sehr gut möglich.

Die ePA beinhaltet weitgehend strukturierte, codierte und maschinenlesbare eDokumente.

eFA – elektronische Fallakte

Mit einer elektronischen Fallakte wird eine fallbezogene und strukturierte Sicht auf alle vorhandenen eDokumente in verschiedenen Institutionen gegeben, die zu einem medizinischen Fall eines Patienten erzeugt worden sind. Das eFA-Modell findet Anwendung in regionalen Verbänden oder in Medizinischen Versorgungszentren und ist sehr gut geeignet für eine Einführung in Krankenhauskonzernen oder Krankenhausverbänden. Die beteiligten Ärzte können sich immer aktuell einen Überblick über den bisherigen Behandlungsverlauf verschaffen. Die inhaltliche Verantwortung der Dokumente in der eFA und deren Vollständigkeit obliegen den behandelnden Ärzten. Die Zugriffsrechte erteilt der Patient. Es handelt sich um eine webbasierte Plattform (vgl. EFA Verein, 2014). Durch den temporalen Charakter der Akte als Fall sind Datenschutzthemen elegant gelöst. Der Ansatz birgt aber bei der Archivierung der Dokumente eine potenzielle Lücke, da für die Archivierung jeder der an der eFA beteiligten Akteure verantwortlich ist. Eine erneute Zusammenführung eines abgeschlossenen Falls ist derzeit schwerlich möglich, da die eFA einen temporären Charakter hat.

EEPA – Einrichtungsübergreifende Elektronische Patientenakte

Die technische Spezifikation der Einrichtungsübergreifenden Elektronischen Patientenakte (EEPA) definiert, wie Primärsysteme Patienteninformationen über die IHE XDS-Schnittstellen einrichtungsübergreifend austauschen können. IHE steht für „Integrating the Healthcare Enterprise“ und ist eine international tätige Vereinigung von Anwendern und Industrie. IHE unterstützt die technische Interoperabilität von Leistungserbringern und gibt Herstellern klare Spezifikationen für die IT-Produkte vor. Die Patienteninformationen können dabei in unterschiedlichen Formaten und Granularitäten vorliegen (HL7-Deutschland, 2015).

PEPA – Persönliche Elektronische Patientenakte

Die Persönliche Elektronische Patientenakte löst mit dem patientenorientierten Ansatz die Forderung nach der Selbstbestimmung des Patienten über seine Daten ab. Anders als die EEPA, die arztzentriert und leistungsträgerbezogen die Zugriffe auf die Akte regelt, setzen die Konstrukteure der PEPA in Heidelberg und in der Rhein-Main-Region auf Rechtevergabe durch den Patienten. Damit soll eine optimale Unterstützung der Gesundheitsversorgung mit Fokus auf dem Patienten liegen und einen einfachen Dokumentenaustausch zwischen den Kooperationspartnern ohne Medienbrüche ermöglichen. Der datenschutzkonforme Ansatz über die Rechtevergabe durch den Patienten scheint für die Autoren ein sicherer Ansatz zu sein. Ob die Gebrauchstauglichkeit für Patienten jeden Alters und jeden Erkrankungsgrades praktikabel ist, soll das Projekt „infopat“ ermitteln. In der prototypischen Umsetzung erhoffen sich die Initiatoren eine „Qualitätssteigerung in der Patientenbehandlung“ und eine „Kostensenkung“ (vgl. Heinze, Brandner und Bergh, 2013).

eGA – elektronische Gesundheitsakte

Die elektronische Gesundheitsakte (eGA) hingegen führt vornehmlich vom Patienten erhobene Daten und wird auch von diesem geführt. Hier sind Cloud-Diensteanbieter aktiv, die u. a. mittels Fitnesstrackern, Fitnessuhren und weiteren mobile devices die Daten erheben. Eine künftige Aufgabe wird es sein, diese in Apps erhobenen Daten valide zu halten, diese ggf. in eine Medizinische Akte in sinnvollen Teilen zu überführen, damit diese auf Patientenseite erhobenen Daten für die Diagnose und Therapie sinnvoll genutzt werden können.

2.1.5 Herausforderungen „Big Data“ und „Smart Data“

Der Übergang von den Ideen des Big Data (große, unstrukturierte Datenmengen) zu Smart Data (Nutzung von Strukturierung) spiegelt sicherlich einen aktuellen Trend wider (Smart Cities, Smart Home). Beim Smart-Data-Ansatz treten die qualitativen Aspekte der Big-Data-Analyse in den Vordergrund. Das gilt insbesondere für Patientendaten, deren Entstehung, Verarbeitung, Aggregation und spätere Analyse eine besondere Herausforderung für Daten- und Dokumentenprofis, Semantiker und technische Plattformbetreiber sind.

Big Data ist kein neues Thema. Unter diesem Namen werden auch frühere Forschungsprojekte, die sog. „Grid-Projekte“, geführt, die bereits um 2005 gefördert wurden (<http://www.medigrid.de>) (Sax u. a., 2007). Spätere Projekte wie „Cloud4Health“ gehen nun in die Endphase (<http://cloud4health.de/>). Es gibt erste Ansätze zum „Secondary Use“ von elektronischen Patientendaten aus dem KIS- und Data-Warehouse. Es wird versucht, originär elektronische Daten aufzuarbeiten, um neue Erkenntnisse zu gewinnen. Dazu wird ein Data-Warehouse-Ansatz genutzt (Prokosch und Ganslandt, 2009).

2.1.6 Anwendung Patientenrekrutierung für klinische Forschung

Die Patientenrekrutierung für klinische Studien aus dem KIS heraus ist eine wichtige Nutzungsmöglichkeit der skizzierten Methoden im Feld „Secondary Use“. Die Idee hierbei ist, die aufwendige Suche nach Patienten für klinische Studien zu begrenzen und auch bei der Vorhersage der Größe von möglichen Patientenkohorten für bestimmte Studien genauere Ergebnisse zu erzielen (Dugas, 2012). Die gewonnenen Ergebnisse zeigen folgende ungelöste Probleme auf: Erstens sind aktuell verwendete Einschlusskriterien zu komplex und teilweise widersprüchlich, als dass sie in einer Logik für eine Suchroutine im KIS eingesetzt werden können. Zweitens sind die vorhandenen Items für bestimmte Werte in den KIS-Datenbanken nicht oder nicht vollständig vorhanden. Und drittens scheitern Überlegungen, KIS-Daten aus der Versorgung für klinische Studien nutzen zu können, daran, dass die erforderlichen Werte aus der Versorgung für klinische Studien in der benötigten Tiefe nicht erhoben werden und somit fehlen (Dugas, 2010).

2.1.7 Anwendung Versorgungsforschung

Für die Versorgungsforschung ist der Nutzen von Smart Data evident. Die Versorgungsforschung in Deutschland bezieht ihr Datengerüst für die Beantwortung zentraler Versorgungsfragen zu einem großen Teil aus den Daten der gesetzlichen Krankenversiche-

rung. Seit Februar 2014 ist der Bezug von Daten für Versorgungsforscher durch das DIMDI sehr einfach gelöst. Bei der Nutzung dieser Datensätze werden jedoch schnell die Grenzen für die Auswertung offenbar. Es handelt sich bei den vorliegenden Daten um die Abrechnungsdaten der Krankenhäuser für ihre stationäre Versorgung (nach § 301 SGB V und § 21 Datensatz des Krankenhausentgeltgesetzes). Dem gegenüber stehen die Potenziale bei der Nutzung von Smart Medical Data namentlich bei der Gewinnung von Erkenntnissen. Deren Implementierung in Leitlinien wäre die sich anschließende Konsequenz zur Verbesserung der Qualität in der Versorgung (Moreno und Harder, 2013).

Eine durch Smart-Data-Technologien breiter angelegte Versorgungsforschung muss auf den in den Krankenhäusern und auch bei anderen Gesundheitsleistungsanbietern vorhandenen Primärdaten aufgebaut werden. Allerdings werden in den Krankenhäusern die Patientendaten noch immer überwiegend papierbasiert dokumentiert, d. h., die Dokumentation erfolgt durch die unstrukturierte Ablage handschriftlicher Belege. Diese Form der Dokumentation entzieht sich einer effektiven und effizienten Auswertung gänzlich. Sind Papierformulare strukturiert vorhanden, ist mittels moderner OCR-Erkennung eine Auswertung und Weiterverarbeitung gut möglich.

Ein weiteres Problem in deutschen Krankenhäusern entsteht dadurch, dass neben papierbasierten Dokumenten auch elektronische Dokumente vorhanden sind, die eine vollständige und inhaltlich konsolidierte Akte derzeit noch nicht ermöglichen. Diese beiden Aktenteile – bestehend aus pDokumenten und eDokumenten – müssen durch die Digitalisierung von Papierbelegen und die Zusammenführung von originär elektronischen Dokumenten in einer konsolidierten digitalen Akte zusammengeführt werden (Müller-Mielitz, 2013).

Eine technisch konsolidierte Akte kann nun inhaltlich erschlossen werden und dient als Datenlieferant für einen Smart-Medical-Datenpool im Krankenhaus. So können anonymisierte Daten auch für externe Datennutzer bereitgestellt werden.

2.1.8 Wissensschatz „Patientenakte“

Aus heutiger Sicht lässt sich dieser vorhandene „Wissensschatz“ der dokumentierten, archivierten Patientendaten nicht ausreichend nutzen, denn es bestehen nur unzureichende Möglichkeiten, auf diese vielfältigen Daten zurückzugreifen und Informationen zu generieren, diese recherchierbar zu machen und effizient in unterschiedlichen Medien zu präsentieren. Ein Grund dafür sind die parallel existierenden, analogen Papierdokumente (pDok) und elektronischen Informationen in Krankenhaus-Inforna-

tionssystemen (eDat). Im Verlauf der Dokumentation müssen diese hybriden Bereiche (analog/elektronisch) zusammengeführt werden. Das konnte bisher im Behandlungskontext nicht realisiert werden; aktuell ist die Zusammenführung lediglich im Rahmen der Dokumentenarchivierung realisierbar.

Es ist allerdings aus praktischer und wissenschaftlicher Sicht wünschenswert, diese Informationen konsolidiert und strukturiert aufbereitet zur Erkenntnisgewinnung für die Versorgungspraxis heranzuziehen und einen Rückfluss von Daten und Wissen in die Organisation zu ermöglichen. Dadurch können verschiedene Bereiche leichter analysiert und verbessert werden, wie z. B. die medizinische Arbeit, die Standardisierung und Zertifizierung von Maßnahmen sowie die Qualitätssicherung, aber auch die klinische Forschung und weitere Aspekte (Risiko, Sicherheit, technische Verbesserung).

2.1.9 Fazit

Die sekundäre Nutzung von Primärdaten aus dem Krankenhausumfeld steht erst am Anfang einer breiten Anwendung. Die Potenziale wurden noch nicht erkannt. Aktuell bestimmen Datenschutz und eingeschränkte Technologien die Diskussion. Diese stellen gewiss Hindernisse dar, die zunächst zufriedenstellend gelöst werden müssen. Eine weitere Problemstellung ist, dass vorhandene Akten vornehmlich in Papierform existieren und eine intelligente Digitalisierung (Klassifizierung, Indexierung, OCR-Erkennung) notwendig ist. Der Aufbau elektronischer Akteile ist erst in der Anfangsphase. Der Prozess ist bisher nur teilweise elektronisch, technisch strukturiert, kaum semantisch erschlossen und daher lediglich unvollständig umzusetzen. Werden nun die Fehler aus der Papierwelt übernommen? Die fehlende Strukturierung der Textbausteine und Heterogenität der Papierformulare sind hier die bekanntesten Fehler. Dieser Punkt führt die Diskussion zu den Fragen, ob strukturierte „Auswahlfelder“ den medizinerfreundlichen „Freitextfeldern“ vorzuziehen sind und wie strukturiert Patientendaten erfasst werden müssen. Ein höherer Grad an Strukturiertheit erscheint vor dem Hintergrund der Verbesserungen im Bereich der künstlichen Intelligenz und der semantischen Analysewerkzeuge dringlich.

Die elektronischen Patientenakten funktionieren seit Jahren in den IT-Systemen des Krankenhauses sehr gut. Die Krankenhaus-Informationssysteme (KIS) sortieren vielfach Daten zum Patienten im Sinne einer Fallakte. Angeschlossene Dokumenten-Managementsysteme präsentieren den Anwendern wie Ärzten und Pflegekräften die Medizinische Akte als Dokumentensammlung. Was für künftige Interoperabilitätsprojekte fehlt,

sind entsprechende digitale Aktenkonzepte. Diese müssen es ermöglichen, entsprechende Aktenteile datenschutzkonform in unterschiedlichen Institutionen für unterschiedliche Akteure vorzuhalten. Diese digitalen Aktenstrukturen müssen aufgebaut werden.

Für innovative Unternehmer bieten die Digitalisierung im Allgemeinen und die Nutzung digitaler Daten in Big-Data- und Smart-Data-Ansätzen im Speziellen vielfältige Möglichkeiten, neue Geschäftsmodelle zu entwickeln.

2.1.10 Literatur

- BARC-Institut* (2014). BARC Research Study: Big Data Analytics. <http://www.test.de> [05.08.2016].
- Dugas, Martin* (2010). Patientenrekrutierung und Studiendokumentation im zentralen Krankenhaus-Informationssystem. http://zks.uni-koeln.de/files/Vortrag_DugasMuenster_2010-05-25.pdf [05.08.2016].
- Dugas, Martin* (2012). KIS-basierte Unterstützung der Patientenrekrutierung in klinischen Studien. <http://www.tmf-ev.de/Desktopmodules/Bring2Mind/DMX/Download.aspx?EntryId=15802&PortalId=0> [05.08.2016].
- EFA Verein* (2014). Die Elektronische FallAkte. <http://www.fallakte.de/> [05.08.2016].
- Eickhoff, F. u. a.* (2013). Automatische Codierung zusatzentgeltrelevanter Leistungen aus klinischen Freitexten. Lübeck – GMDS Jahrestagung.
- Heinze, Oliver; Brandner, Ralf und Bergb, Björn* (2013). Erfahrungen auf dem Weg zur Persönlichen, Einrichtungsübergreifenden, Elektronischen Patientenakte (PEPA) in der Metropolregion Rhein-Neckar. http://www.conhit.de/media/global/global_image/global_apps/global_edb/global_edb_upload_2013/global_edb_events_conhit_1/edb_268389.pdf [05.08.2016].
- HL7-Deutschland* (2015). Integrationsstufen. <http://wiki.hl7.de/index.php/cdaab2:Integrationsstufen> [05.08.2016].
- Hübner, Ursula u. a.* (2008). IT-Report Gesundheitswesen. Schwerpunkt eBusiness. Schwerpunkt Pflegeinformationssysteme. Schriftenreihe des Niedersächsischen Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr Befragung der bundesdeutschen Krankenhäuser. http://xcnet.de/projekte/xnetcreate.de_v2/pics/kunden/dateimanager/5539/FH_Osnabrueck_IT-Report_08_Finalansicht-low.pdf [05.08.2016].
- Hübner, Ursula u. a.* (2012). IT-Report Gesundheitswesen – Schwerpunkt Informationstechnologie im Krankenhaus. Hannover, Schriftenreihe des Niedersächsischen Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr.
- Moreno, B. und Harder, E.* (2013). Neue Wege der IT-gestützten Implementierung Klinischer Leitlinien. Professional Process (01-2013): 38–39.
- Müller-Mielitz, Stefan* (2013). Die eBelegstrukturanalyse als Basis eines Papiervermeidungskonzeptes. Forum der Medizin_Dokumentation und Medizin_Informatik (mdi 04-2013): 135–136.
- Prokosch, H. U. und Ganslandt, T.* (2009). Perspectives for Medical Informatics. Methods Inf Med 1(2009): 38–44.
- Sax, U. u. a.* (2007). Auf dem Weg zur individualisierten Medizin – Grid-basierte Services für die EPA der Zukunft. Telemed Telematik im Gesundheitswesen (Internet-Ausgabe) 2007. <http://www.telemet-berlin.de/telemet2007/Beitraege/TELEMED-2007-10-Sax.pdf> [05.08.2016].

2.2 Die Delphi-Technik zur Stakeholder-Einbindung

Juliane Köberlein-Neu

Eine Methode zur frühen Stakeholder-Einbindung und Einholung fachlicher Expertise

2.2.1 Einführung

Delphi-Befragungen erfreuen sich seit den 1990er-Jahren einer wachsenden Popularität, welche sich nicht zuletzt aus der Notwendigkeit heraus begründet, Entscheidungen in Wirtschaft und Wissenschaft auf eine breite Expertenbasis zu stellen und dem Anspruch auf eine weitreichende Partizipation verschiedenster Interessengruppen gerecht zu werden (Häder, 2014). Besonders in heterogenen Verbänden wird die Befragungstechnik zumeist als Design der ersten Wahl konstatiert. Sie wird vor allem im Gesundheitswesen bevorzugt verwendet, da u. a. der Einfluss von Meinungsführern oder etwas die Orientierung der eigenen Meinung an sozial erwünschten Äußerungen neutralisiert werden kann (Häder, 2009).

Ziel dieser Technik ist es unter anderem, aus Expertenmeinungen einen Gruppenkonsens zu bilden (Notter & Hott, 1991). Ein wichtiges Prinzip ist dabei die Anonymität der Teilnehmer. Diese Anonymität hat gegenüber nichtanonymen Gruppenverfahren den Vorteil, dass sowohl Meinungsäußerungen als auch die Entscheidungsfindung nicht durch Statusunterschiede oder gruppendynamische Faktoren beeinflusst werden (Linstone & Turoff, 1975; Häder, 2009). Jedoch ist im Gegensatz zu den ebenso gebräuchlichen Gruppendiskussionen oder einmaligen Experteninterviews für die Delphi-Befragung ein höherer Zeitbedarf einzurechnen.

Im Folgenden wird die Delphi-Technik in Grundzügen dargestellt und ihre Anwendung an einem Beispiel veranschaulicht.

2.2.2 Die Methode der Delphi-Technik

Allgemeiner Ablauf einer Delphi-Befragung:

Die klassische Delphi-Befragung verläuft in vier Teilschritten (vgl. u. a. Häder, 2009; Hasson et al., 2000).

Schritt eins sieht zunächst die Operationalisierung der grundlegenden Problemstellung vor. Das Ziel ist, konkrete Kriterien für eine spätere, quantitative Befragung der Experten und/oder Stakeholder abzuleiten. Dies kann literaturbasiert oder mithilfe

einer offenen, qualitativen Befragung im Projektteam selbst sowie unter Hinzunahme externer Experten erfolgen. Darüber hinaus ist in diesem ersten Schritt zu klären, um welchen Typ einer Delphi-Befragung es sich handelt (siehe Abschnitt „*Anwendungsfeldspezifische Besonderheiten*“).

In einem **zweiten Schritt** muss nun ein geeignetes (repräsentatives) Experten-/Stakeholder-Sample (Delphi-Panel) festgelegt werden. Die Auswahl des Delphi-Panels kann dabei entweder zufällig, Kriterien-basiert oder durch eine gezielte Experten-Ansprache erfolgen. Bei regional oder inhaltlich begrenzend wirkenden Settings sind zudem Vollerhebungen möglich. Bei der Zusammensetzung des Panels ist zu bedenken, dass die Auswahl der zu befragenden Experten/Stakeholder einen erheblichen Einfluss auf das Ergebnis und seine Repräsentativität nimmt. Die Wahl der Sampling-Methode sowie die Größe des Panels sollten daher diesbezüglich sowie mit Blick auf die zu erwartende Aussagekraft kritisch argumentiert werden. Eine erfolgsrelevante Größe bei der Zusammenstellung des Delphi-Panels stellt zudem die Betreuung des Panels dar. Diese sollte nach abgegebener Teilnahmeerklärung engmaschig und über den gesamten Befragungsprozess erfolgen (Buck et al., 1993).

Ergänzend ist der Zugang zum Teilnehmerfeld festzulegen. Je nach Zusammensetzung der Experten-/Stakeholdergruppe kann beispielsweise der Versand der Unterlagen postalisch geschehen oder die Befragung Online-basiert umgesetzt werden.

Aufbauend auf den in Schritt eins generierten Inhalten wird in **Schritt drei** das standardisierte Frageprogramm ausgearbeitet und ggf. im Rahmen eines Pretests auf seine Verständlichkeit und Anwendbarkeit untersucht. Der entwickelte Fragenkatalog kann sowohl aus geschlossenen als auch offenen Fragen bestehen. Je nach Zielsetzung der Delphi-Befragung bietet die mehrdimensionale Beurteilung von Sachverhalten aufschlussreiche Auswertungsmöglichkeiten. Soll beispielsweise die Expertenmeinung mit Blick auf zukünftige Entwicklungen in einem Bereich eingeholt werden, könnte sowohl nach der Wichtigkeit als auch der Wahrscheinlichkeit des Eintretens der interessierenden Aspekte gefragt werden. Neben der fundierten Aufbereitung der Fragen sollte ebenso ausreichend Zeit für die Gestaltung eines ansprechenden Deckblatts und motivierenden Begleitschreibens investiert werden.

Die entwickelten Unterlagen, aber auch die festgelegten Rahmenbedingungen der Befragung, sind vor ihrem Einsatz in einem Pretest auf ihre Umsetzbarkeit hin zu untersuchen (Porst, 2000). Insbesondere hat dieser zu ermitteln, ob

1. die formulierten Fragestellungen verständlich sind,

2. die angedachte Zielgruppe für das Experten-Panel das Ziel der Befragung grundsätzlich erreichen kann,
3. die Aufmerksamkeitsspanne und das Interesse der Teilnehmer sowohl während der Fragebogenbearbeitung als auch über die Dauer des Gesamtvorhabens gehalten werden können,
4. eine ausreichende Streuung der Antworten auftritt und
5. die Beantwortungsdauer zumutbar ist (Häder, 2014).

Aus der großen Vielfalt der für den Pretest möglichen Methoden empfiehlt Häder (2014) vor allem die Think-Aloud-Technik, bei welcher die Befragten laut ihre Gedankengänge bei der Fragebogenbearbeitung aussprechen, die Probing-Verfahren, welche eine explizite Nachfrage bez. Frageverständnis und Informationsbeschaffung vorsehen, sowie das Confidence Rating, in welchem die Teilnehmer am Pretest die Verlässlichkeit ihrer Antwort bewerten.

Schritt vier sieht die Datenerhebung und -aufbereitung durch das Projektteam vor. Über die Einrichtung eines Reminder-Systems können der Rücklauf der Antwortbögen sowie das Feedback an die Teilnehmergruppe entsprechend engmaschig gesteuert werden. Je nach verwendetem Skalenformat erfolgt die Analyse der erhobenen Daten mittels qualitativer (inhaltsanalytischer) oder quantitativer Methodik. Dabei werden die Befragungen sowie die Rückmeldung der gewonnenen und anonymisierten Erkenntnisse an die Experten/Stakeholder bis zum Erreichen eines vorher definierten Abbruchkriteriums in Form von sequenziellen Befragungsrunden wiederholt. Die Mehrzahl der publizierten Delphi-Befragungen weisen 2–3 Delphi-Runden auf (Hasson et al., 2000).

Hier können Sie "Innovationen in der
Gesundheitswirtschaft" sofort kaufen und weiterlesen:

[Amazon](#)

[Apple iBookstore](#)

[buchhandel.de](#)

[ebook.de](#)

[Thalia](#)

[Weltbild](#)

Viel Spaß!