Foto: emiliau – Fotolia

Patientenentertainment

Wie viel muss sein und was ist finanzierbar?

Ist „Patientenentertainment" ein wirtschaftlicher Erfolgsfaktor für Krankenhäuser? Krankenhäuser beherbergen kranke Menschen und Menschen auf dem Weg der Genesung. Sie sind aber deswegen keine „Herbergen" sondern auf die Gesundheit zentrierte Leistungserbringer. Trotzdem wird häufig der Vergleich mit dem Hotel bemüht bzw. der „Hotelstandard" als im Interesse der Patienten unverzichtbar deklariert. Was ist dran an dieser These in Zeiten in denen man „Komfortstationen" einrichtet und sich redlich müht dem manchmal tristen Krankenhauserscheinungsbild entgegen zu wirken?

Auf der Angebotsseite beschäftigt sich die Klinik mit Fernsehen, Telefon, WLAN, Video-on-Demand, Internetzugang und anderen Dienstleistungen und deren Bedeutung für den Patienten. Alles Leistungen die einen erheblichen technischen und wirtschaftlichen Aufwand für das Klinikum darstellen. Zur Refinanzierung muss der Patient für diesen Service selbst zahlen – der dies teilweise als „Inklusivleistung" empfindet.

Darüber hinaus verkürzen sich die Verweildauern (2013: 8,3 Tage). Hier scheint allerdings ein vorläufiges Ende erreicht zu sein (2011: 8,4 Tage) – Kurzlieger sind in dieser Betrachtung nicht eindeutig zuzuordnen. Diese Gegebenheiten senken den Anspruch an Unterhaltungsbedarf bzw. der Gebrauch „eingeschränkter" Werkzeuge erscheint als ausreichend. Zumindest im Gegensatz zu Bezahlleistungen, obwohl diese bei kürzerer Nutzung auch niedrigere Kosten für den Patienten bedeuten würden.

Dem gegenüber stehen dienstliche Anwendungen wie Anforderungen, Befunde, Speisenversorgung, Aufklärung, Patienteninformationsangebote, mobile Dokumentation, Visiteunterstützung, Verordnung und Medikation u. v. m. deren Einsatz über dezentrale, mobile Plattformen erhebliche Nutzenpotenziale für die Personalgruppen Medizin & Pflege sowie unterstützendes Personal bietet.

Einschränkungen ergeben sich dabei im Wesentlichen aus der notwendigen Endgeräteauswahl, deren Be- ▶

Die demografische Entwicklung hat Auswirkungen auf den Einsatz und die Nutzung von Technologien im Krankenhaus. Nicht nur die Bevölkerungsentwicklung sondern auch der ausgeprägte technologische Wandel lassen Kliniken umdenken. Die bisherigen Modelle mit Monolithen und „alles aus einer Hand" sind nicht flexibel genug, um den stetigen Veränderungen entsprechen zu können und binden erhebliches Kapital. Die folgerichtige Auflösung dieser Systeme führt zu einer Komplexitätsreduktion und lässt somit exaktere Kostenbetrachtungen und Erlösanalysen für die Zukunft zu.

Michael Thoss
Leiter Informationstechnik der
DRK Kliniken Berlin und
Vorstandsmitglied im Bundesverband der
Krankenhaus-IT-Leiterinnen/Leiter e.V.

trieb Hygieneanforderungen, Benutzerfreundlichkeit und sachgerechten Eingabemedien sowie einheitlichen Benutzeroberflächen stand halten müssen.

Status Quo der Patientenversorgung mit Unterhaltungsdiensten

Heute finden sich in Kliniken unterschiedlichste Versorgungskonzepte mit unterschiedlichsten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und Rechtfertigungen. Es gibt die klassischen Monolithen die Patiententelefon und Fernsehen mit Fernsteuerung über das Telefon bieten. Zu dieser Infrastruktur gehören außerdem Kassenautomaten, Pfand- und Telefonkarten, Telekommunikationsanlagen für Dienst- und Patiententelefon und Abrechnungssysteme. Die PBTs (Patient Bedside Terminals) zählen zu der Individualversorgung je Bett mit und ohne Telefon sowie mit und ohne WLAN, Internet u.v.m. Es gibt eigene WLANs der Häuser in Kombination mit den vorgenannten Optionen und idealerweise verschiedenste Formen der dienstlichen Nutzung.

Neben diesen Versorgungsformen bestehen dienstliche Telekommunikationseinrichtungen mit Festnetzapparaten, Mobiltelefonen und Smartphones, LAN und WLAN-Strukturen (drahtgebunden und drahtlos) und dazu – mehr oder weniger – passenden Endgeräten. Auf diesen Wegen werden überwiegend die klassische Kommunikation (Sprache) und die Datenkommunikation (Daten) abgebildet. Eine Vielzahl von Einzelprozessen (Business Cases) ist bereits auf mobile Endgeräte transferiert, es fehlt aber häufig an durchgängigen Strukturen weil „einer für alles" eher in der Werbung als in der Realität funktioniert.

Technologischer und gesellschaftlicher Wandel

Tatsache ist, dass heute in Deutschland mehr Mobiltelefone und Smartphones als Einwohner existieren. Die Anzahl der PCs, Notebooks und Tablets entwickelt sich in die gleiche Richtung. Ebenfalls Tatsache ist, dass „Mobility" für die aktuellen Generationen einen ganz anderen Stellenwert besitzt, als dies noch vor fünf Jahren für möglich gehalten wurde. Kommunikationsverhalten, Informationszugangsanspruch und Erreichbarkeit definieren sich mittlerweile komplett neu und sind nicht mehr auf „spezielle" Nutzer ausgerichtet wie zu Zeiten des C-Netz-Mobiltelefons. Das mobile Internet verändert die Leistungsansprüche der Zielgruppen.

Was will der Patient bzw. der Kunde?

Umfragen zeigen immer wieder, dass für den durchschnittlichen Krankenhauspatienten das Fernsehen im Mittelpunkt des notwendigen Mindestmaßes an Unterhaltung steht. Deutlich hinter der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität und knapp vor oder auf gleicher Höhe mit der Qualität der Speisenversorgung. Telefon und Internet bringt der größte Teil der Patienten mittlerweile mobil selbst mit und das zu günstigeren Tarifen als es die Klinik anbieten könnte. Verbote entsprechender Gerätenutzungen sind völlig unrealistisch, betritt doch häufig der diensthabende Arzt mit dem Handy am Ohr das Zimmer, wird dort angerufen oder nutzt mobile Datenendgeräte mittels WLAN. Zudem ist die Technologie als unkritisch (Patientenumgebung nach MPG außen vor) eingestuft. Der typische Patient benötigt also Stand heute in erster Linie eine ansprechende Fernsehversorgung (ggf. „Video on Demand") und nur im Ausnahmefall ein Telefon oder einen Internetzugang. Wer das alles unbedingt braucht, hat es ohnehin selbst dabei. Dadurch reduzieren sich allerdings die Refinanzierungsmöglichkeiten dramatisch.

Wege aus dem Dilemma

Als erstes muss man sich von der Idee trennen alles unter einen Hut zu bringen. Dienstliche Versorgung und die Patientenversorgung mit „Kommunikationsdienstleistungen" aus einer Hand dürfte wirtschaftlich nicht haltbar sein und hat zudem konzeptionelle und wirtschaftliche Nachteile. Der eingangs erwähnte Monolith hat mangels Use Cases und fehlender Flexibilität ausgedient. Alleine die Kosten für die Vorhaltung eines Telefons und eines Fernsehers je Krankenhausbett verschlingen immense Beträge, für die keine Chance auf Refinanzierung aus Nutzungsgebühren besteht. Gleichzeitig mangelt es häufig an qualifizierten Business Cases für die dienstliche Nutzung die entsprechende Mehrkosten im Sinne eines Deckungsbeitrages aus anderen Bereichen (z. B. Personal) rechtfertigen würden.

Es bietet sich daher an, im Rahmen ohnehin zyklisch notwendiger Sanierungsmaßnahmen, eine Trennung der Dienste vorzunehmen und die zukünftig sinnvollen oder notwendigen Angebote entsprechend zuzuordnen.

Beispiel Fernsehen

Es wird entweder eine klassische Versorgung gewählt (z. B. ein TV je zwei Betten) und auf Interaktion der Betroffenen Patienten gesetzt oder/und (beides ist eine tragfähige Option) eine Versorgung mit Bedside-TV im Wunschfall gegen Aufpreis. Für letzteres würde dann nur ein Bruchteil der Vorhaltekosten anfallen, da nicht pro Bett eine Optionsausstattung benötigt wird, sondern ein Mittelwert an Geräten vorgehalten wird (resultierend aus Anpassungen durch Angebot & Nachfrage). Bei der Sanierung von Patientenzimmern können die technischen Voraussetzungen ohne nennenswerte Mehrkosten geschaffen werden. Die für den Patienten kostenfreie Ausstattung ist minimalistisch (ein TV pro zwei Betten). Die Individualversorgung ist gegen Entgelt verfügbar. Es entscheidet der Patient im Verhältnis zum eigenen Komfortanspruch und Vergütungswillen.

Patiententelefon

Telefonapparate am Bett werden gar nicht mehr vorgehalten. Die Bereitstellung der notwendigen Infrastruktur erfolgt wie bei der Mitarbeiterversorgung über Rahmenverträge mit Mobilfunkanbietern. Damit entfällt die komplette technische Vorhaltung bzw. reduziert sich auf einige wenige (bedarfsabhängig) Endgeräte. Für diese eignen sich sogenannte „Seniorenhandys" (mit großen Tasten), da die Zielgruppe zumeist aus den älteren Generationen rekrutiert wird. Die Steuerung der Anzahl orientiert sich wiederum an Angebot & Nachfrage, liegt aber im Schnitt bei einem Faktor von zwanzig (20 mal weniger Geräte). Dieser Schritt erfordert einen geringfügigen Umbau der Organisation unter Einbeziehung der Hygiene und von Ver-

waltungsstellen wie z. B. der Kasse zur Pfand- und Gebührenabwicklung. Die benötigten Organisationseinheiten sind jedoch bereits vorhanden.

WLAN

Drahtlosnetzwerke werden in erster Linie für den dienstlichen Gebrauch erstellt. Die Nutzung durch Patienten liegt nicht im Fokus und liefert keinen kalkulatorischen Finanzierungsbeitrag, da der durchschnittliche Patient schon heute und zukünftig sicher seine entsprechenden Bedürfnisse über eigene Verträge und Infrastruktur abdeckt. Auf Wunsch können dem Patienten Gastrechte gegen Gebühr mittels eigener Hardware eingeräumt werden. Der Fokus liegt auf der Abdeckung der mobilen Dokumentation für das medizinische und pflegerische Personal sowie Zusatzdiensten wie Ortung, Notfallalarmierung und anderen Business Cases. Die notwendigen Technologien werden auch im Kontext des allgemeinen Mobilbetriebs und für Gastzugänge benötigt, lediglich die Abrechnungssysteme sind zusätzlicher Aufwand der zu betrachten ist.

Wirkung

Die Trennung der Angebote und Infrastrukturen führt zu individuell anpassbaren technischen und wirtschaftlichen Konzepten. Somit sind deutlich verkürzte Reaktionszeiten bei Anpassungen möglich – und teilweise frei von Abschreibungskosten – die zudem eine langfristige Kapitalbindung vermeiden. Ergänzend ergeben sich (vor allem im Bereich der Telefonie) optimierte Verhandlungsszenarien mit Anbietern durch größere Volumen und in allen Bereichen deutliche Reduzierungen bei der technischen und damit wirtschaftlichen Vorhaltung von Material (Telefonapparate, Fernseher, Instandhaltung). Einige Kostenbereiche verschieben sich außerdem mit geringerem Aufwand als zuvor aus dem investiven in den laufenden Betrieb.

Fazit

Der gesellschaftliche und technologische Wandel zwingt die Krankenhäuser unausweichlich zum Handeln. Die bisherigen Modelle mit Monolithen und „alles aus einer Hand" sind nicht flexibel genug, um den stetigen Veränderungen entsprechen zu können und binden erhebliches Kapital. Gleichzeitig brechen bereits seit mehreren Jahren die Erlöse zunehmend ein und erlauben keine Refinanzierung komplexer Infrastrukturen mehr. Die Deckungsbeiträge sind stark rückläufig. Darüber hinaus bedingen Planungen zu Veränderungen oder Eingriffe an einem Leistungsmerkmal des Angebotes häufig die Beschäftigung mit dem Gesamtsystem. Die folgerichtige Auflösung dieser Systeme führt zu einer Komplexitätsreduktion und lässt somit exaktere Kostenbetrachtungen und Erlösanalysen für die Zukunft zu. Anhand dieser Werte lassen sich Entscheidungen qualifizierter treffen als dies bei einer Mischbetrachtung unterschiedlicher Dienste und Angebote möglich wäre. ■

Michael Thoss
DRK Kliniken Berlin
Spandauer Damm 130
14050 Berlin