

# Digitalisierung im Gesundheitswesen: Von der IT-Leitung zum „Digital Enabler“ – oder wie der Match zwischen ÄrztInnen, Pflege und IT funktionieren kann

Digitale Transformation ist vor allem ein Prozessthema, wie wir bereits in einem unserer vorherigen Beiträge ausgeführt haben (Der Changeprozess im Kontext der digitalen Transformation, Krankenhaus IT Journal 4 2021). Prozesse im Krankenhaus machen bekanntlich vor Berufsgruppengrenzen nicht halt. Und wenn Prozesse neu gedacht und strukturiert werden sollen, dann sind ÄrztInnen und Pflegekräfte in die Konzeption und Umsetzung der digitalen Transformation einzubinden und zu motivieren – und zwar strategisch, wirtschaftlich und nachhaltig. Doch hier treffen zwei oftmals divergierende Welten aufeinander. Welche organisatorischen und sozialen Impulse sollten IT-Verantwortliche für eine erfolgreiche Integration geben und wie lauten unsere praxisbezogenen Handlungsempfehlungen als Experten für digitale Transformation und Changemanagement?  
Von Prof. Dr. Bärbel Held, Dr. Stefan Drauschke, Ulrich Pieper, Guntram Jackisch, GÖK Consulting

## Die Herausforderungen in der Praxis

Wir wollen Ihnen nachfolgend anhand von Fallbeispielen, die Ihnen sicher auf die eine oder andere Weise bekannt vorkommen, verschiedene Problemlagen im Kontext der digitalen Transformation darlegen.

1) Die Erfahrungen, welche die MitarbeiterInnen im Krankenhaus mit der „Digitalisierung“ in den letzten Jahren gesammelt haben, sind oftmals noch sehr negativ. Die Programme/Anwendungen leisten bis jetzt oft noch nicht gewünschte Effizienz- oder Effektivitätsaspekte, da die Anwendungen noch keinen vollständigen „digitalen Zwilling“ der Prozesse abbilden und damit zurzeit sowohl während der Einführung als auch in der Nutzung für die MitarbeiterInnen erheblichen Mehraufwand und oft noch Doppelarbeit bedeuten und so der Nutzen noch nicht eintreten kann.

Beispiel: Auf der Intensivstation wurden in jedem Patientenzimmer teure PC's und die entsprechende IT-Applikation angeschafft, damit die Pflege bestimmte Daten direkt in das Datenerfassungsprogramm eintragen kann. Allerdings bildet das Programm die Fieberkurve noch nicht komplett ab, so dass die Pflege trotzdem noch die Fieberkurve manuell führen muss... - und dann geht es eben einfach schneller, alles direkt auf Papier einzutragen, als sich jedes Mal in den PC anzumelden. Und auch das Anmelden ist oft noch unkomfortabel, da die Anmeldung jedes Mal lange dauert und häufig jede Anwendung ihr eigenes Kennwort braucht!

2) Im Krankenhaus gibt es – außer durch die in Aussicht gestellten Pönalen des KHZG - (noch) keinen Anreiz, die Digitalisierung einzuführen, da die „Einsparung an Pflegekräften“ durch Innovationen, die zu weniger Personaleinsatz führen, vom Gesetzgeber eher „bestraft“ als „belohnt“ werden. Es wurde festgelegt, wie viele Pflegekräfte auf bestimmten Statio-

nen immer anwesend sein müssen. Insofern bringt es dem Krankenhaus (noch) nichts, wenn es Innovationen einführt, die Prozesse in der Wertschöpfung (also auf der Station) so effektiv macht, das Personal freigesetzt werden könnte.

Beispiel Pflegeuntergrenzen auf der Intensivstation: Wenn z.B. die Einführung von PDMS auf der Intensivstation dazu führen könnte, dass Pflege am Bett eingespart werden könnte, da diese dann nicht mehr am Bett sitzt und alle 2 Stunden die Vitalwerte per Hand aufschreiben, die Perfusor manuell überprüfen müsste etc..., ist dies z.Z. kontraproduktiv zum Pflegepersonaluntergrenzen-Gesetz (PpUGV).

3) Der Betriebsrat befürchtet oft mit der Einführung der Digitalisierung Kontrolle und Bevormundung und noch mehr „Arbeit“ und verhindert oftmals die Einführung von Innovationen.

Beispiel: Es wurde eine Matratze eingeführt (Pilotprojekt), die automatisch messen konnte, ob und wie oft sich der Patient selber im Bett bewegt und dreht. Vorteil: Die Daten wurden auf den Monitor am Haupt-Tresen übertragen und die Pflegekraft kann nun sehen und entscheiden, ob es tatsächlich nötig ist, den Patienten manuell (z.B. alle 2 Stunden, auch in der Nacht) drehen zu müssen und ihn damit im Schlaf zu stören. Allerdings misst das Programm dann auch, ob das Drehen des Patienten manuell durch die Pflege erfolgt oder ob sich der Patient selber bewegt. Daraus lässt sich ableiten, ob die Pflegekraft in das Zimmer laufen muss, ob sie „etwas“ tut, oder einfach nur am Monitor sitzt. Daraus schließt der Betriebsrat, dass mit Einführung dieser Matratze das Programm genutzt wird, um zu kontrollieren, was die Pflegekraft in der Nacht tut. Also, wurde das Pilotprojekt wieder abgebrochen.

4) Das Thema „Datenschutz“ wird oftmals gebraucht, um Veränderungen abzuweisen und Innovationen zu unterdrücken. Die Bürokratisierung in Deutschland oder aber auch nur im ein-

zelnen Krankenhaus wirkt derzeit als „Fremdkörper“ und verhindert zügige Digitalisierung, die technisch schon heute möglich wäre.

Beispiel: Patienten- ID/ Gesundheitskarte/ E-Rezept, digitaler Personalausweis, neuerdings Bundes- ID/ Bürger und nun auch noch Landes-ID/ Bürger etc. Diese Möglichkeiten matchen aber noch nicht mit den eingesetzten Applikationen und Programmen.

5) Die MitarbeiterInnen der IT-Abteilungen im Krankenhaus sind seit langen Jahren mit dem Betrieb und der Betreuung von Softwareanwendungen/ Datennetzen etc. vertraut und beschäftigt. So ist das Verhältnis zwischen Medizin/ Pflege und IT eher als ein Verhältnis von „Hilfestellung leisten“ bei der täglichen Arbeit geprägt. Wenn die IT nun in eine neue Rolle kommt, nämlich selber Teil der Wertschöpfung im Krankenhaus zu sein, geht damit auch ein anderes Berufsbild in der IT einher. Diesen Wandel z.B. zum Projektmanagement, Solution Architekt etc. in der IT am Krankenhaus kann oftmals nur durch den Einsatz externer Spezialisten vollzogen werden, die damit aber in der Übergangszeit als „Fremdkörper“ am Krankenhaus wirken. Ein gutes Beispiel, wo dies in der Vergangenheit sehr gut funktioniert hat, ist der Einsatz des Kardiotechnikers im OP in der Herzchirurgie! Dies könnte als Beispiel dienen, IT-Spezialisten zu echten Leistungspartnern in der Medizin/ Pflege werden zu lassen. Der theoretische Unterbau für die Einbindung von medizinischem Fachpersonal Ferdinand.F. Fournies hat bereits in den späten 80iger Jahren in seinem Werk „Coaching for Improved Work Performance“ (ISBN-13 :? 978-0917472114) eine sehr übersichtliche Fragensammlung erzeugt, mit der Sie sich Zug um Zug befassen können, damit Menschen tun, was ansteht. Diese Vorgehensweise ist so fundamental menschlich, dass sie auch heute noch top-aktuell ist und bei Change-Vorhaben regelmäßig herangezogen werden sollte,

und zwar nicht nur bei medizinischem Fachpersonal! Denn wenn Menschen nicht tun, was sie tun sollen, dann hat das vor allem in den nachfolgend aufgeführten 16 Punkten die Ursache, die es zu klären oder aufzulösen gilt:

1. Sie (die Menschen) wissen nicht was sie tun sollen,
2. sie wissen nicht, wie sie es tun sollen,
3. sie wissen nicht, warum sie es tun sollen,
4. sie denken, sie tun es bereits,
5. es gibt Hindernisse, die außerhalb ihrer Kontrolle liegen,
6. sie denken, es wird ohnehin nicht funktionieren,
7. sie denken, sie können es besser,
8. sie denken, etwas anderes ist wichtiger,
9. es gibt keine positiven Konsequenzen, wenn sie es tun,
10. sie werden belohnt dafür, die Aufgabe nicht zu erledigen,
11. sie werden bestraft dafür, dass sie tun, was von ihnen verlangt wird,
12. sie erwarten negative Konsequenzen, wenn sie es tun,
13. ihre schwache Leistung zieht keine negativen Folgen nach sich,
14. persönliche Beschränkungen halten sie davon ab, die Aufgabe zu Ende zu bringen,
15. persönliche Angelegenheiten, die Ihnen verborgen bleiben,
16. es ist unmöglich, die Aufgabe zu erledigen.

Weitere Gründe können sein:

17. Ziel oder Ergebnis ist unattraktiv oder uninteressant
18. Tätigkeit ist unangenehm, unattraktiv oder uninteressant
19. Priorität ist nicht hoch genug
20. Fehlende empfundene Sinnhaftigkeit
21. Wollen vs. Angst, d.h. die (Lern-) Angst ist stärker als das Wollen
22. Falsche Stimmung oder ungünstiger Zustand
23. Energie und Kraft fehlt Dauerzustand?

## Energiehaushalt beachten und regenerieren

Wenn Sie diese Fragen aufmerksam durchgehen, dann steckt in jeder Frage bereits ein Lösungsansatz. Manche sind leicht umzusetzen (z.B. 1-4: Erklären, was, wie und warum es zu tun ist bzw. aufklären, dass sie noch nicht tun, was zu tun ist, obwohl sie es glaubten, 9/12: Positive Konsequenzen, wenn sie es tun, negative, wenn sie es nicht tun etc. ), bei manchen ist es eher schwieriger (5: Es gibt Hindernisse..., 14/15: Persönliche Beschränkungen oder Angelegenheit oder 16: Unmöglichkeit oder 23: Keine Kraft und Energie). Eine Ableitung sei jedoch schon einmal grundsätzlich empfohlen, die wir bei jeder größeren Aufgabe oder jedem Changeprozess vorab

empfehlen und angelehnt an die Fragen „Fournies-Analyse“ nennen: Schreiben Sie die wichtigsten Stakeholder auf, die bei der anstehenden Umsetzung in Frage kommen, und nehmen Sie sich die Zeit, die 23 Fragen im Geiste durchzugehen und daneben zu schreiben, ob die wichtigsten Voraussetzungen erfüllt sein dürften, oder wo für Sie als Projektverantwortlicher oder für andere im System (die Geschäftsführung, andere Verantwortungsträger) Handlungs- und/oder Aufklärungsbedarf besteht. Das mindeste sind jedoch die vier Fragen in der Abb.1.

Nur wenn die wichtigsten Beteiligten einen Vorteil davon haben, dass sie es tun, oder wenn sie spürbare Nachteile zu erwarten haben, wenn sie es nicht tun,

dann wird das Vorhaben gelingen und ein Mitmachen im Sinne von „sie werden es tun“ wird erfolgen (Zeile 1 und 4 in Abb. 1). Wenn jedoch ein Mitmachen nur Nachteile mit sich bringt oder gar ein Nicht- Mitmachen Vorteile, dann ist Ihr Vorhaben zum Scheitern verurteilt und Sie müssen sich etwas anderes überlegen.

## Lösungsansätze

Die Einführung der Digitalisierung am Krankenhaus wird ein längerer Prozess sein, der in einzelnen Programmschritten erfolgen wird. Die Entwicklungszyklen in der IT sind aber so schnelllebig, dass Programme, die heute eingeführt werden, morgen schon wieder überholt sind. Außerdem wird die

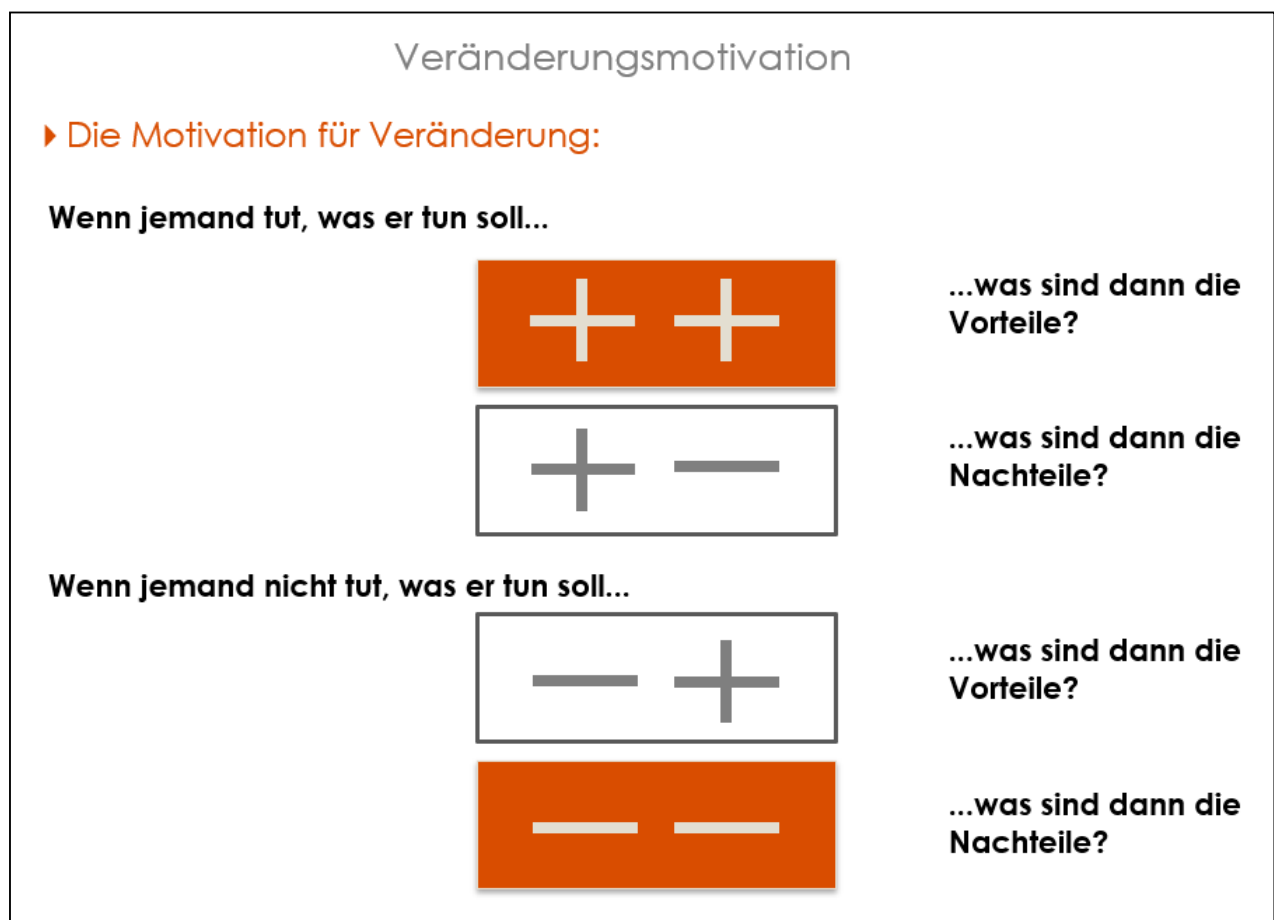


Abb 1: Veränderungsmotivation

Digitalisierung dann zielführend sein, wenn tatsächlich die komplexen Prozesse als Zwilling erfasst sind und dann tatsächlich zu Effizienz- und Effektivitätssteigerungen führen werden. Diesen Prozess gilt es zu managen und dabei sind alle MitarbeiterInnen des Krankenhauses als auch die externen MitarbeiterInnen mitzunehmen. Dass es funktionieren kann, zeigen die positiven Praxisbeispiele aus z.B. Dänemark, den USA oder auch China.

Die wichtigsten Erfolgskriterien in der Vorgehensweise sind daher die folgenden:

- Die oberste Führungsspitze (Geschäftsführung/ Ärztliche Direktion/ Pflegedirektion) als auch Vorstand/ Aufsichtsrat/ Gesellschafter muss 100% hinter dem Digitalisierungsansatz stehen und dies als Vorbild vorleben. Ansonsten ist nur Veränderungen im begrenzten Umfeld möglich.
- Transparenz und Ehrlichkeit in der Kommunikation gegenüber allen Beschäftigten im Krankenhaus ist wesentlich, und das gilt auch für die Kommunikation der Schwierigkeiten und Herausforderungen
- Die Beschäftigten sind frühzeitig im Planungs-, Umsetzungs- und Einführungsprozess als auch bei dem Customization der Applikation einzubinden. Dies erfolgt beispielsweise in Workshops zu einem frühen Zeitpunkt. Es geht dabei jedoch nicht um den Entscheidungsprozess, ob digitalisiert wird, sondern wie die Vorgehensweise am besten wäre und wie die Prozesse gestaltet sein müssten, damit es sinnvolle und praktikable digital unterstützte bzw. abgebildete Prozesse werden.
- Konsequenzen müssen folgen, und zwar positive und verstärkenden, wenn die Mitarbeitenden tun, was sie tun sollen, und negative, wenn sie es nicht tun. Wenn jede Art der aktiven oder passiven Verweigerung ohne Folgen bleibt, dann wird sich im Unternehmen wenig verändern können.
- Die frühzeitige Schulung der MitarbeiterInnen sowohl in der IT als auch den medizinischen Fachberufen ist hier sehr wichtig, auch um die Berührungängste mit den neuen Techniken und Anwendungen zu lindern. Dabei sind gerade in der Einführungsphase externe und interne Mitarbeitende im Projekt eng zu verzahnen, um sich mit dem Neuen zügig vertraut zu machen.
- Die internen Mitarbeitenden der IT nutzen oftmals ihre tägliche Arbeit von Betrieb und Betreuung, um sich dahinter ein wenig zu „verstecken“. Hier ist Führung und Steuerung der IT-Abteilung inklusive Prioritätensetzungen äußerst wichtig. Zu überlegen ist auch, in wie fern Cloudsysteme etc. Betrieb und Betreuung extern übernehmen könnten, um das interne IT-Personal umzuschulen und in den neuen Rollen des „Digital Enablers“ einzusetzen mit Verantwortungsübernahme im Changemanagement.
- Letztlich gilt unser geflügeltes Wort: Der Fisch beginnt am Kopf zu wachsen ... Wir halten Führungskräftebildung der Ebenen 1-3 aller Berufsgruppen für wesentlich. Wenn hier der Sinn und die Motivation für die digitale Transformation fehlt, dann wird auch der mit den Veränderungsprozessen einhergehende Widerstand so stark genutzt, dass die Umsetzung zu scheitern droht. Hier greift auch das Narrativ von Chandler: Die Strategie bestimmt den Prozess, der Prozess die Struktur. Wenn im Rahmen der digitalen Transformation die Prozesse sich maßgeblich ändern, dann muss auch die Organisation mitsamt den Hierarchien und Kommunikationsstrukturen des Krankenhauses neu gedacht und verändert werden. Nicht umsonst ist die

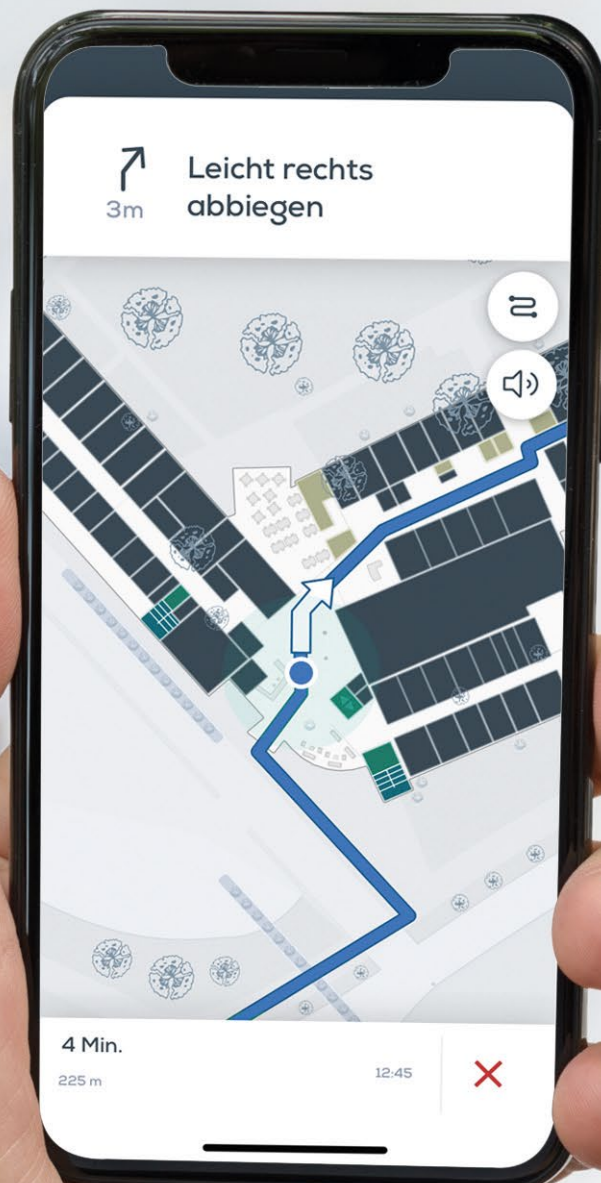
IT-Leitung in modernen Krankenhäusern als CIO Teil der Geschäftsleitung an sich geworden.

### Ein Beispiel aus der eigenen Praxis

Ein komplexes Digitalisierungsprojekt steht an, welches aus verschiedensten Anwendungen besteht und in der Einführung mehrere Jahre dauert. Jedem ist klar, dass dies ein schwieriges Unterfangen ist, da es an qualifiziertem Personal fehlt, an Geld für Investitionen (z.B. in Laptops etc.) und das Krankenhaus nicht frei ist in der Entscheidung, welche Software eingeführt wird, sondern dies vom Konzern festgelegt wurde, um nur einige Stolpersteine zu benennen. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor bei der Komplexität der Aufgabe war ein professionelles Projektmanagement. Eine Lenkungsgruppe (LG), die aus der Geschäftsführung, dem Betriebsrat, der Pflegedirektion und möglichst einen Oberarzt aus jedem Fachbereich und dem IT-Leiter und dem externen Projektleiter bestand, sollte im monatlichen Abstand den Projektverlauf abnehmen, und tatsächlich den Projekterfolg verantworten. Hierzu waren Statusberichte/ Ampelfolien etc. die Grundlage. Die Monitoringtreffen fanden maximal für eine Stunde einmal im Monat statt! In jeder Bereichsleiter-sitzung (Pflege= Stationsleitung), die üblicherweise auch monatlich stattfindet, ist über die Ergebnisse aus der LG zu berichten.

Auch kann diese Institution genutzt werden, damit der jeweilige Arbeitspaketleiter (IT) direkt berichtet, sobald die Pflege betroffen ist. Die Bereichs- Stationsleitungen wiederum berichten dann in den Teamsitzungen. Das gleiche gilt für die ÄrzteInnen. Auf diese Weise war sichergestellt, dass die Informationen zum Projektfortschritt und auch der Hürden im System des Krankenhauses zügig berufsgruppenübergreifend bekannt waren. Viele Beteiligte wurden auf diese Weise geschaffen. Auf jeder Station/ in jedem Bereich sollte eine Person

# Dräger Discover – Ihr Kompass im Krankenhaus



## Indoor Navigation und Asset Tracking aus einer Hand

Behalten Sie den Überblick im Krankenhaus. Mit einem Echtzeitortungssystem erkennen Sie auf einen Blick, wo sich Ihre Geräte verstecken. Mit Live Indoor Navigation navigieren Patienten, Mitarbeiter und Lieferanten drinnen so, wie sie es von draußen gewohnt sind. Direkt zum Ziel. Sparen Sie kostbare Zeit, optimieren Sie Ihre Prozesse, vermeiden Sie Terminverschiebungen und erhöhen Sie das Wohlbefinden Ihrer Patienten und Mitarbeiter – mit Dräger Discover.



WEITERE INFORMATIONEN: [WWW.DRAEGER.COM/DISCOVER](http://WWW.DRAEGER.COM/DISCOVER)

Dräger. Technik für das Leben®



gefunden werden, die eine hohe Affinität zur IT hat und als „Vorbild“ auf der Station durch die Bereichsleitung und Pflegedirektion unterstützt wird. Dies galt auch für die MedizinerInnen. Möglichst für jede Station/ Bereich sollte ebenfalls ein Arzt/in gefunden und ernannt werden. Diese Person wirkt als Kommunikator zwischen den Projektgruppen und den Anwendern.

Wenn eine Anwendung eine Station besonders betraf (z.B. als Pilot), dann sollte auf dieser Station die Teambesprechung genutzt werden, um hier transparent und ehrlich zum Projekt, zu den nötigen Arbeiten etc. zu kommunizieren und die Pflege dazu aufrufen, bei der Prozessgestaltung mitzuwirken. Hier sollte tatsächlich im Team entschieden werden können, wie - nicht ob - die Prozessgestaltung, Umsetzung und Einführung organisiert werden sollte.

Dies ist besonders wichtig, um hier die Anwender tatsächlich mit „ins Boot“ zu holen und die Führungsrolle der Stations-/ Bereichsleitung zu stärken. Wenn dann die neue IT-Anwendung in die Praxis überführt werden sollte musste sichergestellt werden, dass dies in den Ablauf der Station passt, dass die MitarbeiterInnen alle geschult werden, dass die Anwendung während der Pilotphase direkt von der IT begleitet und unterstützt wird und schließlich, dass die parallel- oder unnötige Doppelarbeit (siehe Beispiel oben zur Fieberkurve) tatsächlich unterlassen wird, spätestens nachdem das Programm die Pilotphase überwunden hat und auf die anderen Stationen übertragen werden konnte (Rollout). Hier hatte die Stations-/ Bereichsleitung eine wichtige Führungsaufgabe zu übernehmen. Diese ist nicht abgeschlossen, wenn es mal 4 Wochen gut funktioniert. Da es meistens unmöglich ist, parallel das „traditionelle Programm“ abzuschalten, muss hierauf besonderes Augenmerk gelegt werden. Und letztlich müssen Erfolge „gefeiert werden“. Das bedeutet, dass die MitarbeiterInnen (Medizin/ Pflege/ Verwaltung/ Service) auch belohnt werden und echte Anerkennung gezeigt wird. Hier sind kleine Aktionen angebracht und nicht nur „warme Worte“.

**Fazit**

Der Digitalisierungsprozess ist ein enormer Change-Prozess! Dies darf von Anfang an nicht unterschätzt werden und braucht mindestens genauso viel Aufmerksamkeit und Professionalität wie die Digitalisierung an sich. Kommunikation, offene, ehrliche Transparenz, dran bleiben am Thema, jahrelanges Durchhalten und positive Vorbilder sind genauso wichtig wie professionelles Projektmanagement und innovative IT-Entwicklungen. Führung und Führungsrollen und Führungsunterstützung sind ausschlaggebende Erfolgsfaktoren ebenso wie ein professionelles Changemangement. Gerade Stations-Bereichsleitungen fühlen sich bisher oft nicht als Führungskraft, sondern nehmen gerne die Rolle der „Mutter“ der Station ein, die die Belange ihrer Mitarbeiterinnen vertritt. Daher muss parallel

zum Digitalisierungsprojekt auch ein Schulungsprojekt zur Führung aufgesetzt und Rollenklarheit für Führung erzeugt werden. Führung des Personals und Management der verschiedenen Aufgaben durch die direkte Führungskraft ist einer der wichtigsten Erfolgsfaktoren und die Veränderung von Organisationsstrukturen im Krankenhaus muss einhergehen mit dem Entwicklungsprojekt. Vielleicht wird jetzt klarer, dass digitale Transformation an den Grundfesten der gewohnten Strukturen, Führungs-, Leistungs- und Rollenmodelle im Krankenhaus rüttelt und daher umso professioneller und umfassender von Anfang an anzugehen ist. Der CIO spielt hier eine wichtige, neue Rolle, doch nur im Orchester der anderen Spieler kann er in diesem Sinne erfolgreich werden, wenn auch die Partitur und der Dirigent stimmig dazu sind.



Prof. Dr. Bärbel Held, Projektmanagerin bei der GÖK Consulting



Dr. Stefan Drauschke, GÖK Consulting



Ulrich Pieper, GÖK Consulting



Guntram Jackisch, GÖK Consulting