DAS KMS MAGAZIN FÜR DIE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT

DER WISSENS MANAGER #9

Die Zukunft der Pflege: Experten im Interview

Transformation ist Teamarbeit!
Die InEK-Kalkulation mit KMS

Vom dezentralen Berichtswesen zum
konzernweiten Benchmark

kms

DER WISSENS MANAGER #9

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

im Namen der CompuGroup Medical (CGM) „Herzlich willkommen“ an alle KMS-Kunden und an das gesamte KMS-Team! Gemeinsam mit KMS möchten wir ein neues Kapitel in der CGM-Unternehmenshistorie und im Gesundheitswesen aufschlagen. Es geht um eine neue Qualität der Entscheidungsunterstützung. Gemeinsam zeichnen CGM- und KMS-Lösungen ein einzigartiges multidimensionales Bild über alle Klinikbereiche hinweg. Dabei ergibt sich insbesondere aus dem Zusammenspiel von ambulanten und stationären Daten ein deutlicher Zuwachs an Mehrwerten bzw. relevanten Informationen. In diesem Sinne werden wir das KMS-Produktportfolio weiter ausbauen, zusätzliche Datenbereiche erschließen und den Nutzen der KMS-Produkte nochmals erweitern.

CGM hat weitreichende Erfahrung darin, bestehende Organisationen in eine große Einheit einzubinden, deren Stärken zu bewahren und neue Potenziale zu heben. Das KMS-Team bringt einzigartiges branchenspezifisches Business Intelligence Know-how in die CGM ein. Diese Kompetenzen werden in Zukunft noch bedeutender. Daher werden wir das KMS-Expertenteam weiter vergrößern. Wir freuen uns auf die gemeinsame Zukunft!

Mit besten Grüßen

Ihr Hannes Reichl
Geschäftsführender Direktor Inpatient and Social Care
der CompuGroup Medical
Aufsichtsratsvorsitzender der KMS AG

Liebe Wissensmanager:innen, liebe Leser:innen,

wir blicken zurück auf ein aufregendes und von Veränderung geprägtes Jahr. Wir waren schon immer bekannt dafür, aufgeschlossen gegenüber Veränderungen zu sein. Das haben wir dieses Jahr ganz besonders bewiesen.

Den Anfang machte ein grundlegendes Rebranding im Frühjahr: Dabei hat sich nicht nur die Marke optisch verändert, auch die Identität und unser Selbstverständnis sind dynamischer und moderner geworden. Wir haben auf unsere 25-jährige Firmengeschichte zurückgeblickt und das Ziel gesetzt, gemeinsam mit unseren Kunden in eine digitale und vernetzte Zukunft zu gehen.

Ein wichtiger Schritt in diese Richtung erfolgte dann im Sommer: Die KMS Vertrieb und Services AG wechselte den Eigentümer und ist nun Teil der international tätigen CompuGroup Medical (CGM). Diese Entscheidung ist uns (ehemaligen) Eigentümern nicht leichtgefallen. Gemeinsam wollen wir die Zukunftsfähigkeit unserer Kunden sichern, die Gesundheitswirtschaft mitgestalten und kommende Herausforderungen meistern. Die Marke KMS wird wie bisher fortgeführt und wir sind und bleiben auch weiterhin immer für Sie da! Mit unseren Produkten, unserem Team und der gesamten Geschäftsführung.

Nicht nur für KMS bedeutet das Jahr 2021 einen Neustart. Die Bundestagswahl ist vorbei und auch auf politischer Ebene wird es Änderungen geben. Wir wollen die Perspektiven in der Pflege aufzeigen und haben sowohl den Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung wie auch den Pflegedirektor des DHZB und den Vorstand des FINSOZ e. V. interviewt.

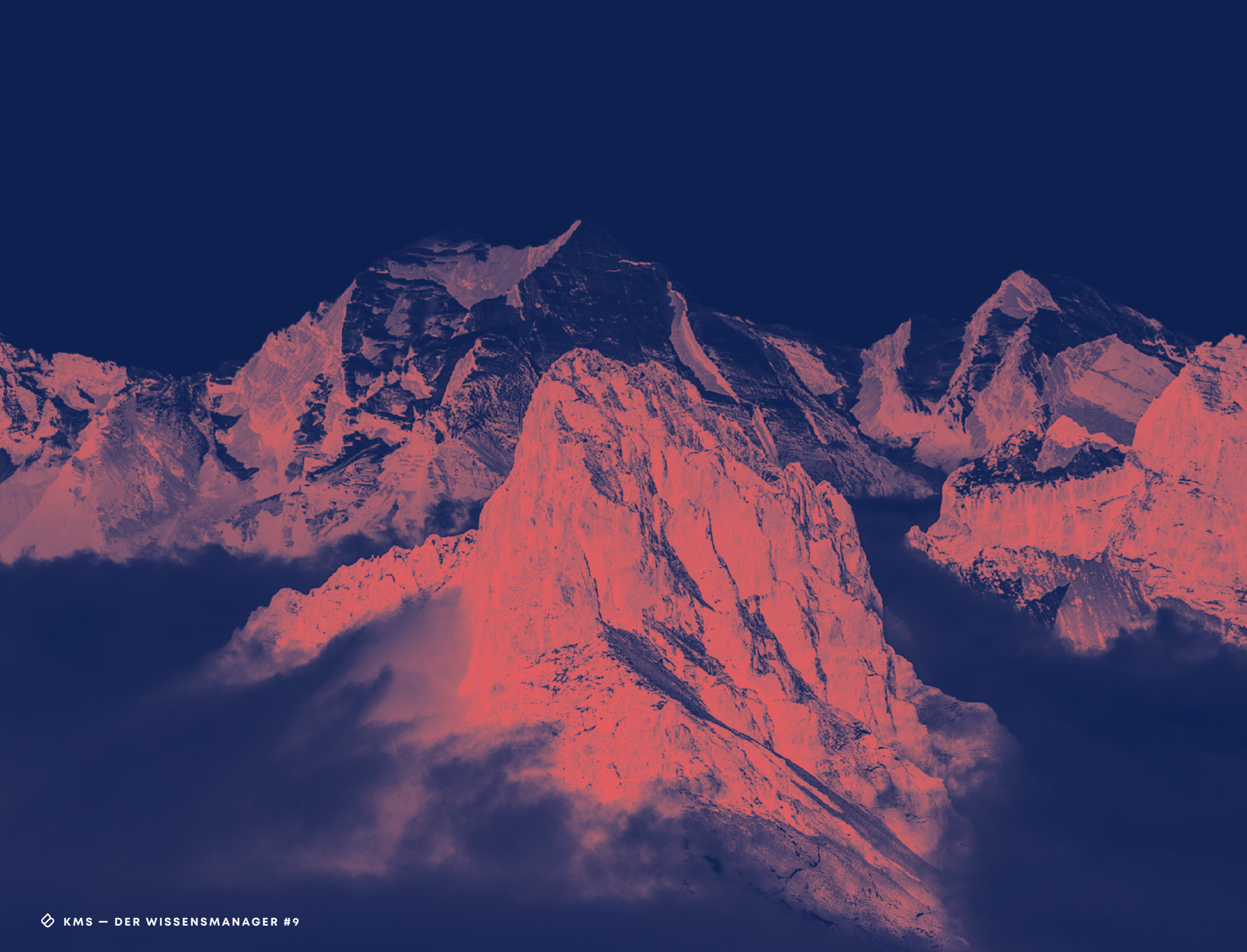
Wir heißen alle unsere Neukunden der letzten Monate willkommen und präsentieren Ihnen einige davon in dieser Ausgabe. Außerdem berichten unsere Kunden über Konzernbenchmarks, erfolgreiche InEK-Kalkulationen und Geschäftsführungsberichte für Seniorenstifte. Und wie gewohnt darf ein Blick hinter die Kulissen von KMS nicht fehlen.

Wir wünschen Ihnen viel Vergnügen beim Lesen.
Immer für Sie da!

Alois G. Steidel
Gründer und
Vorstandsvorsitzender (CEO)
KMS Vertrieb und Services AG

Gesa P. Steidel
Geschäftsleitung
Chief Administrative Officer (CAO)
KMS Vertrieb und Services AG

Nils F. Wittig
Geschäftsleitung
Chief Experience Officer (CXO)
KMS Vertrieb und Services AG



Fokus

Die Zukunft der Pflege

Interview mit Dr. h. c. Andreas Westerfellhaus 06
Interview mit Sebastian Dienst und Darije Lazovic 10
Interview mit Prof. Helmut Kreidenweis 14

KMS Produkte

Medizinische Leistungsgruppen der GSG in eisTIK® 20
Controlling in der stationären Altenhilfe 24

KMS Kunden

Park-Kliniken Berlin: Transformation ist Teamarbeit! 30
Elisabeth Vinzenz Verbund (EVV): Konzernweiter Benchmark 36
Neukunde: Marien Gesellschaft Siegen 41
Neukunde: Lutherstift Wuppertal 42
Neukunde: AWO Psychiatriezentrum 43

KMS erleben

CGM und KMS bündeln ihre Kräfte 46
KMS auf dem Weg zu mehr Nachhaltigkeit 48
Buchvorstellung: Cyber-Security in der Cloud – IT-Sicherheit
im klinischen Umfeld 52

„Pflege geht nur gemeinsam“

Dr. h. c. Andreas Westerfellhaus
Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung
© Fotograf Bernd Kronauer

Autor Daniel Dettling
im Interview mit
Dr. h. c. Andreas Westerfellhaus

Viele wünschen sich Dr. h. c. Andreas Westerfellhaus auch in der nächsten Wahlperiode als Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung. In der letzten Legislaturperiode hat der ausgebildete Krankenpfleger und frühere Präsident des Deutschen Pflegerates das Thema Pflege wie kein anderer zuvor in die politische Öffentlichkeit gebracht. Im Interview unternimmt er eine Bilanz seiner Arbeit und nennt die zentralen Herausforderungen und Aufgaben für die nächsten vier Jahre.

Herr Westerfellhaus, welche Schulnote geben Sie der Pflegepolitik der Großen Koalition – als früherer Präsident und als heutiger Pflegebevollmächtigter?

Westerfellhaus (lacht): Aus Sicht Beider würde ich die Note „Gut" geben, auch wenn das bei vielen möglicherweise auf Unverständnis stößt. Als Pflegebevollmächtigter habe ich einen anderen Einblick in politische Prozesse und Diskussionen, der mir als Präsident des Deutschen Pflegerates gefehlt hat. Ich kann die Kritik verstehen, dass viele Maßnahmen schneller, besser und umfangreicher kommen müssen. Ohne Kompromisse kommt man in der Politik aber keinen Schritt weiter. Daher ist das, was wir in dieser Legislaturperiode in der Großen Koalition erreicht haben, insgesamt ein „Gut". Nach der Bundestagswahl geht es darum, begonnene Initiativen wie die Konzertierte Aktion Pflege fortzuführen.

Die öffentliche Wertschätzung für den Pflegeberuf ist in der Corona-Pandemie gestiegen. Warum braucht es Krisen wie diese, um die Bedeutung des Pflegesektors in die politische Öffentlichkeit zu bekommen?

Schade, dass es einer solchen Krise bedurfte! Durch Corona sieht jeder, wie systemrelevant Pflege in allen Sektoren ist. Die Pandemie hat auch für den Pflegeberuf wie ein Katalysator gewirkt. →

© Fotograf: Bernd Kronauer

In welche Richtung? Droht bald der „Pflexit", eine Kündigungswelle von Fachkräften?

Für beide Richtungen gibt es Hinweise: Es gibt Beschäftigte die überlegen, den Beruf zu verlassen, aber auch eine steigende Wertschätzung für den Beruf. Ein „Pflexit" wäre eine große Katastrophe. Wir dürfen die Veränderungen daher nicht auf die lange Bank schieben. Die Beschäftigten brauchen eine Perspektive für die Zukunft, angefangen bei der beruflichen Autonomie über Karrieremöglichkeiten bis hin zu einer besseren Bezahlung.

Was muss die Politik unternehmen, um das Vertrauen der Beschäftigten zu gewinnen?

Politik kann bessere und verbindliche Rahmenbedingungen schaffen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Arbeitszeitmodelle, Berufsautonomie, klare Personalbemessungsstrukturen in allen Sektoren, mehr Zeit für die Pflege der Menschen durch Entlastung über Entbürokratisierung und Digitalisierung. Wir können viele der geschätzten rund 150.000 ausgebildeten und rückkehrwilligen Berufsaussteiger zurückgewinnen.

Welche Rolle spielt Digitalisierung, wo sehen Sie ihre Chancen und Grenzen?

Digitalisierung kann nicht pflegen. Roboter, die pflegen können, wird es niemals geben. Roboter können aber entlasten und assistieren. Digitalisierung kann zu Entbürokratisierung und besseren Arbeitsprozessen beitragen. In einem Pflegeheim mit 100 Versicherten müssen heute 100 Versichertenkarten bei 100 Ärzt:innen vorgezeigt werden. In der Dokumentation kann eine Digitalisierung vieles schneller und einfacher machen – wenn sie denn richtig und effizient umgesetzt wird. Eine schnelle und sichere Kommunikation dient der Patientensicherheit. Immer mehr Ältere wollen möglichst lange selbstbestimmt zuhause leben. Ohne digitale Assistenzsysteme wird das nicht funktionieren. Wir müssen gemeinsam die Menschen vom Nutzen überzeugen und die Beschäftigten beteiligen, dann machen sie mit.

Vor welchen zentralen Aufgaben steht die Pflegepolitik bis 2025?

Ich habe im Mai meine Forderungen im Hinblick auf die Bundestagswahl und die folgenden Koalitionsverhandlungen veröffentlicht:

Hier geht's zur Pressemitteilung
„Pflegebevollmächtigter legt Forderungen für eine selbstbestimmte Pflege vor":

Sieben Punkte sind mir vor allem wichtig. Erstens das Thema „pflegende Angehörige": Wie können wir sie besser unterstützen und begleiten? Zweitens geht es um die Legalisierung im Rahmen der 24-Stunden-Betreuung. Wie können wir das Urteil des Bundesarbeitsgerichts umsetzen, ohne be-

„Digitalisierung kann nicht pflegen. Roboter, die pflegen können, wird es niemals geben."

stehende Pflegestrukturen zu zerstören bzw. um den nötigen Arbeitsschutz der Betreuungskräfte zu garantieren? Drittens die Zukunft der Pflegeversicherung: Wie können wir Pflegebedürftige und ihre Angehörigen entlasten – finanziell, aber auch durch individuelle Angebote wie eine gute Tagespflege? Viertens geht es um ein besseres Zusammenspiel der Gesundheitsfachberufe! Gut qualifizierte Pflegekräfte müssen in ihrer Autonomie gestärkt werden. Um den Beruf attraktiver zu machen, brauchen wir fünftens ein einheitliches Konzept für die Ausbildung der Assistenzkräfte. Sechstens werden wir auch mit mehr Zuwanderung den steigenden Fachkräftemangel bekämpfen können. Auch hier brauchen wir mehr Einheitlichkeit, wenn es um die Anerkennung der Abschlüsse in den Bundesländern geht. Der siebte Punkt betrifft den Zusammenhalt der Generationen und der Gesellschaft. Ich befürworte ein soziales Pflichtjahr für junge Frauen und Männer.

Was ist Ihre Vision für den Pflegeberuf im Jahr 2025?

Meine Vision ist eine umfangreiche Autonomie des Pflegeberufs mit klaren Zuständigkeiten und Budgets von der Diagnostik bis zur therapeutischen Umsetzung, feste Personalschlüssel in der häuslichen Pflege, der Reha, der stationären Langzeitpflege und in den Krankenhäusern. Und das alles in einem eng vernetzten Zusammenspiel der Gesundheitsfachberufe. Pflege geht nur gemeinsam.

Was kann diese Vision noch bremsen oder verhindern?

Die größte Hürde ist das Wort „Aber". Wir werden die Herausforderungen der nächsten Jahre nicht mit den Instrumenten der letzten 30 Jahre lösen können. Wir müssen uns vom alten Denken befreien, den Mut und das Engagement aufbringen und mehr ins Risiko gehen. ■

INTERVIEW

„Digital befinden sich viele Kliniken in der Steinzeit“

Autor Daniel Dettling
im Interview mit Sebastian Dienst
und Darije Lazovic

Das Deutsche Herzzentrum Berlin (DHZB) ist auf dem Sprung an die europäische Spitze. Als Teil der Charité soll in wenigen Jahren das modernste Herzzentrum Europas entstehen. Am Zentrum betreuen heute über 500 Pflegekräfte Patient:innen aller Altersgruppen. Pflegedirektor Sebastian Dienst und sein Stellvertreter Darije Lazovic setzen seit Jahren auf die Chancen der Digitalisierung und haben eine gemeinsame Vision für den Pflegeberuf der Zukunft.

Sebastian Dienst
Pflegedirektor Deutsches Herzzentrum Berlin (DHZB)

„Der Zusammenhalt ist in der Corona-Zeit noch enger geworden, die Krise hat uns gestärkt – digital wie analog.“

Welche Schulnote würden Sie sich und der Pflege des Deutschen Herzzentrums Berlin für das Krisenmanagement während Corona geben?

Eine Eins. Aber nicht für uns, das sollen andere bewerten, sondern für die Mitarbeiter:innen. Corona war und ist für uns eine extrem anstrengende Zeit, wir haben nochmal eine Schippe oben draufgelegt. Wir haben uns nach Ausbruch der Pandemie täglich in Online-Meetings getroffen, um uns auf dem Laufenden zu halten. Anfangs überwog die Skepsis, ob wir das mit den Stationsleitungen hinbekommen. Es hat super funktioniert, die Kommunikation ist jetzt auf allen Ebenen viel intensiver und besser. Das, was früher nicht möglich schien, ist jetzt selbstverständlich im Alltag. Der Zusammenhalt ist in der Corona-Zeit noch enger geworden, die Krise hat uns gestärkt – digital wie analog.

Die öffentliche Wertschätzung für den Pflegeberuf ist in der Corona-Pandemie gestiegen. Braucht es Krisen wie diese?

Die Wertschätzung war auch vorher groß. Mit Corona wurde jedoch stärker über Pflege berichtet und diskutiert. Wir Pflegenden haben einen tollen Beruf. Die Rahmenbedingungen haben das Image erheblich verschlechtert. Wir müssen nicht auf Politik und Gewerkschaften warten, sondern können die Bedingungen vor Ort ändern und mitbestimmen.

Ist das Interesse am Pflegeberuf am Herzzentrum durch Corona gestiegen?

Wir konnten schon vor Corona die Bewerbungen aktiv nach oben treiben. Seit 2019, als wir den absoluten Tiefpunkt der pflegerischen Besetzung hatten, gelingt es uns, die Personalzahlen kontinuierlich zu steigern.

Haben Sie Angst vor einem „Pflexit“, einer Kündigungswelle von Fachkräften, vor der aktuell gewarnt wird?

Nein, wir haben Angst vor der sicheren Renteneintrittswelle, da wir diese nicht ändern können. Daher arbeiten wir so hart, um dieses Szenario abzuwenden. Auch indem wir eine ehrliche Analyse in Deutschland ansprechen. Kaum jemand weiß, dass laut OECD wir in Deutschland – gemessen an der Einwohnerzahl – genauso viele aktive Pflegende wie unsere europäischen Nachbarn haben. Einen erheblichen Mangel haben wir dagegen beim Verhältnis Pflegekraft pro Patient:in. Wir haben also ganz offensichtlich mehr Patient:innen als andere, weil wir zu viel stationär machen und es an Prozessen und Tools der digitalen Unterstützung mangelt.

Dann ist das Gerede vom Pflexit mediale Überzeichnung?

Es wird in 10 bis 15 Jahren einen demografisch bedingten „Pflexit“ geben, weil die älteren Mitarbeiter:innen in Rente gehen. Dafür brauchen wir politische, das heißt planerische Lösungen, wie wir die Anzahl der unnötig stationären Patient:innen reduzieren können. Wir sehen aber einen anderen selbstverschuldeten „Pflexit“: den der Ausbeutung und der schlechten Führung. Dieser Pflexit lässt sich aber verhindern. Wer Schuld hat, hat auch die Macht zur Veränderung. →

Worauf kommt es dabei vor allem an?

Führung, Führung, Führung. Das fängt mit einer strategischen Personalplanung und der Frage an: Was können wir überhaupt an Diensten leisten? Ein zweiter Faktor ist ehrliche Kommunikation: Wir haben unseren Mitarbeiter:innen klar gesagt, wo wir stehen und dennoch mit ihnen hohe Standards verabredet. Der dritte Faktor ist Transparenz. Anhand unserer Dashboards können alle in Echtzeit sehen, wo wir bei Themen wie Krankenquote stehen – und zwar auf Jahre gerechnet. Das Ergebnis: Statt Kündigungen erleben wir mehr Bewerbungen.

Kommen politische Maßnahmen, wie die Verbesserung von familienfreundlichen Arbeitszeiten oder die Konzertierte Aktion Pflege, bei Ihnen an?

Die politischen Rahmenbedingungen sind besser geworden. Die jahrelange Unterfinanzierung der Pflegetarife und der damit verbundene Personalverlust sind jetzt gestoppt. Wir bekommen heute jede Pflegestelle finanziert. Attraktive Arbeitszeitmodelle und bessere Rahmenbedingungen sind dann unser Job. Oft sind es kleine Gesten, die viel bringen.

Was braucht ein modernes Krankenhaus?

Eine ehrliche Analyse und Bestandsaufnahme und ein besseres Management. Wir wissen aus den Gesprächen: Junge Menschen wollen mit Menschen und in Teams arbeiten, sie wollen sozial sinnvolle Jobs haben, sich weiterentwickeln können und mit Technik zu tun haben.

„Das Krankenhaus gehört zu den schönsten Orten, an denen Menschen arbeiten können."

Welchen Trend beobachten Sie bei den Kliniken?

Es wird zu einer Spreizung kommen. Es gibt Top-Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen in Deutschland, die weiter profitieren werden. Und es gibt Häuser, die noch nicht einmal einen elektronischen Dienstplan haben und vom Markt verschwinden werden. Wir verschleißen Arbeitskräfte in einem schlecht organisierten System und haben zu viele Krankenhäuser, weil es an digitaler Infrastruktur fehlt. Digital befinden sich viele Kliniken in der Steinzeit. Wir brauchen vor dem demografischen Höhepunkt die digitale Wende, den Zwang zur Digitalisierung. Das KHZG enthält zu Recht Strafzahlungen, wenn die Kliniken nicht digitalisieren.

Welche Rolle spielt Digitalisierung in Ihrem Bereich?

Digitalisierung ist mehr als nur Computer und digitale Unterstützung. Wir wollen aus Routinedaten eine risikoadjustierte Personalbedarfsermittlung in Echtzeit machen und daraus Handlungen ableiten. Es geht dann nicht nur um die Anzahl der Betten, sondern auch um die Bedarfe der Patient:innen und ihre beste Betreuung, die vernetzte Abstimmung zwischen den Berufsgruppen und um Planungen im Voraus und Prozessbeschleunigung. Digitale Schulungen und Lernprogramme sparen Geld und Zeit. Wir müssen mehr von anderen Branchen lernen.

Die Öffentlichkeit tut sich noch schwer mit dem Thema „Digitale Pflege". Wo sehen Sie Grenzen?

Die rote Linie ist die digitale Überwachung von Patient:innen, um daraus ethische Entscheidungen oder Rationierungen zu diskutieren. Wir brauchen aber keine Angst vor Künstlicher Intelligenz zu haben, die uns Menschen ersetzt. Pflege und Medizin sind eine Kunst. Digitalisierung kann helfen, Fehler zu vermeiden und uns helfen, das Leben einfacher zu machen, sie kann uns die Entscheidung aber nicht abnehmen. Digitale Pflege ermöglicht in Zukunft, dass schwer chronisch kranke Menschen möglichst lange zuhause bleiben können. Mit Hilfe von Digitalisierung und Medizintechnik, wie z. B. auch Exoskeletten, werden Ältere mit muskulären Problemen sich besser bewegen und laufen können.

Dann kommt der Pflegeroboter?

Wir brauchen dringend einen intelligenten Pflegeroboter als medizinisches Haustier. Ich nenne ihn den „Roboterhund". Er wird mit Augensensoren Assistenzleistungen übernehmen, Werte wie Zucker messen und die Ergebnisse dann digital dem Pflegeteam schicken, das dann gezielt Hilfe leistet, ob telefonisch oder vor Ort.

„Der Roboter wird den Menschen aber nicht waschen, weil Waschen Therapie ist, die Empathie und Intuition erfordert. Dafür braucht es uns."

Wie wird sich der Pflegeberuf damit verändern?

Der Beruf wird professioneller und digitaler. Weiterbildung und Studiengänge wie Pflegeinformatik führen zu mehr Durchlässigkeit zwischen den Berufen. Die Grenzen zwischen den Professionen, zwischen Arzt- und Pflegeberufen, werden flüssiger. In Zukunft arbeiten wir auf Augenhöhe. Die dreijährige Pflegeausbildung wird zur Grundausbildung, auf die Bachelor und Master folgen werden.

Braucht moderne Pflege neue Berufsbezeichnungen?

Ja, eindeutig. Länder wie die USA sind uns bei den Begriffen voraus. Moderne Titel und Bezeichnungen machen Berufe und Karrieren.

Darije Lazovic
stellv. Pflegedirektor
Deutsches Herzzentrum Berlin (DHZB)

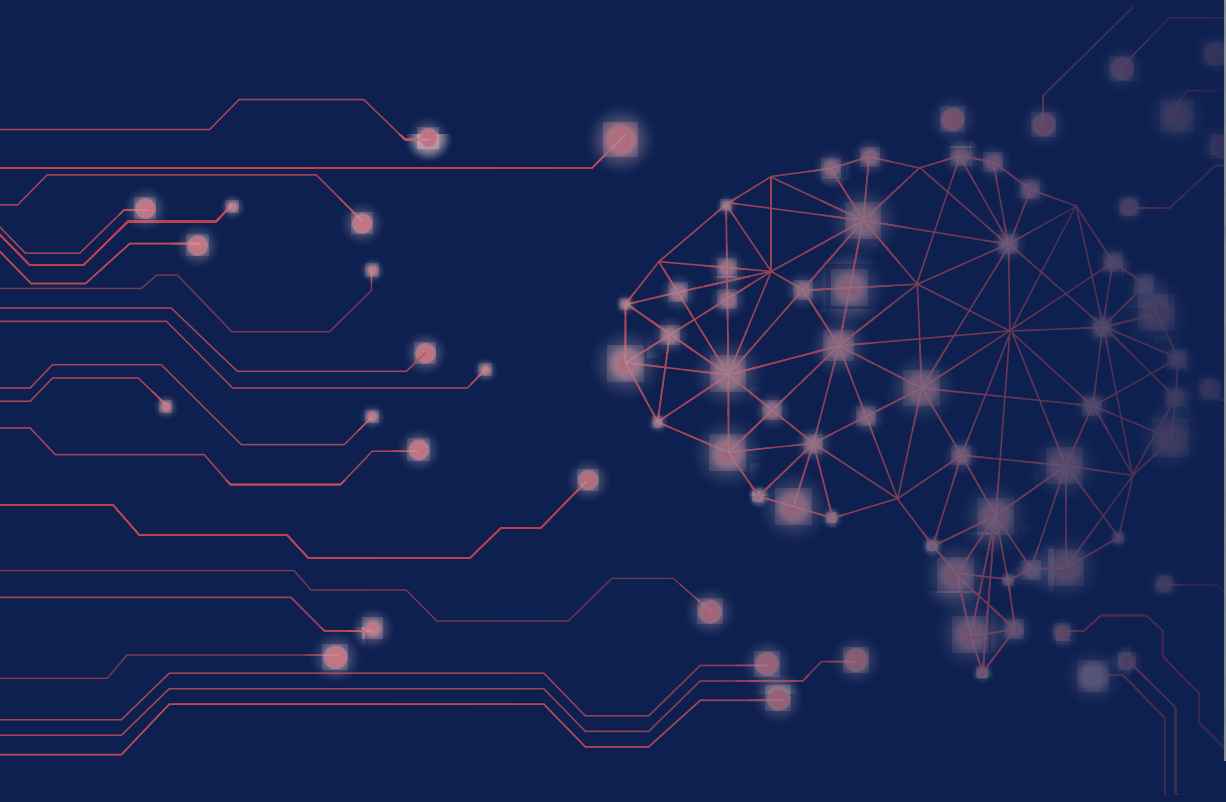
Wer Visionen sucht, muss nicht zum Arzt gehen. Wo steht der Pflegeberuf 2025 oder 2030?

2030 sind wir eines der modernsten Herzzentren in Europa und werden zu den digitalen Vorreitern gehören. Die Tätigkeit der Pflegenden wird weiter, der Beruf attraktiver. Es kommt zu einer Neuordnung aller medizinischen Berufsgruppen: Die Pflegenden werden die Steuerungsfunktion übernehmen und auf Augenhöhe mit den Ärzt:innen agieren. Telemedizin wird zum Standard. Wir werden digitale Brillen tragen und dennoch den Menschen sehen. Mit unserer pflegerischen Intuition und unserem Erfahrungswissen können wir auch in Zukunft etwas, das Maschinen nicht können: echte Beziehungsarbeit leisten. ■

INTERVIEW

„Der Pflegeroboter ist bestenfalls eine Zukunftsvision“

Autor Daniel Dettling
im Interview mit
Prof. Helmut Kreidenweis



Prof. Helmut Kreidenweis
Vorstand Digitalverband FINSOZ e. V.
© Helmut Kreidenweis

Der Digitalverband FINSOZ e. V. will mit der „Initiative Pflegedigitalisierung“ eine Plattform für Hersteller und Anbieter, soziale Organisationen und Wissenschaft aufbauen und Lösungsanbieter und Einrichtungen zusammenbringen.

Ein Gespräch mit dem Vorstand Prof. Helmut Kreidenweis, der zu den profiliertesten Sozialinformatikern gehört und an der Katholischen Universität Eichstätt lehrt, über den Nutzen von IT und KI in der Pflege und die Ziele einer nationalen Strategie.

FINSOZ e.V.
Digitalverband Sozialwirtschaft

„Die Corona-Pandemie hat die fehlende Digitalisierung der Pflege schonungslos offengelegt.“

Pflege und Digitalisierung sind für viele zwei getrennte Welten. Digitale Gesundheit und Medizin dagegen sind weit bekannter. Warum?

Pflege wird als menschliche Dienstleistung von Menschen an Menschen wahrgenommen. Pflege bedeutet immer auch menschliche Zuwendung. Digitalisierung ist für viele ein Begriff, der aus der kalten Welt der Informatik kommt. Dabei arbeitet Pflege schon seit langem mit digitalen Hilfsmitteln wie beispielsweise IT-gestützte Pflegedokumentation. Jede Pflegekraft verwendet heute E-Mail und Internet. Nun gilt es, digitale Hilfsmittel intelligent und reflektiert in die Kernprozesse der Pflege zu integrieren und alle Beteiligten dabei mitzunehmen.

Zum Beschleuniger der Digitalisierung wurde die Corona-Pandemie. Gilt das auch für die Pflege?

Corona hat die Lücken der Digitalisierung in der Pflege schonungslos aufgedeckt. Viele Einrichtungen haben kein WLAN, so dass die Kommunikation zwischen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen etwa über Tablets teils nicht möglich war. Es fehlt auch an der IT-Kompetenz der Pflegekräfte. Digitale Werkzeuge können interne Prozesse verbessern und transparenter machen und das Infektionsrisiko verringern. Wir hätten die Folgen der massiven Kontaktbeschränkungen und der damit verbundenen menschlichen Tragödien mit mehr Digitalisierung zumindest abmildern können. Teilweise ist das auch geschehen, aber eben längst nicht flächendeckend. →

Wo konkret kann IT und Digitalisierung Pflegekräfte unterstützen, kommen die Pflegeroboter?

Der Pflegeroboter ist derzeit noch eine Zukunftsvision. Auf absehbare Zeit wird es keine humanoiden Roboter oder Systeme geben, die auch nur annähernd die Anwendungsreife erreichen, um umfassend das zu tun, was wir Pflege nennen.

„Fachkräfte verbringen heute etwa ein Drittel ihrer Arbeitszeit mit Bürokratie."

Und wir sprechen von Fachkräftemangel! Dabei können wir Pflegekräfte enorm entlasten durch mobile und sprachgestützte Dokumentation sowie bei der Dienst- und Einsatzplanung auf dem Smartphone. Künstliche Intelligenz kann Personal mit Migrationshintergrund sprachlich unterstützen. Digitalisierung kann helfen, wenn es um die Verbesserung der Kommunikation mit pflegenden Angehörigen oder zwischen Fachkräften, Ärzt:innen und Apotheken geht. Die Pflege gehört jetzt mit dem DVPMG zur Telematikinfrastruktur. Ab 2024 wird die Anbindung verpflichtend. Die meisten Einrichtungen sind hierauf noch nicht vorbereitet. Wenn die Medikation beispielsweise nicht voll digital verwaltet wird, kann auch kein e-Rezept vernünftig verarbeitet werden. Da ist also noch viel Basisarbeit zu leisten. Das ist für die Politikprominenz freilich weniger „sexy", als sich mit einem Roboter im Altenheim fotografieren zu lassen.

Wie steht es um die Interoperabilität der Systeme?

Die IT-Landschaft im Gesundheitswesen ist sehr medizinorientiert. Die Gefahr besteht, dass der Pflege medizinische Standards übergestülpt werden, die der Pflege nicht entsprechen. Was etwa dringend erforderlich ist, ist eine Interoperabilität zwischen Fachsoftwaresystemen und Assistenztechno-

logien. Wenn beispielsweise ein Sturz technisch festgestellt wird, muss dieser automatisiert in die Pflegedokumentation übernommen werden können. Hierfür fehlen praktikable Standards. Andererseits sind zu starre Vorgaben der Tod jeder Innovation. Die Lösungsanbieter müssen eng in die Entwicklung solcher Standards eingebunden werden.

Wie steht es um die Potenziale bei Personalbedarfsermittlung und -planung?

Die Bedarfe lassen sich mit einer integrierten Software bereits heute sehr gut planen und steuern. Viele Einrichtungen verwenden jedoch noch immer getrennte Systeme, die vieles nicht erlauben. Es fehlt oft das Bewusstsein, was moderne IT-Systeme heute leisten können. Pflegeinformatik ist in den USA etwa längst ein akademisches Fach.

Digitalisierung wie Werkzeuge und Angebote zur Entlastung der Pflegekräfte kosten viel Geld.

Wir brauchen nicht nur eine Anschubfinanzierung. Ziel sind eine Dauerfinanzierung und einheitliche Vorgaben durch den Bund. Digitalisierung braucht Skaleneffekte. Wenn jedes Bundesland eigene Vorschriften macht, lohnt sich Digitalisierung aufgrund der Kleinteiligkeit kaum noch. Die Digitalisierung der Einrichtungen muss auch stärker Berücksichtigung bei den Leistungsentgelten finden. Die Leistungsträger müssen gesetzlich verpflichtet werden, diese Finanzierung sicherzustellen. Nur so wird eine wirksame und nachhaltige Entlastung der Pflege möglich.

Wann kommen die Pflege-Apps?

Neben den digitalen Gesundheitsanwendungen, den sogenannten DiGAs, gibt es demnächst digitale Pflegeanwendungen, die DiPAs. Diese Apps nutzen vor allem den Angehörigen und Pflegebedürftigen. Das ist gut und richtig, doch wir brauchen auch Anwendungen für die Pflegekräfte.

„Wenn jedes Bundesland eigene Vorschriften macht, lohnt sich Digitalisierung aufgrund der Kleinteiligkeit kaum noch."

Was wünschen Sie sich für die Zukunft von der Politik?

Statt unkoordinierter Einzelmaßnahmen eine umfassende Strategie für die digitale Pflege: Dazu gehören die technische Infrastruktur, ausreichende Finanzierung, Aus- und Weiterbildung und Entwicklungskooperationen. Deutschland braucht als das mit am schnellsten alternde Land ein interdisziplinäres Kompetenzzentrum Digitale Pflege, in das auch die Pflegekräfte als Anwender, die Digitalverbände der Branche und die Anbieter der IT-Systeme eingebunden sind.

Haben Sie eine Vision für die nächsten 10 Jahre, wo stehen wir im Jahr 2030?

Pflege wird papierlos! Und zwar komplett. Sowohl im Hinblick auf die internen Prozesse in den Einrichtungen, die mit mobiler und benutzerfreundlicher IT ausgestattet sind, als auch zwischen den Leistungserbringern und in der Kommunikation mit den Leistungsträgern. Pflegekräfte sind digitaltechnologisch fit und können zwischen nützlichen und nutzlosen Anwendungen unterscheiden. Digitale Innovationen werden nah an der Pflege entwickelt. Pflege braucht in den nächsten Jahren vor allem digitale Unterstützung bei den Basics und nicht primär Roboter aus teuren Forschungsprojekten, die nach drei Jahren Projektlaufzeit in der Mülltonne landen. ■

KMS Produkte

Medizinische Leistungsgruppen der GSG in eisTIK®

Mit der Einführung des DRG-Systems wurde die Abrechnung von Krankenhäusern grundlegend verändert. Waren Liegedauer und Pflegesätze zuvor wesentliche Grundlagen zur Ermittlung des Erlöses, ist die Rechnungsstellung auf Basis der DRG-Systematik, in der Fälle mit vergleichbarem ökonomischem Aufwand gebündelt werden, nun deutlich komplexer.

eisTIK®

Christian Baureis
Projektmanager
bei KMS

Alexander Grunwald
Projektmanager
bei KMS

Die Eingruppierung in die verschiedenen DRGs erfolgt in Abhängigkeit vom Umfang der Behandlung einer Erkrankung. Beispielsweise ist es relevant, ob eine medizinische und/oder chirurgische interventionelle Therapie erfolgt oder eine konservative Therapie ausreichend ist, aber auch welche Art von interventioneller Therapie durchgeführt wurde. Hierdurch können medizinisch inhaltlich vergleichbare Leistungen aufgrund ihres voneinander abweichenden ökonomischen Aufwands in unterschiedliche DRGs führen. Gleichzeitig können einzelne DRGs (aufgrund des vergleichbaren ökonomischen Aufwands) medizinisch inhaltlich voneinander abweichende Leistungen beinhalten.

Für das (Leistungs-)Controlling entsteht hierdurch die Herausforderung, eine auf medizinischer Leistungsebene differenzierte Analyseebene zu etablieren. Zur differenzierten Leistungsdarstellung müssten alle relevanten DRGs zusammengetragen und fallbezogen ausgewertet werden. Dies ist mit hohem zeitlichem Aufwand verbunden und beinhaltet potenzielle Fehlerquellen in Form falscher oder mehrfacher Zuordnung von Fällen zu Leistungsbereichen.

Die Lösung bilden die medizinischen Leistungsgruppen (MLGs) der GSG GmbH integriert in eisTIK®, die auf Basis der fallbezogenen Diagnosen und Prozeduren eine klare 1:1-Zuordnung in eine medizinische Leistungsgruppe garantieren. Eine einzelne Leistungsgruppe umfasst ausschließlich medizinisch inhaltlich vergleichbare Leistungen, grenzt sich eindeutig von anderen Leistungsgruppen ab und bildet eine Diskussionsgrundlage, um auf medizinischer Ebene das Leistungsgeschehen besser zu analysieren.

Die GSG verfolgt bei ihren medizinischen Leistungsgruppen einen systematischen Ansatz. Beginnend mit einer der MDC-Logik folgenden Zuordnung der Hauptdiagnose zu einer Obergruppe →

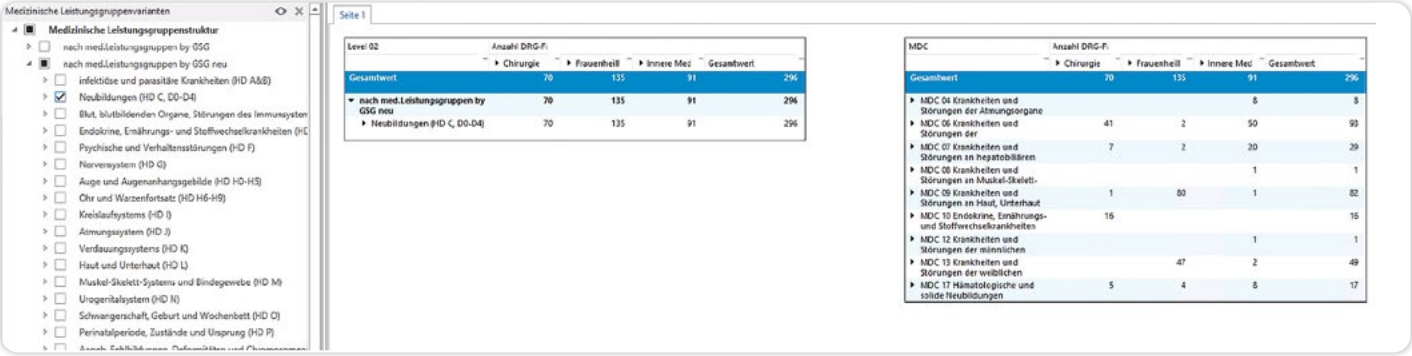


Abb. 1: Vergleich der Zuordnung der Fälle zur Leistungsgruppe Neubildungen vs. MDCs in eisTIK®

In unserem Data Warehouse eisTIK® erfolgt die Zuordnung der Leistungsgruppen über einen separaten Grouper, welcher die Ergebnisse in einer eigenen Dimensionsgruppe für Auswertungen zur Verfügung stellt.

Durch die jährliche Anpassung des Zuordnungsalgorithmus wird die Katalogunabhängigkeit der medizinischen Leistungsgruppen gewährleistet. Die einzelnen Leistungsgruppen beinhalten folglich unabhängig vom jeweiligen Datenjahr die identischen medizinischen Leistungen und ermöglichen somit eine jahresübergreifende Darstellung der Leistungsentwicklung.

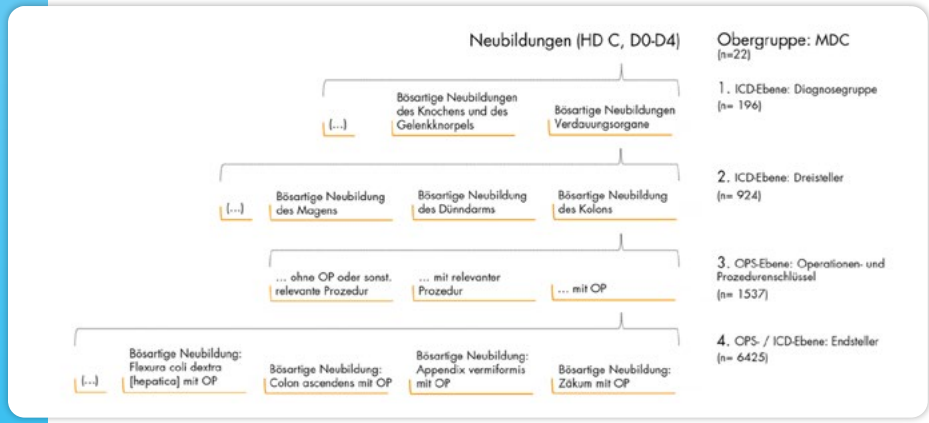


Abb. 2: Struktur der medizinischen Leistungsgruppen der GSG

erfolgt über mehrere Ebenen eine weitergehende Differenzierung verschiedener medizinischer Leistungen. Die Differenzierung basiert im Wesentlichen auf ICD-OPS-Kombinationen, wobei in einzelnen Bereichen auch Alter und Geburtsgewicht als weitere Parameter berücksichtigt werden. Jedem Fall wird genau eine medizinische Leistungsgruppe zugeteilt. Aufgrund der Struktur der medizinischen Leistungsgruppen ist es jederzeit möglich, schnell den Fokus einer Auswertung zu erweitern oder zu verkleinern; je nach Anforderung der Analyse oder vorgefundener Auffälligkeit bei der Analyse einzelner Leistungen.

Diese gleichbleibende, medizinisch strukturierte Leistungsdarstellung erleichtert maßgeblich die Kommunikation zwischen Ökonomie und Medizin. Die durch die DRG-Systematik geschaffene abstrakte Gruppierung von Fällen mit vergleichbarem ökonomischem Aufwand wird durch die MLGs wieder in eine medizinische Behandlungsstruktur überführt, die über einen konkreten Bezug zum klinischen Alltag verfügt. Hiermit bieten die MLGs die perfekte Basis für medizin-strategische Überlegungen (z. B. bei Chefärzt:innen-Gesprächen, im Rahmen der Budgetplanung oder im Bereich der strategischen Marktanalyse), bei denen eine eindeutige und klare Ab-

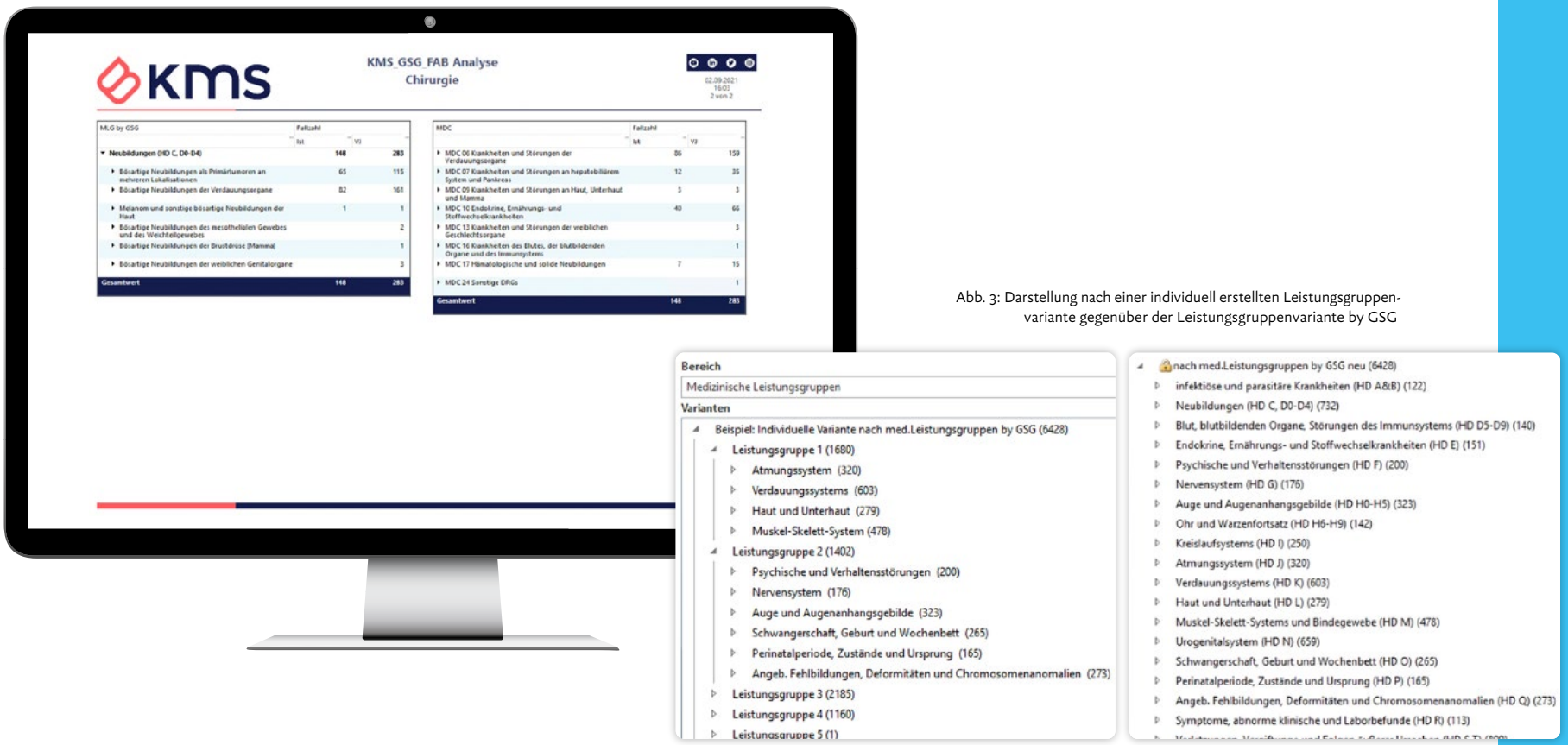


Abb. 3: Darstellung nach einer individuell erstellten Leistungsgruppenvariante gegenüber der Leistungsgruppenvariante by GSG

grenzung einzelner medizinischer Leistungen zueinander von Bedeutung ist. Zugleich lassen sich über die MLGs mögliche Kodiereffekte abbilden, die über die DRG-Systematik nicht zu identifizieren wären, da die DRG-Zuordnung wesentlich auf der vorhandenen Kodierung basiert. So lassen sich z. B. Kennzahlen wie der erzielte Erlös durch die Kodierung von Nebendiagnosen ableiten.

Die Leistungsgruppen lassen sich projektübergreifend als zentrale Analyseebene sowohl operativ als auch strategisch verwenden. Analysieren Sie hoch differenziert Ihre Leistungsentwicklung, Kodiereffekte, MD-Anfragen oder die Patientenherkunft für einzelne medizinische Leistungen. Nutzen Sie die Leistungsgruppen als Kommunikationsebene mit Ihrem medizinischen Team und entwickeln Sie medizin-strategische Überlegungen mit dem Differenzierungsgrad der MLGs.

Zusätzlich zu der von der GSG vordefinierten Variante bietet eisTIK® die Möglichkeit, auf Basis der vorhandenen Leistungsgruppenelemente hausspezifische Leistungsgruppenvarianten zu erstellen, um so individuelle strategische und medizinische Fragestellungen der einzelnen Kliniken zu beantworten. ■

Controlling in der stationären Altenhilfe

Dipl.-Kff. Ines Manegold
Geschäftsführender Vorstand Lutherstift, Wuppertal
Generalistin im Gesundheitswesen

Gemeinsam mit KMS geht der Lutherstift Wuppertal einen wichtigen Schritt in die Zukunft und führt ein transparentes Management-Informationssystem ein. Ines Manegold, Geschäftsführender Vorstand im Lutherstift Wuppertal, mit einem Blick auf den Status Quo in der stationären Altenhilfe und über die Notwendigkeit eines professionellen Controlling-Systems.

LUTHERSTIFT

© Lutherstift Seniorenzentrum Elberfeld

WARUM IST CONTROLLING IN DER STATIONÄREN ALTENHILFE ÜBERHAUPT NOTWENDIG?

Diese Frage muss vorrangig unter den steigenden Restriktionen und Anforderungen an die personelle Ausstattung gesehen werden. Die zunehmend zur Anwendung kommende pauschale Fortschreibung der Entgelte ist der konsequente Schritt in die Richtung der pauschalen Vergütung. Die bisherigen Kalkulationen zur Ermittlung der Entgelte in der stationären Altenpflege sind sehr nah an der Selbstkostendeckung als Vergütungssystem.

Aus diesen beiden Kernfaktoren (Personal und Hinwendung zu pauschalen Entgelten) ergibt sich die Notwendigkeit eines transparenten, kennzahlenbasierten Controllingsystems.

Die Entwicklung zu pauschalen Entgelten ist aus dem Krankenhausbereich bekannt und erreicht nun die stationären Altenhilfeeinrichtungen.

„Aktuell geschieht die Planung der stationären Altenhilfe häufig auf Basis der Erfahrung – insbesondere in der zweiten Führungsebene."

Hier muss ein Wandel stattfinden: weg von subjektiven Entscheidungen und hin zu einer Planung, die auf objektiven Kennzahlen fußt.

Der größte Budgetanteil ist, analog zur stationären Krankenversorgung, der Personalbereich. Aufgrund der geltenden Berechnungsgrundlagen, die direkt mit dem Pflegegrad korrelieren, ist es notwendig, den optimalen Mix →

der Pflegegrade für die Wohnbereiche zu ermitteln. Durch die Fluktuation der Bewohner:innen ist dies ein dynamischer Prozess. Die Verkürzung der tatsächlichen Aufenthaltszeiten ist in den letzten Jahren deutlich merkbar geworden. Somit ist die Reaktionszeit schneller geworden. Auch hier findet ein Kulturwandel statt. Kurzzeitpflege verkürzt den durchschnittlichen Aufenthalt. Dies wird durch folgendes Beispiel deutlich:

„Steigerung der Neuaufnahmen von 2020 auf 2021 um den Faktor 4.“

Der Aufnahmeprozess in der Einrichtung ist auf die ideale Mischung der Pflegegrade abzustellen. Die Verpflichtung zur Aufnahme besteht nicht. Wartelisten sind durchaus üblich und ermöglichen die Umsetzung der idealen Mischung auf den Wohnbereichen. Durch die Steigerung der Aufnahmeprozesse (s. o.) ist es nicht mehr möglich, „aus Erfahrung“ zu handeln. Die objektiv ermittelten notwendigen Belegungen werden zukünftig, neben den „weichen“ Faktoren, die Verteilung der zukünftigen Bewohner:innen ausrichten.

Die optimale Belegungssteuerung und der optimale Personaleinsatz stellen somit den Kern der Erwartungen dar, die mit der Einführung des kennzahlenbasierten Controllingsystems verbunden sind.

Aktuell besteht zudem eine Divergenz zwischen dem hausübergreifend ermittelten Personalbedarf und dem stationsbezogenen ermittelten Personalbedarf. Hier treffen die Ergebnisse von Controlling und Pflegedienstleitung aufeinander. Durch die essenzielle Bedeutung der Personalkosten für den wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens ist diese Divergenz objektiv aufzulösen.

Neben den notwendigen, unterschiedlich qualifizierten Mitarbeiter:innen in der vorgegebenen Vollkräfteanzahl sind die Notwendigkeiten der Besetzung im Verlauf des Tages zu berücksichtigen. Bisher wurde dies „aus Erfahrung“ gelöst. Die objektive Einsatzplanung ist unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten erforderlich.

Additiv werden die Kennzahlen der einzelnen Berufsgruppen mit deren Qualifikationsstand ermittelt. Die Fluktuation ebenfalls. Die Krankentage, Urlaubstage, Überstunden und Fehlstunden ermöglichen eine stetig verbesserte Personalplanung und damit verbunden die Verbesserung der Finanzplanung.

Hier sind insbesondere die Tarifentwicklung und die Höhe der entstehenden Zulagen zur Steuerung von hoher Bedeutung.

Das Budget der Fortbildungskosten wird transparent dargestellt. Verpflichtende Fortbildungen können geplant und fakultative Angebote zur Disposition gestellt werden.

Die stetige Überwachung der Auslastung, idealerweise nahe 100 %, und die stetige Überwachung der Budgets der Wohnbereiche ermöglichen die echte betriebswirtschaftliche Steuerung. Abteilungsbudgets sind in der stationären Altenhilfe bisher nur vereinzelt zu finden.

„Das Bewusstsein für die zielgerichtete Mittelverwendung muss erst eingeübt werden.“

„Mit dem Einsatz des KMS-Tools für die stationäre Altenhilfe werden die Budgets transparent und barrierefrei kommuniziert."

Die Standard-Finanzkennzahlen wie Gewinn- und Verlustrechnung, Liquidität und Liquiditätsreichweite vervollständigen den Controlling-Bericht. Die Zusammensetzung der Kostenträger ist ebenso von Interesse, jedoch nicht von hoher finanzieller Bedeutung. Qualitätsorientierte Kennzahlen (MRSA, Dekubitus) runden das Gesamtbild ab. ■

© Lutherstift Seniorenzentrum Elberfeld

INES MANEGOLD

Die Diplom-Kauffrau Manegold arbeitete nach ihrem Studium acht Jahre als Referatsleiterin beim Verband der privaten Krankenversicherung. 1999 wechselte sie zur AOK Thüringen als Abteilungsleiterin. 2001 wurde Manegold Verwaltungsdirektorin bei der Dr. Becker Klinikgesellschaft Köln. Zwei Jahre später ging die Finanzfachfrau als Verwaltungsleiterin in das Albertinen Krankenhaus in Hamburg. Von 2005 bis 2007 war sie Finanzdezernentin am Universitätsklinikum Saarland. Es folgten weitere Stationen als kommissarische Kaufmännische Direktorin an der Universitätsklinik Köln und als Kaufmännische Direktorin und Vorstandsmitglied am Düsseldorfer Universitätsklinikum. Seit März 2010 stand Manegold als Vorstandsdirektorin der Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft vor. Die letzten beiden Stationen als Kaufmännische Geschäftsführerin der Orthopädischen Uni-Klinik Friedrichsheim in Frankfurt/Main und Interimsgeschäftsführerin der Katholischen Kliniken Emscher-Lippe GmbH verbreiterten das Spektrum der Sanierungskompetenz. Die langjährige, intensive Auseinandersetzung mit dem Thema der Digitalisierung im Gesundheitswesen setzt Ines Manegold im Digital Health Germany e. V. um. Seit Herbst 2020 ist sie nun als Geschäftsführender Vorstand im Lutherstift Seniorenzentrum Elberfeld tätig.

KMS Kunden

SUCCESS STORY

Transformation ist Teamarbeit!

Eine Partnerschaft braucht neben Projekterfahrung und guten Produkten vor allem ein flexibles Team und hohes Tempo – ein Best-Practice-Beispiel der Park-Kliniken Berlin.

Robert Grams
Leiter Betriebswirtschaft / Controlling
bei den Park-Kliniken

Andree Bogs-Besemer
Teamleitung Consulting
bei KMS

Nils Blankschyn
Projektmanager & Consultant
bei KMS

PARK-KLINIKEN
BERLIN

© Heymach/Park-Kliniken Berlin

Die InEK-Kalkulation stellte Anfang 2021 – wie für viele andere Kliniken auch – für unseren Neukunden, die Park-Kliniken Berlin, eine besondere Herausforderung dar: Aufgrund von personellen Engpässen – kurzfristig waren Mitarbeiter:innen ausgefallen – mussten zwei somatische und eine psychiatrische InEK-Kalkulation fristgerecht in Rekordgeschwindigkeit durchgeführt werden. Dabei stand KMS den Kliniken mit einem erfahrenen Consulting-Team zur Seite. Mit fachlicher Begleitung und Beratung unterstützte KMS die Park-Kliniken Berlin dabei, schnell in die Analyse und das strategische Controlling zu kommen. Der Leiter Betriebswirtschaft/Controlling, Robert Grams, suchte einen erfahrenen Spezialisten mit einer entsprechenden Marktkenntnis und Größe:

„KMS verfügt als Partner mit seiner Projekterfahrung, Software sowie Mitarbeiterstruktur über die Leistungsfähigkeit, um auch schnell bei Engpässen sehr gute Ergebnisse zu ermöglichen."

Projekterfahrung, Leistungsfähigkeit und gute Produkte sind das eine, auf das es in einer Partnerschaft ankommt. Mindestens genauso wichtig für den nachhaltigen Erfolg sind ein exzellentes Team und ein hohes Tempo. Dabei geht es um eine breite Palette von Erfolgsfaktoren: Geschwindigkeit, Agilität, Kooperation auf Augenhöhe, Empowerment der Mitarbeiter:innen und eine ständige und enge Abstimmung zwischen den KMS-Berater:innen und dem Kunden. Dank des flexiblen Projektmanagements hat KMS immer eine Lösung für auftauchende

© Heymach/Park-Kliniken Berlin

Probleme. Für den KMS-Projektmanager Nils Blankschyn ist die enge und tägliche Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Park-Kliniken Berlin besonders wichtig: „Mit unserer Begleitung und Beratung entlasten wir die Mitarbeiter:innen und empowern sie gleichzeitig. Die Mitarbeiter:innen der Park-Kliniken Berlin sind jetzt z. B. in der Lage, Dokumentationsmängel schneller zu identifizieren und in der Folge zu verhindern. Die gemeinsamen Ziele haben wir inzwischen erreicht: Die Prozesse lassen sich optimieren und die Datenqualität steigern." →

© Heymach/Park-Kliniken Berlin

„Bessere Daten helfen den Kliniken dabei, Schwachstellen leichter zu erkennen und zu kommunizieren und so die Akzeptanz der erforderlichen Schritte und Maßnahmen zu verbessern.“

Und damit den nötigen Kulturwandel hin zu einer transparenten und beteiligungsorientierten Klinik zu unterstützen. Robert Grams setzt auch in Zukunft auf die KMS-Berater:innen: „Wir kommen jetzt schneller an viele entscheidungsrelevante Informationen und sind so besser in der Lage, unsere Prozesse – basierend auf Kennzahlen – zu optimieren. Mit KMS-Consulting haben wir einen Partner, der über den Tellerrand hinausdenkt und uns beim Finden der besten Lösung berät. Neben formellen Erfordernissen stehen die Anwenderinnen und Anwender im Mittelpunkt. Digitale Transformation ist Teamsache.“

„Der Erfolg lässt sich messen: Die maximal erlaubten Fehlerquoten bei der InEK-Kalkulation wurden in allen Bereichen erheblich unterschritten.“ →

© Heymach/Park-Kliniken Berlin

© Heymach/Park-Kliniken Berlin

© Heymach/Park-Kliniken Berlin

ÜBER DIE PARK-KLINIKEN BERLIN

Die Park-Klinik Weißensee in Pankow und die Schlosspark-Klinik in Charlottenburg gehören zu den privat geführten Krankenhäusern Berlins und haben eine gemeinsame Verwaltung. In insgesamt 678 Betten sowie Tagesklinikplätzen werden ca. 27.000 stationäre, ca. 59.000 ambulante Fälle in 11 bzw. 14 Fachabteilungen und 8 Zentren behandelt. Sie arbeiten außerdem auf medizinischen Ebenen eng zusammen, z. B. in der Kardiologie und der Bildgebenden Diagnostik. Diese Vernetzung bietet Patientinnen und Patienten ein erweitertes Diagnostik- und Therapiespektrum und ermöglicht den ärztlichen Teams einen breiten Einsatzbereich.

Die Kliniken genießen einen hervorragenden Ruf und zeichnen sich durch außerordentlichen Service sowie ein stilvolles, hotelähnliches Ambiente aus. Sie stehen allen Patient:innen offen. Die Patient:innen der Park-Kliniken Berlin heben durchgängig die besondere Kompetenz in der Pflege, die persönliche Zuwendung und das Gefühl der Geborgenheit hervor. Die Fachabteilungen an beiden Standorten bieten ein umfangreiches medizinisches Leistungsspektrum und werden von renommierten Chefärzt:innen geleitet. In den Zentralen Notaufnahmen (ZNA) der Kliniken werden Patient:innen 365 Tage im Jahr, 24 Stunden täglich, akutmedizinisch betreut.

Zu den Kliniken gehören außerdem ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), ein Therapiezentrum und die Hauskrankenpflege Park Vital. ■

Consulting

WUSSTEN SIE SCHON?

Seit der ersten InEK-Kalkulation im Jahr 2004 unterstützt KMS ihre Kunden mit einem klaren Fokus auf eine transparente Datenaufbereitung. Den Erfahrungsschatz aus über 200 InEK-Kalkulationen und mehr als 300 DBR- und KTR-Projekten bringen wir in unsere Projekte mit ein und führen diese so nicht „nur zum Bestehen", sondern zu einem Mehrwert für das Krankenhaus.

Mehr dazu auf:
www.kms.ag/loesungen/consulting
und auf der Herbsttagung 2021.

VON PUNKTUELLER UNTERSTÜTZUNG BEI PERSONELLEN ENGPÄSSEN BIS HIN ZU FULL-SERVICE-MODELLEN

Unser Kostenrechnungsteam deckt dabei das gesamte Spektrum ab und kennt sich sowohl in der Somatik als auch der Psychiatrie bestens aus. Von punktueller Unterstützung bis hin zu Full-Service-Leistungen mit einer kompletten Übernahme der Kalkulation kann die Leistung an die Erfordernisse vor Ort angepasst werden.

Damit steht KMS wie kein zweites Unternehmen für umfangreiche Beratungsleistungen bei sämtlichen kostenrechnungsnahen Themen und der Verknüpfung von Beratung und innovativer Technologie.

SINGLE POINT OF TRUTH

eisTIK® wird durch die Symbiose von Daten und Wissen zu Ihrem Mittelpunkt eines neuen Steuerungsökosystems. Wir unterstützen Sie dabei mit dem langjährigen Know-how unserer KMS-Berater:innen. Das in uns gesetzte Vertrauen, so viel mehr Erkenntnisse aus den Daten zu ziehen, ist unser Antrieb, unsere Standards jedes Jahr noch weiter auszubauen.

ANALYSE – KONZEPT – UMSETZUNG

Das sind die drei Bausteine für Ihre neue Berichtskultur, mit denen das KMS-Consulting Ihnen die Voraussetzung für effektive Entscheidungsprozesse schafft.

SUCCESS STORY

Vom dezentralen Berichtswesen zum konzernweiten Benchmark

Vorteil einer transparenten Kommunikationsphilosophie innerhalb eines Klinikkonzerns ist es, voneinander zu lernen. Welche Klinik macht was besonders gut? Ein Benchmark ist ein gutes Mittel, dies zu erkennen. Der Elisabeth Vinzenz Verbund (EVV) geht hierfür einen konsequenten Weg als Grundlage einer kontinuierlichen Verbesserung.

Andreas Hill
Leitung Controlling beim EVV

Kerstin Henry
Projektmanagerin bei KMS

© Elisabeth Vinzenz Verbund

STANDARDBERICHTSWESEN MIT KMS

Im Jahr 2018 wurde gemeinsam mit KMS ein zentrales Standardberichtswesen mit eisTIK® realisiert. Hierbei ging es nicht darum, ein EVV-Berichtswesen „von oben" vorzugeben, sondern mit den dezentral organisierten Häusern trägerübergreifend gemeinsam ein Berichtswesen zu spezifizieren und umzusetzen. Es wurden für die wesentlichen Auswertungsbereiche verbundweite Standards definiert und implementiert, auf deren Basis auch die Leistungsgespräche im Rahmen von Gesellschafterversammlungen durchgeführt werden. Hierzu zählen unter anderem einheitliche Konten- und Kostenstellenstrukturen, Leistungsgruppen- und Fallcluster. So konnte ein einheitliches Verständnis und die Akzeptanz für das Berichtswesen bei allen Mitgliedshäusern erzielt werden.

Neben der Erstellung eines Standardberichtswesens war es auch das Ziel, ein verbundweites Benchmarking-Berichtswesen zu etablieren. Diese Phase wurde nach dem Projektabschluss 2019 in Angriff genommen. Die Spezifizierung und Umsetzung erfolgte dabei direkt durch den EVV. In einem ersten Schritt wurden Benchmarking-Berichte zum DRG-Leistungsgeschehen erstellt.

ZENTRALE EISTIK®-INSTALLATION

Der EVV verfügt über eine zentrale eisTIK®-Installation. Die Datenübernahmen erfolgen täglich, sowohl für den Leistungs- als auch für den Finanzbereich. Neben den Daten der Krankenhäuser werden auch die Finanzdaten der MVZs, Servicegesellschaften und aller weiteren Beteiligungen berücksichtigt. Die Mitgliedshäuser können jederzeit dezentral auf die zentrale eisTIK®-Installation zugreifen und neben den Standardberichten individuelle Berichte erstellen und entsprechend nutzen. Die bereits freigegebenen Benchmarking-Berichte können von allen Häusern eingesehen und verwendet werden.

EIN BERICHT FÜR ALLE HÄUSER

Als Einstieg dient ein Bericht, der einen Überblick aller EVV-Häuser zur Fallzahl- und Casemix-Situation im Vergleich zum Vorjahr und zum Plan bietet. Aufgrund des Corona-Effektes ist auch eine Darstellung gegenüber 2019 vorhanden. Neben der Kennzahlendarstellung auf Hausebene werden die Casemix-Entwicklung sowie die fünf größten positiven und negativen Casemix-Abweichungen je MDC grafisch ausgewiesen. Bei Aufruf des Berichtes beziehen sich die Darstellungen auf den gesamten EVV. →

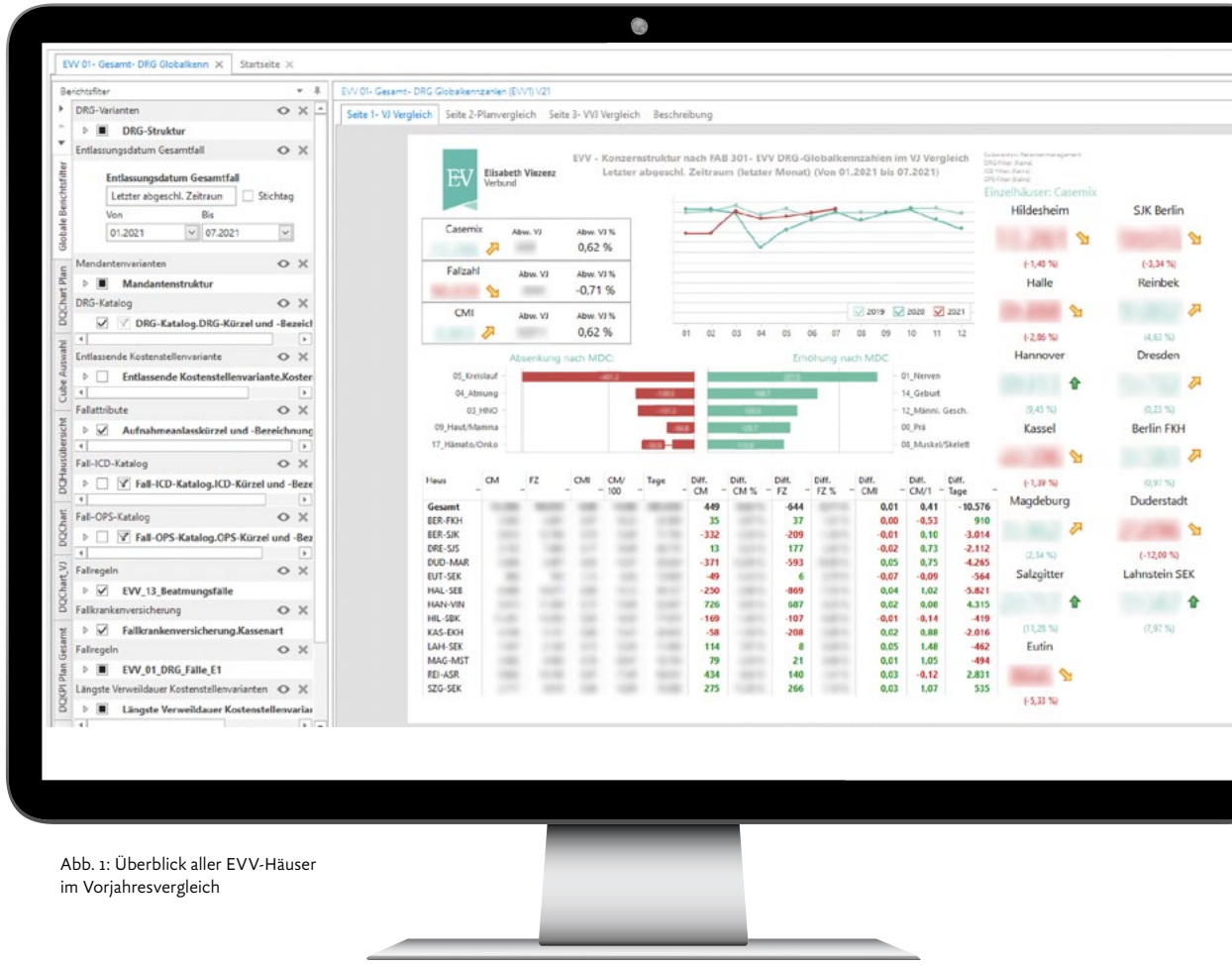


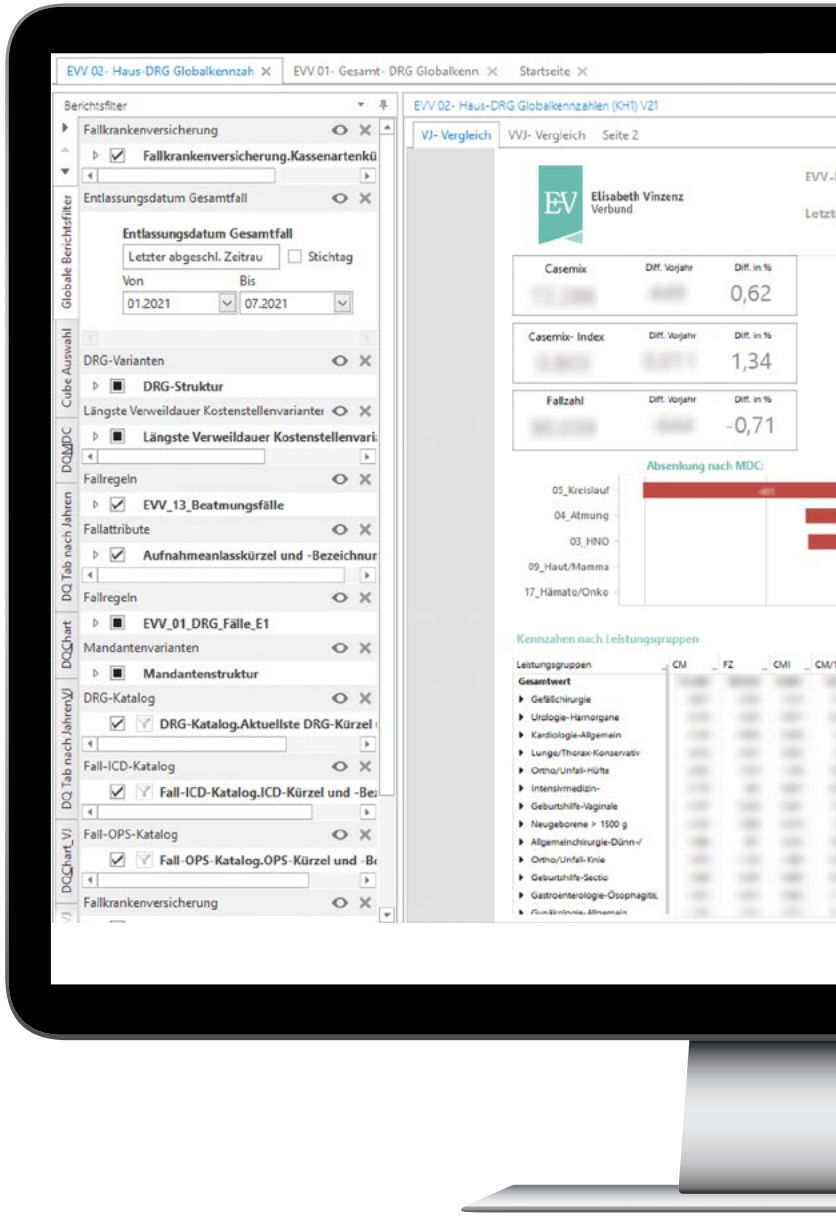
Abb. 1: Überblick aller EVV-Häuser im Vorjahresvergleich

Der Bericht kann von allen Mitgliedshäusern aufgerufen werden, heißt, auch die Daten der anderen Häuser können entsprechend eingesehen werden. Hierfür wird die erweiterte eisTIK® Rechteprüfung genutzt, die direkt bei der Berichtserstellung in den jeweiligen Datenquellen hinterlegt wird. Die erweiterte Rechteprüfung ist unabhängig vom Benutzer- und Rollenkonzept zu sehen. Nach diesem hat jedes Mitgliedshaus nur die eigenen Daten im Zugriff. Über die Filterleiste können die Daten entsprechend den Fragestellungen noch weiter selektiert werden. Auch hier gilt die Selektion für die Darstellung aller Häuser. So besteht beispielsweise die Möglichkeit, über den Kostenstellenfilter eine entsprechende Fachabteilung auszuwählen. Hierfür wurde eine Struktur nach den § 301 Fachabteilungsschlüsseln aufgebaut. Diese Struktur wird ausschließlich für übergeordnete EVV-Berichte sowie für die Benchmarking-Berichte verwendet. Für das Standardberichtswesen wird eine separate Hierarchie genutzt. Diese stellt die individuellen Fachabteilungsstrukturen der Häuser dar.

Abb. 2: Kostenstellenstruktur zur Darstellung der Fachabteilungen nach § 301

Für das EVV-Monatsberichtswesen werden die Leistungsdaten jeweils am 16. eines Monats vom EVV archiviert. Der Bericht weist die Daten des letzten archivierten Standes aus. Damit greifen alle Häuser auf einen abgestimmten Datenbestand zu. Unabhängig davon kann der Bericht über den Filter der Cube-Auswahl – aufgrund der täglichen Datenübernahmen – auch tagesaktuell aufgerufen werden.

Der Bericht (s. Abb. 3) stellt das Leistungsgeschehen des EVV bzw. eines ausgewählten Hauses detailliert dar. Hierbei werden Standardkennzahlen wie Casemix,



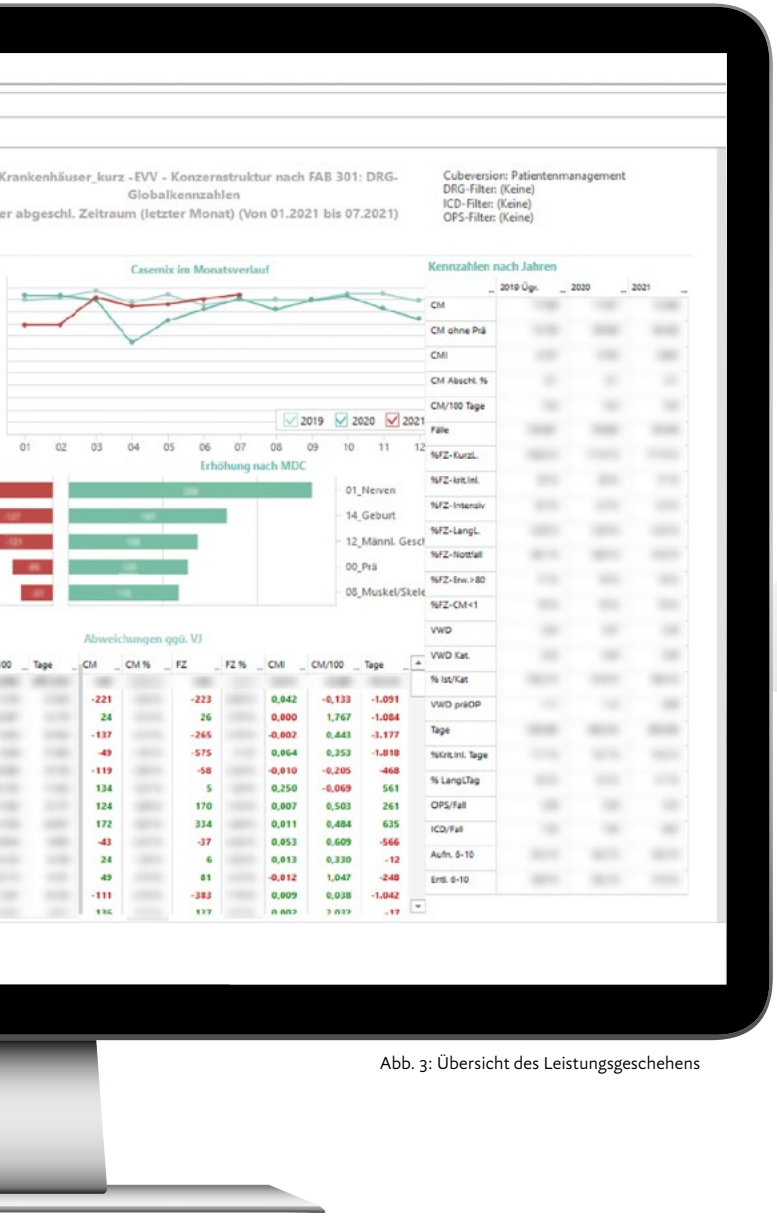


Abb. 3: Übersicht des Leistungsgeschehens

CMI und DRG-Fallzahl im Vergleich zum Vorjahr ausgewiesen. Aufgrund des Corona-Effektes ist auch hier eine Darstellung gegenüber 2019 eingefügt. Durch entsprechende Filterung kann der Bericht ebenso als Fachabteilungsbericht eines Hauses genutzt werden. Weiterhin sind weitere Eingrenzungen nach MDC, Leistungsgruppe, DRG, ICD oder OPS möglich. Alle Kennzahlen passen sich entsprechend der gewählten Datengrundlage der Filter automatisch an. Dies gilt sowohl für die im Bericht aufgeführten Kennzahlen im Mehrjahresvergleich zu verweildauerbezogenen Kennzahlen als auch für die ersten Kennzahlen zum Aufnahme- und Entlassungsprofil wie beispielsweise der Anteil der Aufnahmen zwischen 6 und 10 Uhr und der Anteil der Entlassungen zwischen 6 und 10 Uhr. Darüber hinaus zeigt der Mehrjahresvergleich Kennzahlen zur Fallschwere, wie z. B. Anteil der Fälle mit einem Alter größer 80 Jahren, Anzahl OPS je Fall, Anzahl ICD je Fall, Anteil Notfälle. Auch in diesem Bericht werden die MDCs grafisch dargestellt, die den höchsten Casemix-Gewinn und -Verlust aufweisen. Der Bericht ist noch kein klassischer Benchmark-Bericht.

Ziel des Berichtes ist es, einen umfassenden Überblick über das Leistungsgeschehen zu bieten, der die Transparenz zwischen den Einrichtungen innerhalb des Verbundes erhöht und einen Ausgangspunkt für weitere Vergleiche bildet.

Hierfür gibt es die entsprechende Kennzahlenübersicht in einem Quervergleich der Einrichtungen des EVV. Wie in dem vorherigen Bericht stehen die gleichen Filteroptionen zur Verfügung, die einen Vergleich über Leistungsgruppen bis hin zu Fallgruppen einzelner ICD oder OPS ermöglichen.

Weitere Berichte zum Thema Verweildauersteuerung, Aufnahme- und Entlassungsprofil und zum Monitoring von Intensiv- und Beatmungsdaten sind aktuell noch in Arbeit und im Abstimmungsprozess. →

VORTEIL: ANPASSUNGSFÄHIGKEIT

Der Vorteil der mit eisTIK® neu aufgebauten Benchmark-Infrastruktur liegt dabei auch in der zukünftigen Anpassungsfähigkeit: Auf Grundlage der Daten aus dem zentralen Data Warehouse lassen sich weitere Aspekte und Fragestellungen schnell in die bisher erarbeiteten Berichte integrieren, um beispielsweise auf gesetzliche Rahmenbedingungen reagieren zu können. Die Daten entsprechen dabei den weiteren, innerhalb des EVV genutzten Controlling- und Berichtsgrundlagen. Aufwändige Anpassungen von Benchmark-Ergebnissen auf Hausdaten entfallen damit. Die immer knappe Zeit kann also vollständig für die fachliche Interpretation und die Ableitung relevanter Maßnahmen genutzt werden. ■

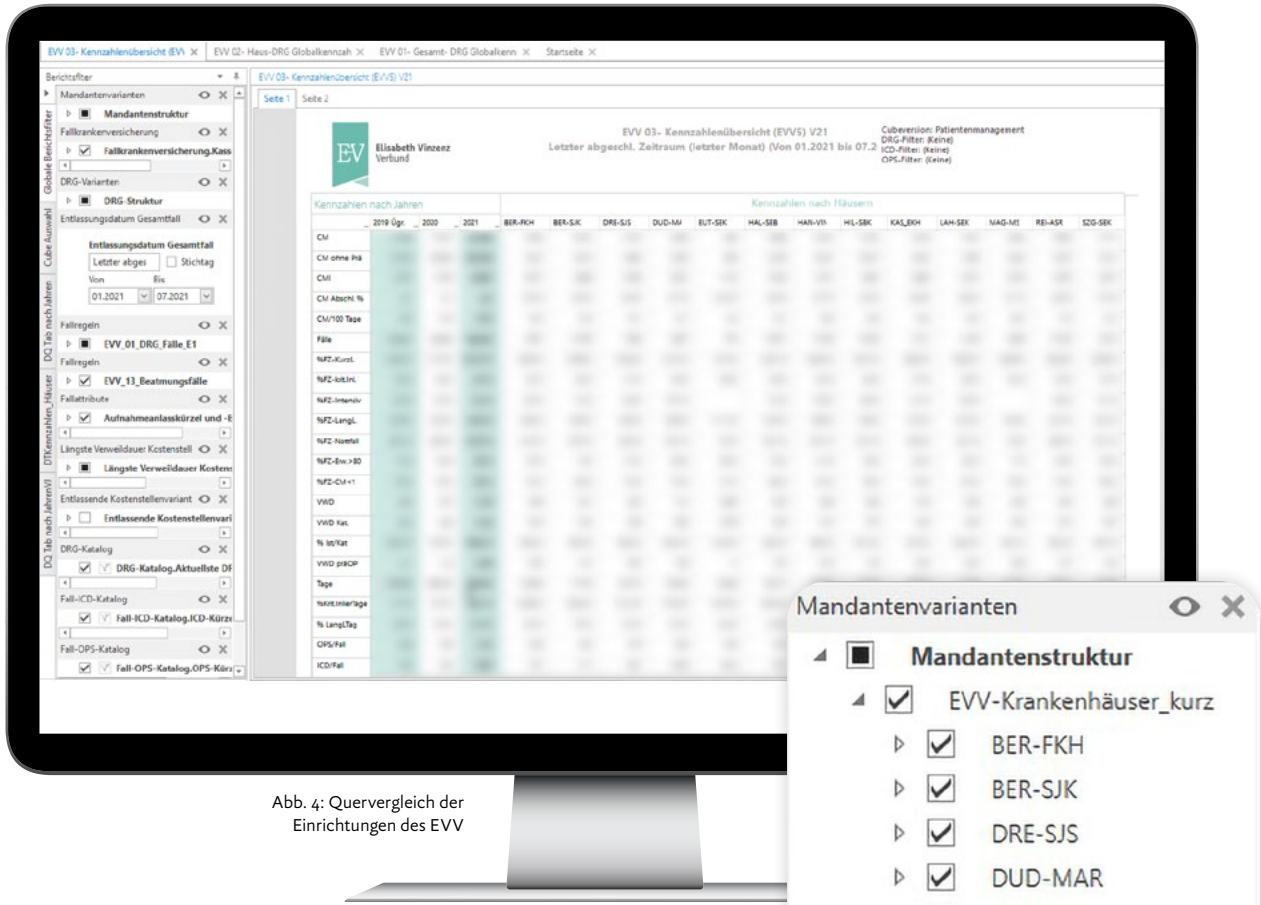


Abb. 4: Quervergleich der Einrichtungen des EVV

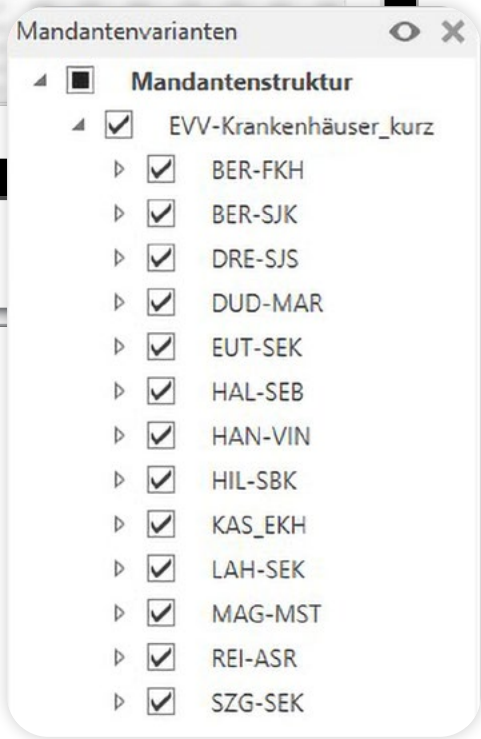


Abb. 5: Mandantenstruktur für die Auswahl der Krankenhäuser

DER ELISABETH VINZENZ VERBUND (EVV)

Der Elisabeth Vinzenz Verbund (EVV) gehört bundesweit zu den größten christlichen Trägerverbünden von Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen. Der EVV verbindet an seinen Krankenhaus-Standorten eine moderne und kompetente medizinisch-pflegerische Versorgung mit der Tradition christlicher Nächstenliebe und gelebter Menschlichkeit. Trägergesellschaft ist die Elisabeth Vinzenz Verbund GmbH, vertreten durch den Geschäftsführer Dr. Sven Ulrich Langner. Gesellschafterinnen der Trägergesellschaft sind die Katholische Wohltätigkeitsanstalt zur heiligen Elisabeth Reinbek, rechtsfähige Stiftung des Öffentlichen Rechts (KWA), und die Vinzenz Bernward Stiftung Hildesheim.

www.elisabeth-vinzenz.de | www.menschlichkeit-verbindet.de

NEUKUNDE

Herzlich willkommen – Marien Gesellschaft Siegen

Die Marien Gesellschaft Siegen gGmbH ist ein integriertes Gesundheitsunternehmen, das in sechs Sparten und an 30 Standorten in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz über 2.200 Mitarbeitende beschäftigt. Mit einem Umsatzvolumen von 200 Millionen Euro gehört die Marien Gesellschaft zu den größten Gesundheitsunternehmen in Südwestfalen, und die Sparte Marien Kliniken mit dem St. Marien-Krankenhaus Siegen ist dabei ein wesentlicher Pfeiler für die medizinisch-pflegerische Versorgung in der Region.

Neben einer hochwertigen medizinischen sowie pflegerischen Versorgung ist es dem integrierten Gesundheitsunternehmen ein wesentliches Anliegen, die Patientinnen und Patienten – 20.000 werden jährlich stationär und 70.000 ambulant versorgt – zeitgemäß und menschlich zu betreuen. Das beinhaltet einen hohen Unterbringungs- und Verpflegungsstandard, aber auch eine fürsorgliche und freundliche Behandlung mit kurzen Wegen. „Mehr für Menschen“ heißt das Leitmotiv der Siegener.

Wir von KMS freuen uns sehr, die Marien Gesellschaft Siegen als Neukunde und damit als Teil der „KMS-Familie“ begrüßen zu dürfen. Für die Sparte Marien Kliniken bedeutet dies die Rückkehr in gewohntes Umfeld: Das St. Marien-Krankenhaus war bereits 1997 bis in die 2000er Jahre KMS-Kunde. Zukünftig soll es kein Stückwerk mehr geben: eisTIK® wird das zentrale Managementsystem für alle Einrichtungen der Gesellschaft werden; zu nennen sind sechs Seniorenzentren, mehrere Reha-Standorte und die Medizinischen Versorgungszentren mit ihren 15 Praxen.

Neben der Etablierung eines trägerweiten Berichtswesens zur konzernweiten Abbildung von Monatsabschlüssen sind auch die Kostenkalkulation nach InEK-Handbuch und der Aufbau einer Profit-Center-Rechnung erklärte Ziele der eisTIK®-Einführung. Als Basissystem dienen hier im Wesentlichen die Systeme CGM CLINICAL, Loga P&I, Amor sowie die Financial Services der Finanzbuchhaltung. ■

Herzlich willkommen – Lutherstift Seniorenheim

Mit einem wunderschönen Blick über Wuppertal, am Rande der Innenstadt, ist das Lutherstift Seniorenheim das perfekte Domizil für ein abwechslungsreiches und aktives Leben im Alter.

„Wenn Sie Ihren Ruhestand umgeben von einer aufmerksamen und unkomplizierten Atmosphäre im Zentrum von Nordrhein-Westfalen verbringen möchten, sind Sie hier genau richtig". So begrüßt die Website des Lutherstifts seine Besucher. Und genauso herzlich möchten wir auch das Lutherstift in unserem Kundenkreis begrüßen.

Das Lutherstift besteht aus zwei Gebäuden, die durch einen hellen Wintergartengang miteinander verbunden sind. Insgesamt finden 190 Bewohner:innen hier ein Zuhause.

- Haus am Schusterplatz: 16 Doppelzimmer und 84 Einzelzimmer
- Haus am Ölberg: 17 Doppelzimmer und 40 Einzelzimmer

Zum Leistungsumfang zählt nicht nur die stationäre Pflege, sondern darüber hinaus auch die Kurzzeitpflege und die Verhinderungspflege.

Basierend auf der Klientenverwaltung von SENSO, SAGE Fibu, der Personalabrechnung im RZ Volmarstein und dem Dienstplansystem von Klages & Partner wird das zentrale Managementsystem für die Geschäftsführung und den Aufsichtsrat über eisTIK® abgebildet. So haben die Entscheidungsgremien zu jeder Zeit die richtigen Informationen, um das Lutherstift weiterhin erfolgreich und zum Wohle der Bewohner:innen zu führen.

Für uns seitens KMS ist das Lutherstift ein ganz besonderer Kunde, ist es doch das erste Seniorenheim ohne angeschlossenes Krankenhaus. Es ist der Grundstein für ein neues, eigenständiges Marktsegment. ■

NEUKUNDE

Herzlich willkommen – AWO Psychiatrie-Zentrum

Das AWO Psychiatriezentrum umfasst anerkannte Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Als größtes niedersächsisches psychiatrisches Fachkrankenhaus verbindet es den Auftrag der Sicherstellung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in der Region mit besonderen, spezialisierten stationären, teilstationären und ambulanten therapeutischen Angeboten.

Für höchste Qualität in Medizin und Pflege und mit fortschrittlichen medikamentösen und psychotherapeutischen Konzepten setzen sich mehr als 1.200 Mitarbeiter:innen ein. Das AWO Psychiatriezentrum verfügt über sämtliche moderne diagnostische und therapeutische Möglichkeiten zur Behandlung psychischer Störungen.

In den Städten Braunschweig und Wolfsburg sowie in den Landkreisen Gifhorn, Helmstedt, Peine und Wolfenbüttel bieten die Kliniken ein umfassendes, störungsspezifisches und individuell ausgerichtetes Behandlungsangebot an. Das multiprofessionelle Behandlungsteam verbindet Professionalität und fachliche Kompetenz mit persönlicher Zuwendung.

Das AWO Psychiatriezentrum setzt in allen Bereichen auf digitalen Fortschritt. Dass die Digitalisierung ein zentrales Zukunftsthema ist, hat die Klinik frühzeitig erkannt und in der Vergangenheit in neue Technologien investiert.

So wurden schon viele Arbeitsprozesse neu aufgestellt. Nun kommt das zentrale Berichtswesen hinzu.

Basierend auf dem KIS von Nexus führt das AWO Psychiatriezentrum eisTIK® als zentrales Berichtswesen ein. Über das Managementsystem als Single Point of Truth hinaus liegt ein Augenmerk auch auf der Kostenträgerrechnung und der integrierten Planung. Als reine Psychiatrie ist auch die Unterstützung bei den Anforderungen der PPP-RL von großer Bedeutung. ■

KMS erleben

CompuGroup Medical und KMS bündeln ihre Kräfte

Hannes Reichl
Geschäftsführender Direktor
Inpatient and Social Care bei CGM

Alois G. Steidel
Gründer und Vorstandsvorsitzender
(CEO) bei KMS

„CompuGroup Medical (CGM) übernimmt die KMS Vertrieb und Services AG." Diese Meldung sorgte am 9. August 2021 für Erstaunen in der deutschen Gesundheitswirtschaft. Das Unterhachinger Unternehmen wurde 25 Jahre vom Gründer und Eigentümer geführt. Die Beständigkeit des bekannten Familienunternehmens und das gerade erfolgte umfassende Rebranding ließen einen Verkauf nicht vermuten. Und doch entschieden sich die Gesellschafter, 100 Prozent ihrer Anteile an die CGM zu verkaufen, um so gemeinsam die KMS-Vision stärker leben zu können:

Wir begeistern mit einer einzigartigen Kombination aus Wissen und Technologie als europäischer Marktführer die gesamte Gesundheitswirtschaft.

CGM wird die KMS-Lösungen sowohl eigenständig vermarkten als auch in ihr Portfolio integrieren. Durch die Kombination von eisTIK® mit CGM-Software werden die administrativen Krankenhausdaten um medizinische Daten aus dem Behandlungskontext angereichert. So entsteht ein Informations- und Steuerungsinstrument, das hochspezialisierten Fachkliniken und Gesundheitskonzernen gleichermaßen eine Rundum-Sicht über ihr Klinikgeschehen gibt.

„Umfangreiches qualitativ hochwertiges Datenmaterial zur Unterstützung klinischer, administrativer und finanzieller Entscheidungen wird mehr und

mehr zum kompetitiven Vorteil einer Einrichtung, in der Klinik wie in der Arztpraxis oder einer sozialen Einrichtung. Wenn man künftig wirklich in Gesundheitsregionen denkt und alle Daten sektorenübergreifend zusammenführen und nutzen will, dann ist das, was wir hier gemeinsam vorhaben, genau der richtige Weg", betont Alois G. Steidel, Gründer und Vorstandsvorsitzender (CEO) der KMS.

„Durch die Verbindung der medizinisch-pflegerischen mit administrativen bzw. betriebswirtschaftlichen Daten entsteht ein umfassendes multidimensionales Bild über alle Klinikbereiche hinweg. Prozesskennzahlen machen komplexe Zusammenhänge transparent und liefern wichtige Erkenntnisse zur Optimierung der klinischen Workflows", erläutert Hannes Reichl, Geschäftsführender Direktor Inpatient and Social Care bei CGM. „Wir sehen die Zukunft des KMS-Portfolios nicht nur im klinischen Bereich, sondern genauso in MVZ, großen Arztpraxen und sozialen Einrichtungen."

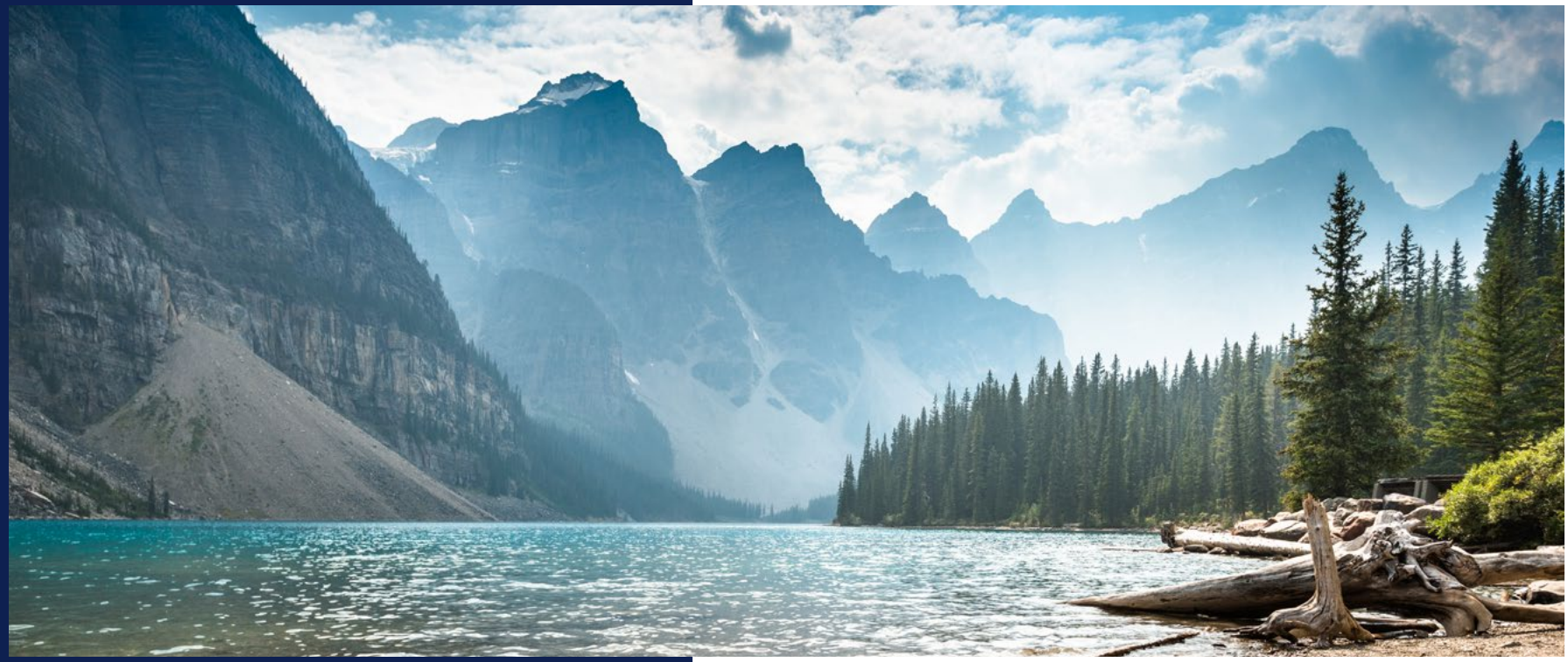
Alois G. Steidel wird seine Expertise und sein Netzwerk in leitender Position weiterhin als Vorstand der KMS Vertrieb und Services AG in die neue Unternehmenskonstellation einbringen. Innerhalb der CompuGroup Medical wird KMS der Business Unit „CGM Hospital Information Systems (HIS)" zugeordnet. Die KMS wird mit ihren Mitarbeitenden auch künftig vom Standort Unterhaching aus ein wichtiger technologischer Schrittmacher und Wissensmanager sein. Für Sie als Kunde wird sich kaum etwas ändern: Die Produkte sowie Ansprechpartner:innen seitens KMS bleiben Ihnen selbstverständlich erhalten.

Auch weiterhin gilt: Immer für Sie da! ■

© CompuGroup Medical

KMS auf dem Weg zu mehr Nachhaltigkeit

Dass der Klimaschutz immer mehr an Bedeutung gewinnt, zeigt sich in vielen – kleinen wie auch großen – Bereichen: Plastikstrohhalme gehören der Vergangenheit an, das Interesse an alternativen Energiequellen steigt kontinuierlich und auch in der Politik nimmt der Klimaschutz einen immer größeren Platz ein.



Auch wir bei KMS versuchen seit geraumer Zeit, nicht zu verschwenderisch mit der Ressource Umwelt umzugehen. Unser Strom ist grün, wir haben sämtliche Leuchtmittel in LEDs umgetauscht, unterstützen die Aktion „Streuobstwiese“ und viele unserer Kolleg:innen sind mit umweltfreundlichen BahnCards unterwegs zu Kunden und Partnern. Darüber hinaus achten wir bei der Auswahl unserer Werbemittel etwa auf kurze Lieferwege und nachhaltige Materialien. Die KMS-Poloshirts und -Hoodies werden beispielsweise in Deutschland produziert, unsere Kugelschreiber bestehen aus recyceltem Kunststoff und wir verzichten bewusst auf kurzlebige Streuartikel und setzen stattdessen auf Produkte, die längerfristig genutzt werden können.

Keine schlechte Ausgangslage – und dennoch hat das Thema Klimaschutz bei KMS im Juli 2020 neuen Aufwind bekommen. Seitdem beschäftigt sich eine Arbeitsgruppe regelmäßig damit, den CO_2-Fußabdruck von KMS zu verbessern.

Im ersten Schritt wurde vor allem der Büroalltag genauer unter die Lupe genommen – und hier sprudelten die Ideen regelrecht. Schnell wurden die ersten Konzepte entwickelt und nach und nach umgesetzt. →

RECYCLING:

In Absprache mit unserer Reinigungsfachkraft wurden Altglasbehälter in den Küchen aufgestellt, sodass unser Altglas auch entsprechend entsorgt und recycelt werden kann. Außerdem haben wir eine Recycling-Box für Stifte eingeführt. Hier können leere Marker eingeworfen werden, die wiederum als Sekundärmaterial für die Herstellung neuer Stifte verwendet werden.

→ *Für die Herstellung von Glas können z. T. 60–90 % Altglas verwendet werden. Der Vorteil: Altglas schmilzt früher als die sonst erforderlichen Rohstoffe (v. a. Quarzsand). Konkret bedeutet das: Pro 1 % beigefügtem Altglas sinkt der Energiebedarf im Schmelzofen um rund 0,2 bis 0,3 %.*[1,2]

SEIFENSPENDER:

Anstatt jedes Mal einen neuen Kunststoffbehälter zu kaufen, sind wir auf Nachfüll-Seife umgestiegen. Mit unseren Nachfüllpackungen sparen wir rund 73 % Plastik ein, da im Vergleich zu den festeren Seifenspendern nur eine dünne Plastikfolie benötigt wird.

→ *Obwohl wir es gerne glauben würden, wir Deutsche sind keine Recycling-Weltmeister. 2017 sind in Deutschland 5,2 Millionen Tonnen Kunststoff angefallen – nur rund 15 % wurden wiederverwertet.*[3]

MÜLLEIMER:

Bisher wurde jeder Arbeitsplatz mit einem eigenen Mülleimer für den Restmüll ausgestattet und der eingelegte Plastikbeutel täglich gewechselt. In Absprache mit den Mitarbeiter:innen wurde beschlossen, die Mülleimer an den Schreibtischen abzuschaffen und den Restmüll nur noch in drei großen Sammelmülleimern zu entsorgen.

→ *Die Menge an Erdöl, die für die Produktion von Plastik benötigt wird, ist nicht zu unterschätzen. Für die Herstellung einer Plastiktüte wird so viel Erdöl benötigt, dass ein Auto damit 11 Meter weit fahren könnte. Hochgerechnet auf die 1,7 Milliarden Plastiktüten, die im Jahr allein in Deutschland verbraucht werden, könnte man damit rund 460-mal den Äquator abfahren.*[4] *Aber es gibt auch gute Nachrichten: Von 2015 bis 2018 etwa ist der Konsum von Plastiktüten in Deutschland um rund 60 % zurückgegangen.*[5]

KOPIERPAPIER:

Ein Großteil der Dokumente ist bei KMS sowieso nur digital zu finden. Wenn doch mal was ausgedruckt wird, dann seit ein paar Monaten beidseitig bedruckt auf Recyclingpapier.

→ *Für die Herstellung von Recyclingpapier wird bis zu 60 % weniger Energie benötigt und bis zu 70 % weniger Wasser. Zur Veranschaulichung: 500 Blatt recyceltes Papier vs. 500 Blatt Frischfaserpapier sparen so viel Energie ein, dass eine 100-Watt-Glühbirne 44 Stunden lang brennen kann.*[6] *Dazu kommt: Altpapier kommt aus Deutschland, das Holz für Frischfaserpapier vor allem aus Südamerika, wofür v. a. Regenwald abgeholzt wird.*[7]

MILCH:

Die Landwirtschaft und der Transport von Lebensmitteln produziert CO_2. Wir haben uns daher dafür entschieden, unsere Kühlschränke und Kaffeemaschinen mit einer CO_2-neutralen Milch aus unserer Region auszustatten.

→ *Ist Milch in Glasflaschen tatsächlich umweltfreundlicher als in Getränkekartons? Jein: Glasflaschen können gut recycelt werden und sind nachhaltiger, wenn die Transportwege nicht zu lang sind. Allerdings gibt es in Deutschland nicht viele Abfüller, die Glasflaschen nutzen. Laut Studie legt eine Ein-Liter-Glasflasche mit frischer Milch in Deutschland durchschnittlich 721 km zurück, ehe sie im Supermarkt steht. Rechnet man den Rücktransport zum Abfüller dazu, ergibt sich ein Transportweg von knapp 1.500 km. Im Vergleich zum deutlich leichteren Getränkekarton, der im Durchschnitt nur 390 km zurücklegt, schneidet die Glasflasche tatsächlich schlechter ab. Achtet man hingegen auf regionale Hersteller, hat das Mehrwegsystem der Glasflasche durchaus einen ökologischen Vorsprung.*[8]

KAFFEEMASCHINE:

Unsere alte Kaffeemaschine wurde mit Aluminium-Pads betrieben. Da sie auch schon ein hohes Alter erreicht hatte, haben wir sie mit einer neuen Maschine ersetzt, die ganz klassisch mit Kaffeebohnen befüllt wird.

→ *Die Herstellung von 1.000 Alukapseln setzt 8 kg CO_2 frei. Aluminium wird aus Bauxit gewonnen, daher sind weitere Nebenwirkungen u. a. die Abholzung des Regenwaldes und die Entstehung von giftigem Rotschlamm.*[9]

Wenn an vielen kleinen Orten viele kleine Menschen viele kleine Dinge tun, wird sich das Angesicht unserer Erde verändern.

– Afrikanisches Sprichwort

Uns ist natürlich bewusst, dass diese Maßnahmen nur kleine Schritte sind und der Weg zu CO_2-Neutralität noch weit ist. Aber es war uns wichtig, uns auf den Weg zu machen – denn auch kleine Schritte bedeuten Fortschritt. Und die nächsten Ideen sind bereits in Planung: Als wir uns mit dem Thema intensiver befasst haben, stellten wir fest, wie oft wir einen „Aha-Effekt" hatten und welche Maßnahmen sich, auch privat, gut und einfach umsetzen lassen. Daher möchten wir auch die KMS-Mitarbeiter:innen verstärkt ins Boot holen und für Nachhaltigkeit sensibilisieren. Angedacht sind unter anderem Themenmonate, mit denen wir verschiedenste Bereiche, die Einfluss auf das Klima haben – wie etwa Strom, Heizung, unsere Mobilität, Materialbeschaffung, Wasser, Plastik etc. – in den Fokus stellen. Mithilfe von Praxistipps, anschaulichen Vergleichsbeispielen, kurzen selbstgedrehten Videos oder Challenges können die Maßnahmen so idealerweise direkt im Alltag umgesetzt werden. ■

1 https://de.wikipedia.org/wiki/Glas-Recycling
2 https://www.umweltbundesamt.de/daten/ressourcen-abfall/verwertung-entsorgung-ausgewaehlter-abfallarten/glas-altglas#glas-gut-recycelbar
3 https://www.bund.net/fileadmin/user_upload_bund/publikationen/chemie/chemie_plastikatlas_2019.pdf
4 https://blog.padi.com/de/7-fakten-ueber-plastiktueten-die-dafuer-sorgen-werden-dass-du-sie-in-zukunft-anders-benutzt/#:~:text=Pro%20Sekunde%20werden%20weltweit%20160.000%20Plastikt%C3%BCten%20benutzt.&text=Aber%20denk%20mal%20genau%20dar%C3%BCber,eine%20Trillion%20Plastikt%C3%BCten%20pro%20Jahr
5 https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/dunne-plastiktueten-verboten-1688818
6 https://ib-green.de/standort/211447
7 https://www.br.de/radio/bayern1/inhalt/experten-tipps/umweltkommissar/papier-altpapier-recycling-umwelt-100.html
8 https://www.welt.de/wirtschaft/article197282945/IFEU-Studie-Milch-in-Glasflaschen-mit-schlechter-Oekobilanz.html
9 https://www.br.de/radio/bayern1/inhalt/experten-tipps/umweltkommissar/kaffee-kapseln-pads-umwelt-100.html

BUCHVORSTELLUNG

Cyber-Security in der Cloud – IT-Sicherheit im klinischen Umfeld

Prof. Dr. Heiko Meyer
Geschäftsleitung, Chief Technology Officer (CTO)
bei KMS

ANFORDERUNGEN AN IT-SYSTEME IN DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT

Die gezielten Angriffe auf deutsche Kliniken haben sich von 2019 auf 2020 mehr als verdoppelt. Dabei ist die Szene der Cyberkriminellen mittlerweile sehr gut organisiert. Die häufigsten Angriffsarten sind Malware, Data Leaks und Angriffe über unsichere Passwörter. Auch vernetzte Medizintechnikprodukte stellen ein Risiko dar. Doch trotz der existierenden Risiken, oder besser gesagt genau deswegen, ist der Betrieb von Klinik-IT-Systemen als Cloud-Lösung eine echte Alternative. Neben der Qualifikation des involvierten Personals spielt die Awareness der Mitarbeiter:innen und die Einhaltung von Compliance-Richtlinien auch eine erhebliche Rolle. Die Hersteller von Medizinprodukten tragen hinsichtlich der IT-Sicherheit der Systeme eine Mitverantwortung.

Kliniken arbeiten stets mit hochsensiblen Daten, nämlich den Patientendaten. Diese sind in besonderer Weise vor dem Zugriff Unberechtigter zu schützen. Hinzu kommt, dass in diesem Bereich das Leben von Menschen an vorderster Stelle steht. Daher unterliegt die IT-Sicherheit in der Gesundheitswirtschaft besonders hohen Anforderungen. Angriffe auf die IT-Infrastruktur von Kliniken stellen in den meisten Fällen direkt oder indirekt Bedrohungen von Menschenleben dar.

„Der direkte Schutz von Menschenleben betrifft überwiegend klinische Einrichtungen. Hingegen betrifft der Schutz vertraulicher Patientendaten weitaus mehr Bereiche der Gesundheitswirtschaft."

Dies geht von den niedergelassenen Ärzt:innen bis hin zu Anbietern von Softwarelösungen, die zur Analyse und Wartung der Systeme meistens Fernzugänge auf diese haben. Ein illegaler Zugriff auf Patientendaten könnte somit auch über einen Cyberangriff auf die Softwareanbieter erfolgen. Unvorstellbar, wenn Diagnose- und Behandlungsdaten von Patient:innen in falsche Hände geraten.

Auch seitens des Gesetzgebers liegt ein besonderes Augenmerk auf dem Datenschutz von Patientendaten. Fast alle Landeskrankenhausgesetze (LKGs) regeln, dass eine allgemeine Weitergabe an Dritte im Sinne einer Auftragsdatenverarbeitung auch unter Einhaltung der DSGVO nicht zulässig ist und die Patientendaten im Gewahrsam des Krankenhauses verbleiben müssen. Die meisten LKGs verlangen zudem eine direkte Kontrolle bzw. die Zustimmung durch den jeweiligen Landesdatenschutzbeauftragten. →

„Cloud-Lösungen können nicht nur die IT-Sicherheit erhöhen und Betriebskosten senken, sondern auch unter medizinischen Aspekten einen erheblichen Mehrwert schaffen."

Somit sind, zumindest aktuell, die Hürden für den Einsatz von cloudbasierten Lösungen zur Verarbeitung von Patientendaten hoch. Im Oktober 2020 hat der Berliner Senat beschlossen[1], das LKG so anzupassen, dass die Auftragsdatenverarbeitung für die Berliner Kliniken auch mit externen Dienstleistern professionell und sicher über adäquate Cloud-Lösungen durchführbar ist. Dies eröffnet neue Wege für innovative Medizinprodukte, Big-Data-Anwendungen im Bereich der Diagnose etc. Es ist davon auszugehen, dass weitere Bundesländer in ihren LKGs zukünftig Anpassungen vornehmen werden.

SOFTWAREANWENDUNGEN IN DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT

Nachdem in Kliniken typischerweise zehn bis fünfzehn verschiedene IT-Systeme verwendet werden, die untereinander nur selten Daten austauschen, muss das Personal stets in mehreren Systemen arbeiten und dokumentieren. Einen Mehrwert schaffen Data Warehouse-Lösungen, die alle Daten der Vorsysteme in einem zentralen System zusammenführen. Solche Systeme bilden die Basis der strategischen Klinikführung unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten für die Geschäftsführung und das Controlling. Sie stellen sämtliche relevante Informationen inkl. aller Patientendaten bereit, sodass die behandelnden Ärzt:innen diese in einem System einsehen können.

Die Vorteile von lokal betriebenen Systemen sind, dass die Einhaltung des Datenschutzes und der damit verbundene Schutz der Netzwerke und der Server in eigener Hand liegen. Die Verfügbarkeit der Daten ist für den Klinikbetrieb essenziell und liegt hier auch in eigener Hand. Es gibt aber auch Nachteile: Insbesondere kleinere Kliniken können oft nicht die IT-Sicherheitsstandards von großen Häusern mit zentralen IT-Abteilungen erfüllen und jährlich ausreichend Budget bereitstellen, um systemtechnisch up-to-date zu sein und Personal ausreichend zu qualifizieren.

Cloud-Lösungen können nicht nur die IT-Sicherheit erhöhen und Betriebskosten senken, sondern auch unter medizinischen Aspekten einen erheblichen Mehrwert schaffen. Allerdings bringen Cloud-Lösungen auch Nachteile und Risiken mit sich. Steht die Datenanbindung der Klinik temporär, beispielsweise durch einen Leitungsschaden, nicht zur Verfügung, steht die Klinik still.

Die Vorteile von lokalen und Cloud-Lösungen verbinden Hybrid-Cloud-Lösungen. So können Daten für Big-Data-Anwendungen, die Patientennachversorgung etc. in die Cloud weitergegeben werden, stehen allerdings über die lokalen Server auch direkt im Krankenhausnetzwerk zur Verfügung. Entsprechende Lösungen haben somit eine deutlich höhere Verfügbarkeit. Die Nachteile sind auch hier die Restriktionen hinsichtlich des Datenschutzes bei Weitergabe hochsensibler Daten. Insbesondere die laufenden Betriebskosten fallen durch die doppelte Infrastruktur mit qualifiziertem Personal ins Gewicht. Hinsichtlich der Verringerung der Betriebskosten kann die vor-Ort-Datenhaltung allerdings auf ein Minimum reduziert werden, wenn ausschließlich aktuelle Falldaten der vergangenen Tage lokal zwischengespeichert werden und alle anderen Daten, z. B. der vergangenen zehn Jahre, für Auswertungen über die Cloud verfügbar sind.

IT-SICHERHEIT IN DER CLOUD

Gemäß HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act, US-Gesetz) zertifizierte Cloud-Dienste sind heute schon mit steigender Tendenz für den Einsatz in der Gesundheitsbranche verfügbar. Hierüber können

niedergelassene Ärzt:innen, Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen Patienten daten sicher austauschen. Außerdem sollten die Daten bei Transport und Speicherung entsprechend verschlüsselt werden. Zusätzlich bietet sich bei in der Cloud gehosteten IT-Systemen für den Klinikbereich an, den Zugriff auf die Systeme ausschließlich über VPN bereitzustellen.

Auch sollte auf ausreichenden Schutz bei Authentisierung und Zugriffsberechtigungen Wert gelegt werden. Hier empfiehlt sich eine Zwei-Faktor-Authentisierung (2FA). Dabei erfolgt der Identitätsnachweis eines Users mittels der Kombination zweier unterschiedlicher und insbesondere unabhängiger technischer Komponenten (Faktoren). Neben der Kombination aus Anmeldename und Passwort muss der User beispielsweise eine PIN eingeben, die an sein registriertes Smartdevice per SMS oder App geschickt wird oder von einer speziellen Token-Hardware abzulesen ist.

CHANCEN FÜR DIE MEDIZIN

Die skizzierten Cloud-Dienste erhöhen den Komfort für die beteiligten Parteien und die Sicherheit von Patientendaten. Neue Geschäftsmodelle können sich etablieren und Kosten für niedergelassene Ärzt:innen und Kliniken nachhaltig reduziert werden. ■

Dies ist eine Zusammenfassung von nachfolgendem Buchbeitrag →

[1] https://ku-gesundheitsmanagement.de/2020/10/09/berliner-krankenhaeusern-wird-moderne-auftragsdatenverarbeitung-ermoeglicht/

Cloud Security: Praxisorientierte Methoden und Lösungen für sicheres Cloud Computing

Cyber-Security in der Cloud - IT-Sicherheit im klinischen Umfeld

KS-Energy-Verlag, Berlin (erschienen am 31. Mai 2021)

Impressum:

Der Wissensmanager #9
Das Magazin für die Gesundheitswirtschaft

Herausgeber:
KMS Vertrieb und Services AG
ein Unternehmen der CompuGroup Medical SE & Co. KGaA

Inselkammerstraße 1
82008 Unterhaching bei München
Telefon: +49 89 66 55 09-0
Telefax: +49 89 66 55 09-55
E-Mail: info@kms.ag
Internet: www.kms.ag

Redaktion:
Gesa P. Steidel – Geschäftsleitung
Chief Administrative Officer (CAO)
gesa.steidel@kms.ag

Andrea Amberg – Marketing Managerin
andrea.amberg@kms.ag

Verantwortlich für den Inhalt:
Alois G. Steidel – Vorstandsvorsitzender (CEO)
alois.steidel@kms.ag

Fotos:
Monika Wrba, KMS, iStock.com, pexels.com

Lektorat:
Anke Steidel – Leitung Akademie
anke.steidel@kms.ag

Satz, Layout & Produktion:
Trend Point Marketing GmbH
Breitenbachstraße 24–29, 13509 Berlin
www.tpmarketing.de

Erscheinungsweise:
2×jährlich, ca. 1.000 Exemplare