



Digitalisierung in der Notaufnahme – ein KHZG-Märchen

Es war einmal im Oktober 2020, ein gutes halbes Jahr nach Beginn der COVID-19-Pandemie, da trat auf wundersame Weise das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) in Kraft.

Ziel war es, die digitale Infrastruktur der deutschen Krankenhäuser zu verbessern. Deren Mängel waren durch die Pandemie deutlich zum Tragen gekommen – viele von uns werden sich an die Unmengen von Faxnachrichten an das Gesundheitsamt zur Meldung positiver COVID-19-Patient:innen erinnern.

Ein warmer Geldregen sollte über die Krankenhäuser niedergehen, 3 Milliarden Euro innerhalb von 3 Jahren vom Bund, dazu noch weitere 1,3 Milliarden von den Ländern: Mittel für moderne Notfallkapazitäten, IT-Sicherheit und verbesserte Versorgungsstrukturen.

Und die Notaufnahme stand unter den 11 festgelegten „Fördertatbeständen“ (FTB) an erster Stelle!

Der Pferdefuß dabei: Der FTB 1 Notaufnahme war kein verpflichtender FTB, das waren nur die FTB 2 bis 6 (Patientenportale, digitale Pflege- und Behandlungsdokumentation, klinische Entscheidungsunterstützungssysteme, digitales Medikationsmanagement, digitale Leistungsanforderung) sowie der FTB 10, IT-Sicherheit. Dies führte dazu, dass viele Klinikleitungen aufgrund des komplizierten Antragsverfahrens gar nicht erst Anträge für ihre Notaufnahme stellten. Und selbst bei denen, die es getan haben und deren Anträge bewilligt wurden, ist drei Jahre nach Beginn in den wenigsten Fällen schon etwas in der Klinik vor Ort von einer Umsetzung zu spüren.

Das gilt genauso für die verpflichtenden FTB, von denen die Notaufnahme zumindest indirekt profitieren würde. Und so führt die überbordende Bürokratie zur Verschiebung der Fristen: sollten ursprünglich die Projekte zum 31.12.2021 umgesetzt sein, so müssen sie jetzt lediglich bis zum 31.12.2024 beauftragt worden sein. 2025 und 2026 müssen die Kliniken die Nutzung der verpflichtenden digitalen Projekte nicht nachweisen. Anschließend gibt es einen Stufenplan, nachdem die Krankenhäuser zum 31.12.2027 nachweisen müssen, dass Pflichtprojekte zu mindestens 60% realisiert wurden. Im Jahr 2028 muss die Nutzungsquote bei 70% und 2029 bis 2031 bei mindestens 80% liegen, sonst folgen finanzielle Sanktionen. Somit ist aus der Zeitspanne von initial eineinhalb Jahren ein Zeitraum von 10 Jahren geworden. Ein Sofortprogramm sieht anders aus – böse Zungen sprechen daher bereits vom KHZG als „Rohrkrepierer“.

Dazu kommt, was im KHZG nicht berücksichtigt ist, aber jeder, der sich einen Computer und die dazugehörige Software kauft, kennt: die Unterhaltung sowohl der Hard- als auch der Software kostet mindestens 20–30% der Anschaffungskosten/Jahr. Wie wird dies weiter finanziert?

Zudem führte die gleichzeitige Beantragung von IT-Projekten im Rahmen des KHZGs zu Engpässen bei den IT-Dienstleistern und einer großen Konkurrenzsituation mit entsprechenden wirtschaftlichen Auswirkungen. Gebremst wird die Umsetzung der KHZG-Projekte auch durch die andiskutierte Krankenhausreform. Wenn die Krankenhausreform zu Änderungen hinsichtlich der Ausrichtung und des

Leistungsumfangs führt oder gar der Bestand eines gesamten Krankenhauses zur Diskussion steht, sind nicht mehr alle Digitalisierungsprojekte sinnvoll und umsetzbar. Zumal hier neue Aspekte, wie die sektorenübergreifende Datenübertragung ambulant/stationär, gefordert werden, die bisher völlig undenkbar waren.

Wie sieht es heute vor Ort in den Notaufnahmen aus?

Eine Umfrage hatte 2022 gezeigt, dass nur in 22% der Notaufnahmen die Vitalparameter und in 6% digitale Daten von Geräten der Notaufnahme automatisiert in die Patientenakte übermittelt werden. Hier wird in großem Umfang wertvolle Arbeitszeit des Notaufnahmepersonals zum händischen, fehleranfälligen Eintrag in die Patientenakte verschwendet. Genauso konnten nur 24% der Notaufnahmen elektronisch die Notfallberichte an hausärztliche Praxen oder Einweisende weiterleiten – die Mehrzahl muss weiter darauf vertrauen, dass der Ausdruck irgendwann dort abgegeben wird.

Genauso drücken wir weiter Aufklärungen für Operationen und Untersuchungen aus, die im günstigen Fall nach der Unterschrift eingescannt werden, was keine echte Digitalisierung darstellt, oder lose in der Akte liegen und im ungünstigen Fall auf dem Weg durch die Klinik verloren gehen und gesucht werden müssen. Wir nutzen die Wartezeit der Patient:innen nicht dazu, dass sie ihre Daten und Anamnese selbstständig eingeben. Bereits 2016 wurden Self-Check-In-Terminals von der amerikanischen Vereinigung der Notfallmediziner (ACEP) als eine Personal-Entlastung bei Crowding gesehen. Deshalb wären Patientenportale ein guter Ansatz. Große Klinikketten haben bereits derartige Portale etabliert. Allerdings werden diese bisher nur von einem geringen Prozentsatz der Patient:innen genutzt und zeigen daher noch keinen spürbaren Effekt im Alltag. Außerdem entsteht dadurch in Teilen eine Doppelstruktur zur elektronischen Patientenakte (ePA), was nicht sinnvoll ist und Patient:innen nicht zur Nutzung motiviert.

Die bisherigen IT-Systeme in der Notaufnahme arbeiten oft langsam und die Mitarbeitenden erleben sie nicht als Entlastung. Der Markt an Anbietern ist groß und die Vereinheitlichung von Schnittstellen gering und teuer. Vorgaben für die strukturierte Datenübergabe gibt es nur selten. Anforderungen an die IT-Sicherheit z. B. für kritische Infrastrukturen (KRITIS) verkomplizieren die Anwendung und machen sie noch schwerfälliger. Die Hackerangriffe auf Kliniken in den letzten Jahren haben ihren Teil dazu beigetragen. Daher stehen viele Mitarbeitende der Digitalisierung skeptisch gegenüber, auch weil sie nicht sicher sind, dass dadurch wirklich Mehrwert entsteht. Selbst die vorhandenen Systeme werden häufig nicht optimal genutzt, da in vielen Kliniken keine Schulungskonzepte und Trainings des medizinischen Personals etabliert sind, sondern Mitarbeitende sich untereinander einweisen und so das Wissen immer weiter verdünnt und verwässert wird. Ohne entsprechende Konzepte und Freistellung der Mitarbeitenden für diese Schulungen steht eine erfolgreiche Digitalisierung auf wackeligen Füßen.

Wenn man weiß, dass nur 0,8% der Mitarbeitende eines Krankenhauses im IT-Bereich arbeiten, das sind im Durchschnitt lediglich fünf Personen pro Krankenhaus, wird klar, dass mit dieser Manpower weder flächendeckende Schulungen noch die Implementierung aufwendiger Projekte mit Bordmitteln möglich sind. Auch IT-Personal ist – wie das Pflegepersonal – mittlerweile Mangelware und findet außerhalb von Krankenhäusern lukrativere Arbeitsplätze.

Fazit: Unter den jetzigen Rahmenbedingungen werden deutsche Notaufnahmen (und Krankenhäuser) noch längere Zeit eine Digitalisierungs-Wüste bleiben. Das KHZG ist bisher eine Fata Morgana, die eine Verbesserung der digitalen Infrastruktur lediglich vorgaukelt. Die wenigen Oasen, wo engagierte leitende Personen im ärztlichen und Verwaltungsbereich eine bessere Situation erreicht haben, dürfen darüber nicht hinwegtäuschen.

Und wenn sie nicht gestorben sind, so warten die Notfallmediziner:innen weiter auf eine Entlastung und Unterstützung Ihrer alltäglichen Arbeit durch das KHZG ...

Sylvia Schacher – Bernhard Kumle – Dominik Michalski – Michael Bernhard – Frank Eifinger – Ingo Gräff – Thomas Henke – Philipp Kümpers – Benjamin Ondruschka – Martin Pin