1 Die Krankenhausstruktur nach der Corona-Krise

Boris Augurzky und Antonius Reifferscheid

Die Krankenhauslandschaft war im vergangenen Jahrzehnt durch Spezialisierung und Konzentration von Leistungen geprägt. Auch nach der Corona-Krise ist von einer weiteren Konzentration der Kapazitäten auszugehen. Denn das Potenzial hierfür ist noch groß. Allerdings ist sie im ländlichen Raum nicht immer möglich. Die ländlichen Krankenhäuser benötigen angesichts von Bevölkerungs- und Fallzahlrückgängen, Fachkräftemangel und zunehmenden regulatorischen Vorgaben eine neue Perspektive, um die flächendeckende Versorgung langfristig sicherzustellen. Dieser Beitrag entwirft dafür ein Zielbild. Die Gesundheitsversorgung sollte sich mindestens in solchen Regionen sektorenübergreifend aufstellen. Ländliche Krankenhäuser würden sich zu „integrierten Versorgungszentren" wandeln und außerdem in starkem Maße eine Koordinationsfunktion für die lokale Gesundheitsversorgung übernehmen. Hierfür werden neue Vergütungssysteme benötigt.

1.1 Notwendigkeit der Weiterentwicklung von Krankenhausstrukturen

Deutschland verfügt im internationalen Vergleich über viele Krankenhausstandorte und -betten. Im Vergleich zu Dänemark oder den Niederlanden etwa fünf Mal so viele Standorte [OECD 2017; OECD 2021]. Bereits im vergangenen Jahrzehnt war die deutsche Krankenhauslandschaft maßgeblich von Spezialisierung, Konsolidierung und Konzentration von Leistungen geprägt. Aus wirtschaftlichen Gründen haben viele Krankenhäuser Standorte zusammengelegt, Schwerpunkte in ihrem Leistungsspektrum gebildet oder mitunter auch Einrichtungen verkauft oder geschlossen. Empirisch bestätigt sich, dass Verbünde, größere und spezialisierte Krankenhäuser wirtschaftlich überdurchschnittlich abschneiden [Augurzky et al. 2020].

Dieser Wandel wird auch politisch unterstützt. Der im Jahr 2016 eingeführte Krankenhausstrukturfonds stellt gezielt Mittel zum Abbau von Überkapazitäten, der Konzentration von Standorten sowie der Krankenhausumwandlung bereit. Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz wurde im Jahr 2020 beschlossen, den Strukturfonds über das Jahr 2022 hinaus weiterzuführen. Dies belegt, dass die Bundesregierung an dieser grundsätzlichen Zielrichtung auch nach der Corona-Pandemie festhält. Leistungen sollen unter Effizienz- und Qualitätsaspekten wo möglich in größeren Einrichtungen erbracht werden. Dies wird flankiert von regulatorischen Vorgaben, wie z. B. die Mindestmengen, Strukturvorgaben und Personaluntergrenzen.

Im städtischen Raum spricht aufgrund der sehr guten Erreichbarkeit gegen eine solche Entwicklung auch nach der Corona-Krise meist

Auszug aus: Debatin et al. (Hrsg.), Krankenhausmanagement. 4. Aufl. (ISBN: 978-3-95466-628-7)
© Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

nichts. Vielmehr kann aus der Krise sogar die Lehre gezogen werden, dass es eine stärkere Koordination zwischen den bestehenden Leistungserbringern geben sollte. Gerade bei der Versorgung von schwer erkrankten, intensivpflichtigen Patienten war die gelebte Koordination während der Krise äußerst hilfreich. Sie war aber auch sehr wichtig, um eine Zuordnung der an COVID-19 erkrankten Patienten zur für sie passenden Versorgungsstufe zu erreichen.

Im ländlichen Raum hingegen kann eine stärkere Konzentration der Kapazitäten zu Einschränkungen bzgl. der Erreichbarkeit führen. Wenn hier jedoch eine Konzentration unterbleibt, können erhebliche wirtschaftliche und qualitative Probleme auftreten, zumindest perspektivisch. Erstens sinkt in vielen ländlichen Gebieten die Einwohnerzahl und es kann trotz Alterung der Bevölkerung zu einem Rückgang der stationären Fallzahl kommen. Damit wird es für kleine Grundversorger immer schwieriger, ihre Vorhaltekosten zu finanzieren. Zweitens decken ländliche Grundversorger primär Leistungen der Basisversorgung ab, welche mit zunehmendem Anteil ambulant erbracht werden können. Die Ausweitung des Katalogs für ambulantes Operieren könnte ab etwa Mitte 2021 bei vielen Grundversorgern zu einer zusätzlichen Fallzahlreduktion führen. Eine weitere große Herausforderung ist drittens das mit dem demografischen Wandel einhergehende Sinken des Erwerbskräftepotenzials in diesen Regionen. Dies verstärkt den bereits bestehenden Fachkräftemangel. Krankenhäuser können dann selbst bei einer ausreichenden Finanzierung ihrer Kosten nicht genug oder nicht das richtige Personal finden, um alle nötigen Leistungen durchgängig und qualitativ hochwertig anbieten zu können.

1.2 Zielbild für eine künftige Krankenhausstruktur im ländlichen Raum

Ländliche Grundversorger sollten künftig eine neue Rolle in der Gesundheitsversorgung übernehmen und sich um die ganzheitliche Basisversorgung in der näheren Umgebung kümmern. Je nach Umfang der Aufgaben, die vor Ort zu erfüllen sind, können sie Betten führen, müssen es aber nicht. Mögliche Leistungsbereiche sind [Augurzky u. Reifferscheid 2020]:

- stationäre Grundversorgung,
- ambulante Operationen,
- (komplexe) ambulante fachärztliche Versorgung,
- Notfallversorgung,
- telemedizinische Anbindung zu Schwerpunkt- und Maximalversorgern,
- telemedizinische Angebote für die Bevölkerung vor Ort,
- Kurzzeitpflege und ambulante Pflegedienste,
- stationäre und ambulante Rehabilitation sowie
- Koordination der lokalen Gesundheitsversorgung und
- Präventionsangebote.

Aufgrund dieser Aufgabenvielfalt kann nicht mehr von einem Krankenhaus im herkömmlichen Sinne gesprochen werden. Daher verwenden wir den Begriff des integrierten Versorgungszentrums (IVZ).

Ein IVZ kann je nach den Erfordernissen vor Ort völlig unterschiedlich ausgestaltet sein. Es kann viele Betten haben, wenn es ein größeres Gebiet versorgt. Es kann auch eine kleinere Einrichtung ohne Betten sein. Zentral ist, dass es die ambulante und stationäre fachärztliche Basisversorgung in der Fläche sicherstellt. Falls es eine stationäre Versorgung anbietet, beschränkt es sich auf die Grundversorgung in der Inneren Medizin, der Chirurgie und ggf. der Geburtshilfe. Diese Kompetenzen sind auch für die Notfallversorgung, das ambulante Operieren, die ambulante fachärztlichen Versorgung und die Koordination der regionalen Leistungserbringung hilfreich. Nötig ist stets eine telemedizinische Anbindung an einen Schwerpunkt- oder Maximalversorger im Zentrum einer Region, um bei bestimmten Fallkonstellationen einen schnellen Zugang zu weiterem Expertenwissen zu gewährleisten.

Ambulant tätige Fachärzte können und sollten sich langfristig am IVZ räumlich konzentrieren und sich enger mit ihren IVZ-Kollegen vernetzen. Dies kann in eigenen Räumlichkeiten oder in angemieteten Flächen, am IVZ freiberuflich oder als Angestellte am Medizinischen Versorgungszentrum geschehen. Durch die Konzentration der fachärztlichen Versorgung lassen sich einfacher flexible Arbeitszeitmodelle realisieren und Investitionen auf mehrere Schultern verteilen. Für den ärztlichen Nachwuchs werden diese Aspekte immer wichtiger. Seit Jahren schon steigt die Teilzeitquote unter Ärzten kontinuierlich an [KBV 2020]. Je nach Bedarf vor Ort können sie dabei auch in der stationären Versorgung tätig sein.

IVZ bieten außerdem entweder selbst oder über Dritte Kurzzeitpflege und ambulante Pflege

Auszug aus: Debatin et al. (Hrsg.), Krankenhausmanagement. 4. Aufl. (ISBN: 978-3-95466-628-7)
© Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

an. Der Bedarf an Pflegeangeboten ist in vielen ländlichen Regionen heute schon sehr groß und wird aufgrund der weiteren Alterung noch stark steigen. Gerade das ältere, zum Teil geriatrische Patientenklientel der Krankenhäuser benötigt reibungslose Schnittstellen zur anschließenden pflegerischen Versorgung. In vielen Regionen ist dies heute nicht gegeben. Ein wichtiges Ziel ist schließlich die Vermeidung von Krankheiten und eine dem Bedarf entsprechende Versorgung, die besonders auch digitale Angebote umfasst. Ein Leitgedanke soll dabei „digital vor ambulant vor stationär" sein und zudem sollen Präventionsleistungen für die Bevölkerung eine größere Bedeutung erhalten.

1.3 Wege zur Umsetzung des Zielbilds

Als sektorenübergreifender Leistungserbringer der fachärztlichen Versorgung soll das IVZ zu einer verstärkten Ambulantisierung und damit zu einem effizienteren Ressourceneinsatz beitragen. Im derzeitigen Vergütungssystem ist dies für ein Krankenhaus jedoch nachteilig, weil die Krankenhauserlöse stark von den stationären Fallzahlen abhängen. Eine Abkehr von diesem starken Fallbezug könnte über eine ergänzende Finanzierung der Vorhaltekosten oder Regionalbudgets erreicht werden.

Die Finanzierung von Vorhaltekosten kann auf einzelne Leistungsbereiche, zum Beispiel Intensivkapazitäten, beschränkt werden oder befristet in besonderen Krisensituationen gelten. Sie könnte aber auch weiterreichen und zudem die Notfallversorgung, die Basisversorgung, Koordinationsfunktionen und eine digitale Grundausstattung in Form eines sogenannten Vorhaltebudgets (VHB) abdecken. So könnte beispielsweise ein größerer Anteil der DRG-Vergütung, etwa ein Drittel, ausgelagert werden – nach einer zuvor zu erfolgender Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten. Der fallbezogene Vergütungsanteil würde deutlich sinken und damit auch der Mengenanreiz im DRG-System. Gleichzeitig würde die Vergütungsdifferenz zur ambulanten Leistungserbringung abnehmen und der Anreiz zur Ambulantisierung steigen.

Wenn das VHB auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses zur Verfügung gestellt würde, entstünden jedoch große regionale Unwuchten. Regionen mit einer im Vergleich zur Einwohnerzahl hohen Krankenhausdichte würden bevorteilt und Regionen mit niedriger Krankenhausdichte benachteiligt. Daher sollten VHB für eine Region, nicht für ein Haus definiert werden. Auf Basis der Bevölkerungs, Morbiditäts- und Siedlungsstruktur einer Region würde im ersten Schritt ein VHB errechnet. Dieses wäre im zweiten Schritt auf die einzelnen Standorte einer Region zu verteilen. Über diesen Faktor würden auch die bisherigen Sicherstellungszuschläge automatisch Berücksichtigung finden.

Das VHB könnte überdies auf einzelne Leistungssegmente heruntergebrochen werden. Dies würde für die Bundesländer den Anreiz setzen, bei der Krankenhausplanung Versorgungsaufträge in einer Region bei einzelnen Standorten zu bündeln, damit das VHB nicht zu sehr verwässert wird, wenn zu viele Krankenhäuser einer Region den gleichen Versorgungsauftrag besitzen. Dies trägt dazu bei, bestehende regionale Überkapazitäten nicht dauerhaft zu „zementieren". Sollte ein Bundesland oder ein Landkreis eine großzügigere Krankenhausdichte bevorzugen, könnte es oder er jederzeit eigene Mittel beisteuern, um das VHB zu erhöhen.

Regionalbudgets (RB) stellen eine Vergütungsmöglichkeit für den ländlichen Raum dar. In diesem Modell wird einem Krankenhaus bzw. den Leistungserbringern einer Region ein Budget für die gesamte Gesundheitsversorgung einer Versorgungsregion zugeteilt. Das RB kann unterschiedliche Leistungsbestandteile abdecken. Seine Höhe sollte sich an den bisherigen Leistungsausgaben orientieren. Zumindest sollte ein RB die ambulante und stationäre fachärztliche Basisversorgung umfassen. Das Krankenhaus stellt mit dem RB die Basisversorgung der Bevölkerung sicher und übernimmt – je nach konkreter Ausgestaltung des RB – das Morbiditätsrisiko der Krankenkassen. Die Krankenkassen werden an den Vorteilen des RB beteiligt.

Bei RB besteht für Leistungserbringer ein starker Anreiz, stationäre Leistungen möglichst zu vermeiden, um Kosten zu sparen. Der Anreiz zur Ambulantisierung und Prävention wäre stark ausgeprägt. RB setzen Anreize zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit. Während die DRG-Vergütung nur die Wirtschaftlichkeit innerhalb des stationären Sektors erhöht, setzen RB Anreize zur ganzheitlichen, sektorenübergreifenden Effizienz. Diesen Vorteilen steht aber ein geringerer Leistungsanreiz als zentraler Nachteil entgegen. Denn Krankenhäuser können auch durch das Vorenthalten medizinischer Leistungen wirtschaftliche Vorteile

Auszug aus: Debatin et al. (Hrsg.), Krankenhausmanagement. 4. Aufl. (ISBN: 978-3-95466-628-7)
© Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

realisieren. Dieser äußerst problematische Anreiz muss durch ein Leistungs- und Qualitätsmonitoring sowie durch einen Wettbewerb zwischen Regionen über die Wahlfreiheit der Patienten begrenzt werden – verbunden mit entsprechenden Ausgleichszahlungen an Nachbarregionen. Eine Übersicht zu Erfahrungen mit RB aus dem Ausland findet sich in Benstetter et al. [2020].

Literatur

Augurzky B, Krolop S, Pilny A, Schmidt C, Wuckel C (2020) Krankenhaus Rating Report – Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt, medhochzwei Verlag Heidelberg

Augurzky B, Reifferscheid A (2020) Grundversorger haben eine Perspektive als integrierte Versorgungszentren. In: BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, Bertelsmann Stiftung, Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020. Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren. DOI: 10.30433/ePGSF.2020.001

Benstetter F, Lauerer M, Negele D, Schmid A (2020) Prospektive regionale Gesundheitsbudgets, Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland, Stiftung Münch (Hrsg.), medhochzwei-Verlag Heidelberg

KBV (2020) Gesundheitsdaten – Vertragsärztliche Versorgung. URL: https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16400.php (abgerufen am 16.02.2021)

OECD (2017) Health Care Utilisation. URL: https//stats.oecd.org/ (abgerufen am 16.02.2021)

OECD (2021) Health Care Resources: Hospitals per million population. URL:

OECD (2021), Health Care Resources: Hospitals per million population. URL: https://stats.oecd.org (abgerufen am 22.11.2021)

Auszug aus: Debatin et al. (Hrsg.), Krankenhausmanagement. 4. Aufl. (ISBN: 978-3-95466-628-7)
© Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

2 EXKURS: Die Coronakrise als Treiber der digitalen Transformation in den Krankenhäusern

Ecky Oesterhoff

Ein Epidemieereignis als solches ist nicht grundsätzlich neu für die stationäre Versorgung in deutschen Krankenhäusern. Als jüngste Beispiele seien EHEC (im Jahr 2011) oder die Schweinegrippe (2009/2010) genannt. Die besondere Herausforderung der Coronakrise ist aus Sicht der Krankenhausdigitalisierung sicherlich die Wucht, mit der die Pandemie das System belastet, und gleichzeitig der aktuelle Zustand eben dieses Systems. Der Status der Digitalisierung der deutschen Krankenhauslandschaft ist im europäischen und weltweiten Vergleich niedrig und repräsentiert darüber hinaus auch nicht die digitale Reife, die man aus anderen Branchen wie bspw. der Autoindustrie oder dem Bankensektor kennt. Weiterhin ist das Bild dadurch geprägt, dass es einige „digitale Leuchttürme" gibt, die Häuser in der Breite der Versorgung sich aber eher auf dem Niveau der ausgehenden 90er-Jahre befinden.

! Warum aber schafft eine Pandemie etwas, das dieses System aus sich selbst heraus in den letzten Jahrzehnten nicht geschafft hat?

Um diese Frage einordnen zu können bedarf es eines tieferen Blicks hinein in die Kernthemen der Krankenhaus-IT, der in diesem Rahmen nicht zu technisch sein soll, aber notwendig ist, um die Herausforderungen und vor allem die Chancen, die mit der Digitalisierung verbunden sind, besser zu verstehen.

Komplexität

In Abhängigkeit von der Größe eines Hauses steigt auch die Menge der eingesetzten Software in den primären, sekundären und tertiären Bereichen der Patientenbehandlung. In einem Haus der Maximalversorgung können dies leicht mehr als 200 Systeme sein. Die Bandbreite reicht von der Leistungsabrechnung mit Krankenkassen über Spezialsysteme der Medizintechnik in den Fachabteilungen bis hin zur Essenbestellung, der Parkraumbewirtschaftung und dem Patientenentertainment. Da es sich in Teilen um sensible Patientendaten handelt, die besonderen Anforderungen an den Datenschutz – aber auch hinsichtlich der Datenverfügbarkeit – unterliegen, sind wesentliche Systeme redundant vorzuhalten. Faktisch bedeutet dies, dass Krankenhäuser zwei baulich voneinander getrennte (unterschiedliche Brandabschnitte) Rechenzentren betreiben, um somit eine stetige Datenverfügbarkeit zu garantieren. In Kernsystemen werden von den Nutzerinnen und

Auszug aus: Debatin et al. (Hrsg.), Krankenhausmanagement. 4. Aufl. (ISBN: 978-3-95466-628-7)
© Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

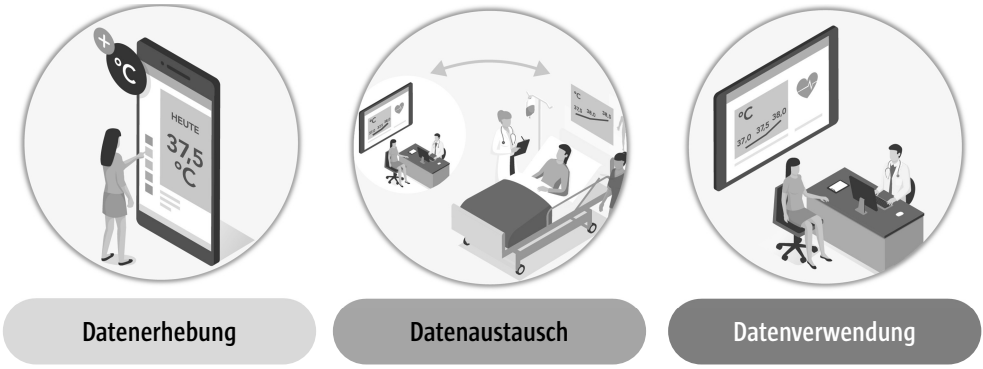

Abb. 1 Interoperabilität

Nutzern die sog. „four nines" erwartet, was bedeutet, dass diese Komponenten 99,99 % des Jahres zur Verfügung stehen müssen. Ein gutes Rechenbeispiel für die Notwendigkeit: Selbst 99,9 % würden einen Ausfall von 9 Stunden pro Jahr bedeuten – eine Ausfallzeit, die in einem OP-Saal nicht akzeptabel erscheint. All diese Systeme agieren zudem nicht solitär, sondern sollen im besten Falle Teile der Patientendaten untereinander teilen. Diese Anforderungen hören aber nicht an den Mauern des Krankenhauses auf, denn zunehmend sollen Daten auch in andere Bereiche unseres in Sektoren untergliederten Gesundheitssystems übergeleitet werden. Auch und gerade unter Pandemiebedingungen ist dies von höchster Bedeutung. Dies führt zu dem zweiten Punkt.

Standardisierung

Es mangelt im Gesundheitswesen nicht an Normen, semantischen Vereinbarungen, Katalogen und Standards. Es mangelt an der Umsetzung und an tragfähigen Geschäftsmodellen oder Anreizen, diese Standards im operativen Umfeld, aber auch in der universitären Forschung, einzusetzen.

Etablierte Marktteilnehmer verdienen gut an der Tatsache, dass die Schnittstellen in jedem Krankenhaus immer wieder neu definiert werden müssen. Forscher werden behindert, weil das Kalium in Labor A als „Cal" und in Labor B als „Kal" gekennzeichnet ist, von einem länderübergreifenden Datenaustausch kann keine Rede sein. In der Pandemie ist es besonders wichtig, in der operativen Patientenversorgung entlang der gesamten sog. „Patienten-Journey" die Datenlage verfügbar zu machen, ohne bei jedem Schritt eine Interpretation durchführen zu müssen (s. Abb. 1). Nur so kann der wesentliche Unterschied in punkto Geschwindigkeit und Qualität erzielt werden. Es sind in jüngster Zeit einige Normierungsinitiativen gestartet, die mit der notwendigen politischen Absicherung diesen Teil des Gesundheitswesens revolutionieren werden.

Genannt seien hier: MII = Medizininformatik Initiative, MIOs = Medizinische Informationsobjekte der KBV, Konzepte der gematik (bspw. ISIK), CoCos = Corona Component Standards unter Beteiligung des health innovation hub. Sie alle bedienen sich der bestehenden Konzepte und semantischen Vereinbarungen von HL7/FHIR, IHE und Snomed CT bzw. erweitern diese dort, wo es notwendig erscheint.

Budget und Ressourcen

Es ist aus Sicht der Geschäftsführung ein naheliegender Gedanke, das notwendige Budget zur Digitalisierung mit dem Budget der klassischen IT-Abteilung und der dortigen Personalausstattung abzugleichen. Diese Ressourcenlage ist in den vergangenen Jahren vielfach durch diverse Beratungshäuser gemessen worden, die immer wieder zu einem nahezu identischen Bild kamen:

Das IT-Budget eines deutschen Krankenhauses bewegt sich zwischen zwei und drei Prozent von dessen Jahresumsatz. In anderen Branchen sind solch niedrigen Koeffizienten undenkbar. Erschwerend kommt hinzu, dass es sich in der stationären Versorgung um maximal sensible Daten handelt. Diese müssen hinsichtlich des Daten-

Auszug aus: Debatin et al. (Hrsg.), Krankenhausmanagement. 4. Aufl. (ISBN: 978-3-95466-628-7)
© Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

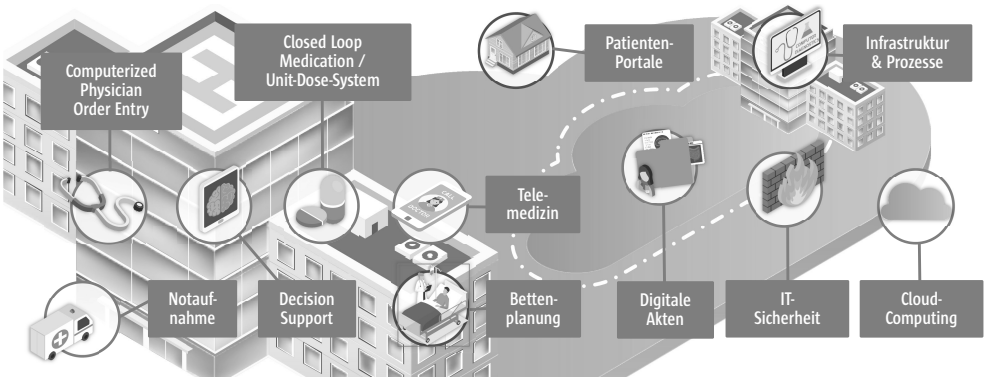

Abb. 2 Handlungsfelder des Krankenhauszukunftsgesetzes

schutzes, der Datensicherheit, der Datenverfügbarkeit aber auch in stark zunehmendem Maße der Cybercrime-Abwehr höchsten Ansprüchen genügen. Die regulatorischen Ansprüche gegenüber den Krankenhäusern wachsen zu Recht (hier sei die KRITIS-Verordnung des BSI und der Branchenstandard B3S der Deutschen Krankenhausgesellschaft genannt), die aber zuvor schon insuffiziente Ressourcenausstattung verharrt konstant auf niedrigem Niveau. Die Coronakrise hat hier ein Brennglas auf klassische Fehler gehalten, die wir unbedingt zügig abstellen müssen:

- Das IT-Budget ist bei weitem zu niedrig, hier fehlt es oft schlichtweg an finanziellen Mitteln.
- Das Digitalisierungs-Budget ist keinesfalls mit dem IT-Budget gleichzusetzen.
- Digitalisierung wird von Menschen gemacht und diese müssen prozessualen Sachverstand mitbringen und in ihrer Organisation verwurzelt sein. Sie können sich nicht von außen digitalisieren lassen und einfach „mehr IT“ ohne ärztliches und pflegerisches Engagement macht ein Krankenhaus nicht digital.

Die Coronapandemie hat den Sektoren des deutschen Gesundheitssystems auf vielfältige Art und Weise einen boost verschafft und dabei einmal mehr aufgezeigt, dass zwischen den Beteiligten unterschiedliche Geschwindigkeiten des digitalen Ausbaus herrschen. Der ambulante Sektor hat sich in den zurückliegenden Jahren unter großen Anstrengungen partiell digitalisiert und ist nun nahezu flächendeckend an die elektronische Patientenakte angeschlossen. Die Praxen haben es in kurzer Zeit geschafft, den Patienten auf breiter Basis Videosprechstunden anzubieten, Homemonitoring beginnt Standard zu werden. In dieser Phase hat das Gesundheitsministerium das KHZG (Krankenhauszukunftsgesetz) platziert, um damit den Häusern genau die Mittel zur Verfügung zu stellen, die sie in der Vergangenheit von den Bundesländern nicht als Investition in Digitalisierung bekommen haben (s. Abb. 2). Eines der wesentlichen Ziele dieses Vorhabens ist es, exakt die Prozesse zu unterstützen, die die Patientenversorgung sektorenübergreifend verbessern.

In diesem Vorhaben investiert der Bund 3 Mrd. Euro (plus 1,4 Mrd. Euro durch die Länder) in die Digitalisierung der stationären Versorgung und gibt in dem Gesetz auch gleich die inhaltlichen Themen und die Art der Ausgestaltung vor. Die Formulierung des Gesetzes und die Coronapandemie haben zeitliche Überschneidungen, weshalb viele Handlungsfelder auch auf die Pandemiebekämpfung abgestimmt wurden.

Als Beispiel des Ineinandergreifens von Digitalisierungsschub durch Corona und weitere Qualifizierung durch das Gesetz sei das Thema „Bettenplanung“ genannt. In der Vergangenheit sind alle Vorhaben einer landesübergreifenden Darstellung von (Intensiv)Betten der Krankenhäuser an technischen Hürden oder dem Widerstand der Selbstverwaltung gescheitert. Corona hat den Entscheidern eindrucksvoll aufgezeigt, dass es neben anderen Kennzahlen unabdingbar ist, den Status aller Betten, verbunden mit einigen wichtigen Parametern, an einer zentralen Stelle sichtbar zu machen. So ist in der Krise mit einer großen Kraftanstrengung und dem Zutun Vieler unter der Federführung der

Auszug aus: Debatin et al. (Hrsg.), Krankenhausmanagement. 4. Aufl. (ISBN: 978-3-95466-628-7)
© Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V.) das sog. „DIVI-Intensivregister" entstanden. Es bildet einen Kernpunkt im Kampf gegen das Virus, weil hier tagesaktuell die Belegung der wichtigen Bettenressource u. a. mit Beatmungskapazität abgelesen werden kann, was eine Grundlage der landesweiten Patientensteuerung darstellt. Nun gilt es aber mithilfe des KHZGs, die Datenentstehung von einer täglichen händischen Meldung zu einem automatisierten dauerhaften Prozess zu entwickeln. Also nicht nur mit viel Aufwand zu elektrifizieren, sondern konsequent zu digitalisieren.

Corona hat uns nachdrücklich aufgezeigt, dass wir eine Pandemiewelle mit dem bestehenden System der Krankenhäuser und vor allem dem bemerkenswerten Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bekämpfen können. Es hat uns ebenfalls vor Augen geführt, dass dies kein dauerhaftes Konzept sein darf und wir andererseits mit der aktuellen Entwicklung in den Krankenhäusern ein mächtiges Werkzeug zur Verfügung haben. Fortschreitende Digitalisierung in der stationären Versorgung ist kein „nice to have", Daten in Krankenhäusern machen den entscheidenden Unterschied, offenbar hat es leider noch einer Pandemie bedurft, um auch in die Umsetzung zu kommen.

Auszug aus: Debatin et al. (Hrsg.), Krankenhausmanagement. 4. Aufl. (ISBN: 978-3-95466-628-7)
© Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft