

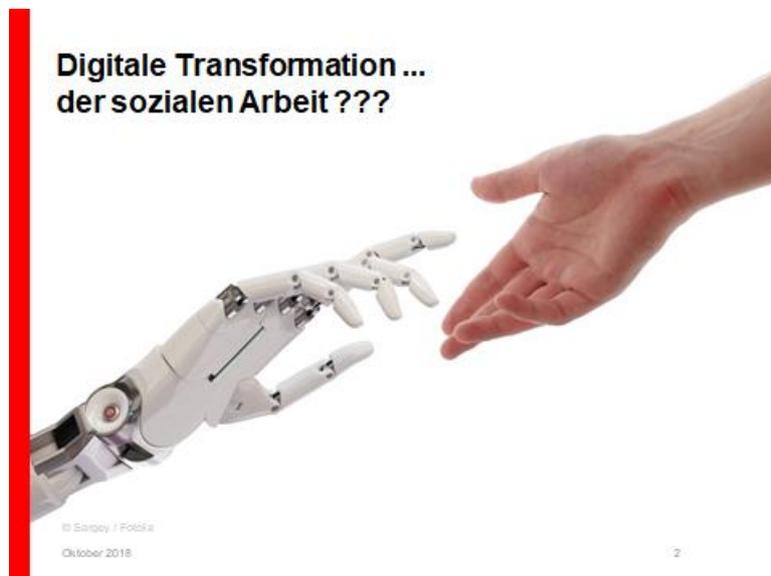
Krankenhaus 4.0?

Oder: Wie die Digitale Transformation unsere Sorge für kranke und pflegebedürftige Menschen verändert

Vortrag von
Eva M. Welskop-Deffaa,
Vorstand Sozial- und Fachpolitik
bei der Trägertagung des KKVB
in Landshut
6. November 2018

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

1. Normalerweise fangen Vorträge zur Digitalisierung mit Bildern wie diesem an:



Roboterhände und Menschenhände greifen ineinander; Mensch-Maschine-Kommunikation, kaltes Metall versus warm-durchblutete Menschenkörper – mit diesen Motiven lässt sich im Raum schnell die richtige Stimmung erzeugen, um die Dramatik dessen zu untermalen, was sich durch die digitale Transformation verändert.

Auch bei unserer diesjährigen Delegiertenversammlung des Deutschen Caritasverbandes – vor drei Wochen in Osnabrück – stand dieses Bild am Anfang des Vortrags, mit dem ich in das Schwerpunktthema der Delegiertenversammlung einführte.

Es ging um die Digitale Agenda des Deutschen Caritasverbandes.

Ich habe mich bewusst entschieden, es heute wieder an den Anfang zu stellen. Auch, aber keineswegs zuerst, weil mich die ausdrückliche Bitte Ihres Orga-Teams erreichte, ich möchte in meinem Vortrag etwas zum Einsatz von Pflegerobotern im Krankenhaus 4.0 sagen. Dazu passt das Bild ja schon recht gut....

Vor allem aber habe ich mich entschieden, das Bild mit der Roboterhand – und damit die Botschaften der Delegiertenversammlung - heute nach Landshut mitzubringen, weil ich ja nicht als Medizintechnikexpertin oder Krankenhaushausfachfrau zu Ihrer Tagung eingeladen wurde, sondern als Vorstand Sozial- und Fachpolitik des DCV:

Die Herausforderungen, die Sie als Verantwortungsträger/innen katholischer Krankenhäuser zu bestehen haben, möchte ich wahrnehmen und einordnen **im Kontext der Herausforderung, die die Digitale Transformation für uns als Caritas** mit all (!) unseren Diensten und Einrichtungen darstellt.

Das heißt: Wenn ich über das (katholische) Krankenhaus 4.0 spreche, dann spreche ich darüber, was die digital getriebenen Veränderungen im Gesundheitsbereich für die digitale Transformation der Caritas bedeuten und umgekehrt; ich will mit Ihnen zusammen darüber nachdenken, wie die digitale Transformation in der verbandlichen Caritas unsere Sorge für kranke und pflegebedürftige Menschen, für Rat- und Hilfesuchende, verändert. Und welche Rolle dem (katholischen) Krankenhaus in diesem Prozess zukommen kann.

Geübte Eigenlogiken und Eigensinnigkeiten zwischen Gliederungen und Ebenen, zwischen Fachbereichen und Trägerverbänden der Caritas – das wurde bei der Delegiertenversammlung überdeutlich - präsentieren sich in neuem Licht, seit sich in der digitalen Transformation Lebensräume und -Bezüge „hybridisieren“; seit wir im Bereich der sozialen und der Gesundheitsdienstleistungen im Gefolge der Digitalisierung mit Mitbewerbern konfrontiert sind, die – wie Amazon, Google, Facebook oder Apple - Branchen- und Sektorengrenzen virtuos überspringen und verschwimmen lassen: Mit **über Plattform-**

men vermittelten Angeboten sprechen die Big Four aus dem Silicon Valley Menschen in all (!) ihren Lebensbedürfnissen an – ihr Portfolio reicht von Büchern bis zu Gesundheits- und Mobilitätsdienstleistungen, von care- bis zu Lebensmittelangeboten. Frei Haus! Alexa, Google Assistant und andere „smarte Lauthörer“ machen das möglich und sammeln im Prozess der Leistungserbringung genau die Daten und Informationen ein, die ihr smartes Rund-um-Sorglos-Angebot morgen noch näher an die Kundinnen rückt.

Das Netz der Caritas fester knüpfen,
den Wohlfahrtsverband 4.0 als Zukunftsprojekt entwickeln,
die Schwarmintelligenz der katholischen Träger von sozialen Dienstleistungen in der Alten-, Gesundheits- und Jugendhilfe gemeinsam nutzen:
das ist das Programm, das wir in der Digitalen Transformation zu bestehen haben. Und das katholische Krankenhaus 4.0 ist in diesem Kontext eines der besonders spannenden, innovativen Projekte, das ausstrahlen kann und soll auf den es umgebenden hybriden Sozialraum, auf unser Caritasprofil 4.0.

2. Aber der Reihe nach.

Digitale Transformation – was ist das eigentlich?

Was verbirgt sich hinter diesem „Buzzword“, das den einen große Angst macht und den anderen als große Verheißung erscheint?

Fünf Dimensionen der digitalen Transformation möchte ich heute kurz skizzieren, um in etwa zu umreißen, in welchem Kontext sich unsere Sorge für kranke und pflegebedürftige Menschen digitalisiert verändert. Ausgehend von diesen fünf Schlaglichtern werde ich dann dem Krankenhaus 4.0 und der Sorge für kranke und pflegebedürftige Menschen in der Caritas 4.0 den zweiten Teil meines Vortrags widmen.

Digitalisierung lässt sich in fünf unsere Arbeit unbestreitbar elementar berührenden Dimensionen beschreiben als:

- Algorithmisierung von Entscheidungen,
- Plattformisierung von Arbeit,
- Robotersierung sozialer Dienstleistungen,
- Hybridisierung der Sozialräume und
- Automatisierung von Datenerfassung, -Übermittlung und -Verarbeitung gerade auch der öffentlichen Hände (gesetzliche Sozialversicherungen inklusive)

A) Algorithmisierung von Entscheidungen

Die vielleicht größte und einschneidendste Veränderung, die sich mit der Digitalisierung verbindet, ist als „Algorithmisierung von Entscheidungen“ zu beschreiben. Wo früher Menschen (wichtige, folgenschwere) Entscheidungen in hierarchischer Zuordnung zu treffen hatten, auf der Grundlage fachlicher Expertise, formaler Qualifikation, klarer Mandatierung durch Ämter und Prozesse, bricht sich diese bürokratisch-formal strukturierte Ordnung von Entscheidungen heute durch die Einschaltung von Computern und Algorithmen in den Entscheidungsprozess. Wenn das Diagnose-Tool und die Big-Data-gestützte Medizin-Software zu dem Ergebnis kommen, der (mit elaborierten bildgebenden und sonstigen Verfahren erhobene) Befund mache eine bestimmte Diagnose hoch wahrscheinlich und empfehle entsprechend eine bestimmte Therapie, verändert das tradierte Autoritäten und erprobte Prozesse im Krankenhaus – ähnlich wie dies für Cockpits und Architektenbüros ebenfalls gilt, wenn und wo Piloten und Bauingenieure von algorithmengestützten Systemen, die ihren Arbeitsplatz umgeben, klare Ansagen bekommen.

Kann man im Privaten die „algorithmenbasierten Entscheidungshelfer“, also z.B. die Ergebnisse einer Suchmaschine noch vergleichsweise gefahrlos ignorieren und entgegen der Empfehlung von Google bei Rückenschmerzen einen anderen als den dort priorisierten Physiotherapeuten anrufen, so „befinden sich der Börsenhändler vor seinen Terminals, die Ärztin vor ihren Monitoren, der Architekt mit seinen Ergebnissen einer Statikberechnung oder die Soldatin mit ihrer Datenbrille nicht in einer so komfortablen Situation. Sie *müssen* Informationen annehmen“ und Entscheidungen (mehr oder weniger schnell und ungefragt) nachvollziehen, ohne die Quelle und Qualität der Daten, die der Algorithmus nutzt, überprüfen und ohne die hinterlegten Wirkungs- und Wahrscheinlichkeitsbeziehungen, die in den Algorithmus hineinprogrammiert wurden, tatsächlich einschätzen zu können.¹

¹ Dirk Baecker, Digitalisierung als Kontrollüberschuss von Sinn. Frankfurt 2016, S. 12

Fakt ist: Auch der beste Arzt kann – gerade bei seltenen Krankheiten – nicht so viele Vergleichsfälle im Auge behalten und so viel neue wissenschaftliche Literatur verarbeiten wie die „Künstliche Intelligenz“ (KI) eines hoch spezialisierten Computer(programm)s.

Wer entscheidet aber zukünftig, welche Software genutzt, welche KI in den Arbeitsalltag einbezogen wird?

Wer entscheidet, wie eindeutig den Empfehlungen der Algorithmen zu folgen ist und in welchen Fällen wer begründet abweichende Entscheidungen treffen kann?

Die Rolle von Ärzt/innen, Geschäftsführer/innen, Pflegepersonal ... verändert sich und die heute schon sensible Balance der ökonomischen, medizinischen und pflegerischen Voten wird sich weiter „verkomplizieren“: Wenn die Pflegekraft aus ihrer unmittelbaren Anschauung des Patienten dafür votiert, keine weitere lebensverlängernde Therapie auszuprobieren, wenn die Geschäftsführung die Auswahl der nächsten therapeutischen Maßnahme nach Wirtschaftlichkeits-Gesichtspunkten abwägt, dann wäre der Arzt mit dem Votum des Medizin-Algorithmus ausgestattet in einer einerseits starken, andererseits besonders prekären Lage. Dort, wo es um Leben und Tod geht, ist die Zusammenarbeit – das machen die kurzen Andeutungen deutlich – mit dem „Algorithmus als Kollegen“ potentiell besonders begehrt und zugleich ethisch besonders schwierig.

B) Plattformisierung der Arbeit

Nicht unwesentlich für die Auswirkungen der Digitalisierung auf die soziale Arbeit, auf das Krankenhaus 4.0 und unsere Sorge für kranke und pflegebedürftige Menschen ist auch jener Aspekt der Digitalen Transformation, den ich mit „Plattformisierung der Arbeit“ überschrieben habe.

Mit der seit ca. 10 Jahren sich verbreitenden Organisation von Erwerbsarbeit über online-Plattformen ist der über 150 Jahre lang fast selbstverständliche Vorteil des „Betriebs“ als Austauschort von Nachfrage nach und Angebot an Erwerbsarbeit in Zweifel geraten.

Die betrieblich-arbeitsvertragliche Regelung des Arbeitsmarktes schien – so dachten wir bis vor kurzem – quasi überzeitlich gültig, um die Fra-

ge der Transaktionskosten in der Arbeitswelt zu optimieren und die Bedürfnisse von Arbeitgebern und Arbeitnehmer/innen ideal zum Ausgleich zu bringen. Der Arbeitgeber – in der freien Wirtschaft ebenso wie im Krankenhaus – braucht, davon ging die Betriebswirtschaftslehre aus - einen verlässlich einsetzbaren Personalkörper, der – dank des Weisungsrechts des Arbeitgebers – für all jene Aufgaben einsetzbar ist und war, die im Rahmen des arbeitsvertraglich abgesteckten Rahmens akut zu erledigen sind und waren. Der Arbeitnehmer wiederum, und also auch die Pflegekraft und der Arzt im Krankenhaus, schätzte das abhängige Beschäftigungsverhältnis als ein Format, das wichtige Bestandteile des Arbeitslebens - Arbeitsentgelt, Arbeitszeit und Arbeitsleistung - einigermaßen strukturierte, sogar für die Gesundheitsberufe, trotz des ja typischerweise unvorhersehbaren Aufkommens von Notfällen und Krankheiten.

Die Möglichkeit, Arbeit flexibel über Plattformen nachfragen und anbieten zu können, verändert diese Selbstverständlichkeit. Plattformbetreiber zerlegen Arbeitsaufträge z.T. in kleine („Mikro“-) Segmente, die sich – potentiell weltweit - ausschreiben und dort erledigen lassen, wo es am schnellsten, besten und billigsten ist. Gigworker und Freelancer bieten Arbeit über Plattformen zu den Zeiten und Konditionen an, die ihnen mit ihren sonstigen Lebensplänen individuell optimal vereinbar erscheinen.² Nicht selten bleibt der Freelancer neben seinen über Plattformen - wie Uber, Helpling, Amazon Mechanical Turk ... - vermittelten freiberuflichen Tätigkeiten noch mit einem bestimmten Stundenvolumen bei einem Arbeitgeber abhängig beschäftigt. Und die Arbeitgeber arbeiten weiter mit einem Stamm abhängig Festangestellter zusammen und decken daneben Spitzen- und Spezialaufgaben mit Mitarbeitern ab, die über Internetplattformen als Werkvertragsnehmer neuen Typs angeheuert werden. Es ist daher keineswegs von einem Ende der abhängigen Beschäftigung zu sprechen. Aber die „Entbetrieblichung“ der Arbeit, die schon die letzte Digitalisierungs-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestags konstatierte, erfasst immer mehr Berufe und Branchen.

Und gerade im Gesundheitswesen wischt sich manch einer über die Ungleichzeitigkeit des Gleichzeitigen bei der Organisation der Arbeit die Augen:

² Näheres zur Plattformarbeit kann in verschiedenen Beiträgen des von Andrea D. Bührmann, Uwe Fachinger und Eva M. Welskop-Deffaa herausgegebenen Buchs „Hybride Erwerbsformen. Digitalisierung, Diversität und sozialpolitische Gestaltungsoptionen, Springer 2017“ nachgelesen werden.

Da sind auf der einen Seite die (ehemals selbstverständlich selbstständig niedergelassenen) Ärzte und Ärztinnen, die sich heute zu Praxisgemeinschaften zusammen schließen und mit Formen ambulanter medizinischer Versorgung experimentieren, die den niedergelassenen Arzt vom unternehmerischen Risiko und der binären Arzt-Patienten-Relation befreien. Das abhängige Beschäftigungsverhältnis dringt in den Bereich der Gesundheitsberufe, die traditionell als „freie Berufe“ durch Selbstständigkeit geprägt waren.

Gleichzeitig sind auf der anderen Seite die das Krankenhaus umlagernden Phänomene von Zeitarbeit und Werkverträgen zu beobachten, die sich einordnen in die Plattformisierungstendenzen der Arbeitswelt insgesamt.

Tatsächlich macht die Digitalisierung beides einfacher – die Organisation einer Gemeinschaftspraxis mit komplexen Arbeitsplänen und Abrechnungsregelungen ebenso wie die Gestaltung von Arbeitsbeziehungen rund ums Krankenhaus, die nicht dem klassischen Arbeitsverhältnis entsprechen.

Die Hybridisierung der Erwerbsarbeit ist mit ihren drei Facetten im Krankenhaus der digitalen Transformation angekommen:

- Beschäftigte der medizinischen Dienstleistungsberufen wechseln zwischen Phasen der abhängigen und der selbstständigen Arbeit im Lebenslauf hin und her;
- Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Krankenhäusern kombinieren Festanstellung (in Teilzeit) mit anderen Tätigkeiten auf Honorarbasis und
- dem einzelnen Beschäftigungsverhältnis kann man es häufig nicht mehr leicht ansehen, ob es sich um ein abhängiges oder ein selbstständiges Erwerbsarbeitsverhältnis handelt, weil klassische Abgrenzungskriterien (Arbeitsort Betrieb, Weisungsgebundenheit etc.) ihre Trennschärfe verlieren.

C) Robotersierung der sozialen Dienstleistungen

Die dritte Dimension der Digitalisierung, die längst auch das Krankenhaus erfasst, ist die Roboterisierung sozialer Dienstleistungen. Fast hat man den Eindruck, als sei der Roboter (in den sozialen Dienstleistungen) zum Inbegriff der digitalen Transformation ganz generell geworden, obwohl die vorgenannten Phänomene mindestens so einschneidend und greifbar sind, wenn es um die Digitalisierung und ihre Auswirkungen auf die Pflege alter und kranker Menschen geht. Aber Erwerbshybridisierung lässt sich nicht fotografieren. Sie bleibt also unanschaulich im Vergleich zu den ersten Robotern, die in Krankenhäusern und Altenheimen pilothaft zum Einsatz kommen oder auf Fachmessen von Herstellern als Prototypen gezeigt werden - diese eignen sich in Fernsehen, Zeitungen und sozialen Medien hervorragend zur Illustration von Digitalisierungsgeschichten.

Und die Hersteller haben sich auch – aus welchem Grund auch immer – viel Mühe mit dem fotogenen Äußeren der Roboter gegeben, die in der Welt sozialer Dienstleistungen zum Einsatz kommen sollen. Bekannt ist Robear, den das japanische Forschungsinstitut Riken mit entwickelt hat: Robear sieht aus wie ein freundlicher Teddybär – er soll im Tandem mit einer Pflegekraft arbeiten und dieser beim Tragen, Umbetten und Aufrichten der Patienten helfen. Dank feinerer Übersetzungsverhältnisse und besseren Sensoren soll Robear – als dritte Generation eines experimentellen Krankenpflege-Roboters die Patienten, so heise online schon vor drei Jahren (am 28.2.2015), „weniger ruppig handhaben“. Leichter, wendiger und gefühlvoller – das sollten die wichtigsten Neuerungen des Roboters sein, der mit einem Tablet gesteuert werden kann. Offenbar muss er, damit wir ihm diese Eigenschaften zutrauen, auch äußerlich zu uns passen. Das Kindchenschema ist im „Gesicht“ des Roboters voll genutzt, um Vertrauen zwischen Mensch und Maschine zu schaffen.

Wenn ich bei meinen Reisen zu Einrichtungen der Caritas vor Ort über Digitalisierung spreche, ist die Frage, ob pflegebedürftige Menschen vom Roboter aus dem Bett zur Toilette geleitet werden (wollen), ob bei der Intimpflege der Roboter anstelle des Pflegers den Waschlappen in die Hand nimmt – das Thema, die in besonderer Weise Emotionen weckt, Hoffnungen ebenso wie Ängste.

Sowohl das Pflegepersonal als auch kranke Menschen sorgen sich, ob womöglich die Antwort auf den Fachkräftemangel im demographischen Wandel mit blutleeren kalten „Maschinen-Pflegern“ gegeben wird, so dass am Ende dann zwar alle Stationen mit „Personal“ versorgt, aber die Patienten ohne jede menschliche Ansprache sind.

Während Roboter in der Industrie eingesetzt werden, um schwere Arbeit an Gegenständen und Maschinen zu leisten, sind Roboter in den sozialen Dienstleistungen unmittelbar im Kontakt mit dem Menschen. Dieser Unterschied fällt auf Anhieb ins Auge und macht deutlich, warum trotz der großen Entlastung, die vorstellbar ist – das Betten und Heben der Patienten ist eine Arbeit, die für das Pflegepersonal erheblich belastend sein kann – die Abwehr unüberhörbar ist.

Dabei steckt nach meiner Einschätzung die Gefahr viel weniger darin, dass im Krankenhaus Begegnung und Begleitung endgültig wegrationalisiert werden, wenn neben Telerobotern, die als Operationsroboter vom Arzt geführt und beaufsichtigt werden, Pflegeroboter und Exoskelette als Assistenten zum Einsatz kommen.

Roboter im Krankenhaus sind für mich vor allem eine Herausforderung in Bezug auf die „informationelle Autonomie“. Ich werde auf diesen zentralen Begriff der Informationsethik später noch einmal zurück kommen. Mir werden beim Einsatz eines Rollstuhls, der u.U. allein durch mein Gehirn gesteuert werden kann, Daten weggenommen, ohne dass ich darüber Verfügungsgewalt hätte. All diese intelligenten Assistenzgeräte können persönliche Daten sammeln und müssen dies z.T. sogar tun, um ihre Arbeit optimal vollbringen zu können. Dann wird allerdings auch immer schwerer unterscheidbar, wer das Kommando hat, der Roboter oder der Mensch. Insbesondere bei kranken Menschen, deren eigene Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt ist, wird dies zu einer Grundsatzfrage. Vorschläge, dass man ähnlich wie bei Patientenverfügungen zum Lebensende als Gesunder schon entscheiden möge, ob man als demenzkranker Pflegebedürftiger von der Therapieroboterrobbe Paro therapiert werden möchte - ja oder nein – erscheinen mir vorläufig als nicht praxistauglich.

D) Hybridisierung der Sozialräume

Kommen wir zu Punkt 4: zur Hybridisierung der Sozialräume. Das Thema ist weniger hipp als das Roboterthema, wenn man von digitaler Transformation spricht. Und es ist doch – nach meinem Verständnis – für die Zukunft der sozialen Dienstleistungen und der Wohlfahrtsverbände in der Digitalisierung von besonderer Bedeutung.

Denn: Unsere sozialen Dienstleistungen sind sozialräumliche Dienste. Es bewährt sich das katholische Krankenhaus ebenso wie die Schuldnerberatungsstelle oder die Kita als Angebot der Daseinsvorsorge, als Teil der sozialen Infrastruktur.

Gesellschaftliche Teilhabe und Chancengerechtigkeit werden – das haben verschiedene sozialwissenschaftliche Disziplinen der letzten Jahre entdeckt – wesentlich durch räumliche Kategorien bestimmt. Ob ich meinen Kindern eine gute Zukunft sichern kann, hängt wesentlich davon ab, ob Kindergarten, Schule, Sportverein, Kinderarzt... räumlich gut erreichbar sind. Wer Lust hat, hierzu intensiver nachzudenken, dem empfehle ich Martin Schneiders Doktorarbeit über „Raum – Mensch – Gerechtigkeit. Sozialethische Reflexionen zur Kategorie des Raumes“, die vor wenigen Jahren mit dem Gertrud-Luckner-Preis des Caritasverbandes ausgezeichnet wurde.

Oder die Ergebnisse der bayerischen Enquete-Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“, die vor einem Jahr ihren Abschlussbericht vorlegte und an die Infrastruktur – auch an die soziale (!) – den Anspruch „gleichgestellter Verschiedenartigkeit“ knüpfte: Regionale Disparitäten und Ungleichheiten sind nur bis zu einem gewissen Grad akzeptabel – solange trotz Unterschiedlichkeiten und Vielfalt die annähernd gleichen Chancen für die individuelle Entwicklung bestehen. Dazu schlägt die bayerische Kommission eine Arbeitsteilung innerhalb des staatlichen Gefüges vor: Der zentrale Staat hat die Aufgabe, die Rahmenbedingungen für die Verwirklichung der von der Kommission identifizierten Gerechtigkeitsprinzipien bereitzustellen und dafür zu sorgen, dass diese auch gewährleistet sind. Er sichert insbesondere die Grundbedingungen für Gleichwertigkeit („räumliche Grundsicherung“), regelt – für den Fall der Delegation der Aufgabenerbringung an privatwirtschaftliche oder an zivilgesellschaftliche Akteure – die Qualität und sorgt für eine hinreichende Befähigung der Partner. Letzteres gilt insbesondere auch für zivilgesellschaftliche und sozialwirtschaftliche Akteure, die auf Unterstützung und entsprechende Rahmenbedingungen

für eine Verstetigung ihrer Leistungen angewiesen sind. (Abschlussbericht der Bay. Enquete-Kommission, Drs. 17/19700, 2017)

Sie spüren, das Thema Sozialraum ist für uns als Wohlfahrtsverband und unsere Rolle im Sozialstaat von zentraler Bedeutung: Als BAGFW haben wir es bei der Einladung des Familienministeriums zur ersten Anhörung im Rahmen der Regierungskommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“ gestern so formuliert: „Teilhabe hat eine zeitliche und eine räumliche Dimension. Während sich Familienpolitik und Sozialversicherungspolitik typischerweise intensiv darum kümmern, Verfestigungen von Benachteiligungen im Lebensverlauf und im Generationenzusammenhang entgegen zu wirken, sind soziale Dienste und Einrichtungen Teil einer sozialen Infrastruktur, die dafür Sorge trägt, dass Menschen nicht (nur) aufgrund des Ortes, an dem sie leben, Teilhabersorgen ausgesetzt sind. „Abgehängte“ Räume dürfen nicht zu Orten und Regionen werden, an denen sich Ausgrenzungs-Schicksale quasi gesetzmäßig vollziehen.“

Das alles galt und gilt für die analoge Welt und ist in dieser keineswegs selbstverständlich oder befriedigend gewährleistet. Mit der Digitalisierung vervielfältigt sich die räumliche Herausforderung, denn fast unbemerkt hat sich das worldwidedeb als zweite Dimension räumlicher Wirklichkeit über die analogen Sozialräume gelegt – wir leben längst in hybriden Sozialräumen, in denen Nähe und Distanz, Erreichbarkeit und Abgehängtsein in der digitalen Welt ebenso sehr über unsere Teilhabechancen entscheiden wie Nähe und Distanz, Erreichbarkeit und Abgehängtsein in der analogen Welt.

Mir selbst hilft, um zu verstehen, was uns digital immigrants in den letzten Jahren widerfahren ist, das Beispiel vom Urlaub. Die Frage, für welches Restaurant in der berühmten Altstadt des Urlaubsortes wir uns entscheiden, hängt nicht nur davon ab, was die am Fenster aushängende Speisekarte sagt und ob der Blick ins Innere des Lokals auf saubere Tische und nette Kellner führt. Die Bewertungen auf TripAdvisor oder einem anderen Portal, die übers Handy stets und überall zur Verfügung stehen, gehören zum Erfahrungsraum ganz selbstverständlich dazu, in dem wir unsere Entscheidung treffen. Es ließen sich die Beispiele vervielfachen. Unser Sozialraum ist von einer virtuellen zweiten Schicht umgeben. Kein Wunder, dass Nachbarschaftsplattformen im Internet die Hybridisierung des Sozialraums zum Programm erheben und im Netz doppeln, was nebenan alles passiert.

Für die sozialen Dienstleistungen hat dies erhebliche Konsequenzen. War es in der „analogen Steinzeit“ ausreichend für eine Schwangerschaftsberatungsstelle Räume zu finden, die sowohl gut erreichbar als auch „vertraulich“ wirkten, so

kommt es nun darauf an, analoge und virtuelle Erreichbarkeit zu verknüpfen. Die große Anstrengung des deutschen Caritasverbandes, mit der Weiterentwicklung seiner Online-Beratung hin zu einer Beratungsplattform nah bei den Ratsuchenden zu sein, reagiert auf diese Beobachtung. Und auch für das Krankenhaus ist der hybride Sozialraum eine herausfordernde Realität. Noch wissen wir nicht, welche Nähe- und Distanzerfahrung morgen wichtiger sein wird: Wollen die Patienten vor allem, dass ihre Verwandten sie dank guter ÖPNV-Anbindung leicht besuchen können oder erwarten sie, dass im Krankenhaus mit stabilem freien WLAN und sonstigen technischen Unterstützungen der Skype-Kontakt zu den Lieben daheim jederzeit möglich ist? Wollen Sie aus dem Krankenhaus mit ihrem Hausarzt chatten können oder wünschen Sie sich Möglichkeiten, nach der Entlassung die Nachsorge in der Ambulanz gut erreichen zu können.

Die Hybridisierung des Sozialraums und der (Selbst-)Anspruch an die wohlfahrtsverbandlichen Caritas-Angebote, wesentlicher Teil der sozialen Infrastruktur auch in diesem hybriden Sozialraum zu sein, stellt uns vor erhebliche Herausforderungen. Diese Herausforderungen werden – und damit komme ich zur letzten Digitalisierungsdimension – durch technische Innovationen einerseits, durch die Strategien der öffentlichen Hände andererseits maßgeblich geprägt.

E) Automatisierung von Datenerfassung, -Übermittlung und -Verarbeitung gerade auch der öffentlichen Hände (gesetzliche Sozialversicherungen inklusive)

Die Digitale Transformation ist für die soziale Dienstleistungswelt wesentlich getrieben und beeinflusst durch die Digital-Strategien der öffentlichen Hände. Auch wenn ich dieses Schlaglicht auf die digitale Transformation ans Ende meines Schnelldurchgangs gestellt habe, heißt das keinesfalls, dass es für das Krankenhaus 4.0 – für unsere Sorge um kranke und pflegebedürftige Menschen in der digitalen Gesellschaft – nachrangig wäre. Im Gegenteil.

Die Frage, welche Daten mein Arzt (oder der Therapieroboter meiner Ärztin) wohin weiter gibt, entscheidet sich wesentlich entlang der Regulierungen, die von Krankenkassen und für Krankenkassen geschaffen werden. Wenn für die Abrechnung einer Behandlung zukünftig spezifische Datentransfers zur Bedingung gemacht werden, dann entscheiden diese Regeln darüber, wie sich die sozialen Dienstleister im Datenraum bewegen. Der Wirtschaftsinformatiker und Ethiker Oliver Bendel hat das in einem Interview auf heise online (21.1.2018) kurz und knapp dargestellt: „Wenn es nach den meisten Patienten geht, sollten die Da-

ten bei Pflegern und Ärzten bleiben. Bei Krankenkassen wird es z.B. in der Schweiz problematisch, wenn es um die Zusatzversicherungen geht. Das fängt schon bei den Körperdaten an, wenn der Patient vom Roboter oder einer intelligenten Waage gewogen wird. Wenn die Daten an die Krankenkasse gingen, könnte das für Fettleibige ein Problem darstellen, die bei Zusatzversicherungen von bestimmten Leistungen ausgeschlossen sind.“ Es geht – ich habe es eben schon erwähnt – um die Gewährleistung „informationeller Autonomie“ auch den Datengelüsten der Sozialversicherungen und öffentlichen Verwaltungen gegenüber.

Die E-Government-Strategie der öffentlichen Hände wird gerade intensiv durch eine sie vorbereitende und begleitende Gesetzgebung beschleunigt und fokussiert. Erst heute haben wir unsere Caritas-Stellungnahme zum 2. Datenaustauschverbesserungsgesetz abgegeben, in der wir sehr deutlich darauf hinweisen, wie sehr die dort geregelten Verfahren zur Erfassung und Weitergabe der Daten von Asylbewerbern nicht nur das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Geflüchteten betreffen, sondern auch die Arbeit z.B. unserer Caritas-Rückkehrberatungsstellen berühren.

Wenn die Anmeldung für einen Kita-Platz nur noch digital möglich ist, verändert das die Realität unserer Caritas-Kindergärten genauso wie es die Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Jobcenter und Schule verändert, wenn an dieser Schnittstelle neue Datenerfassungs- und -Transferregeln eingeführt werden.

Ich bin sehr froh, dass der dynamische Prozess, der hier abläuft, wissenschaftlich zunehmend sorgsam begleitet wird. Das Weizenbaum-Institut für die vernetzte Gesellschaft und das Fraunhofer- Institut sind wichtige Partner, um die Entwicklungen kritisch-konstruktiv so begleiten zu können, dass wir auch im hybriden Sozialraum noch subsidiäre Strukturen freier Träger in gutem Zusammenspiel mit den öffentlichen Verwaltungen vorhalten können.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

Meine Berichte und Beispiele, was sich hinter den fünf großen Bewegungsgeschichten der Digitalisierung verbirgt, habe ich für heute umfangreich aus dem Bereich des Gesundheitswesens gewählt. So haben Sie bereits – so vermute ich – ein Bild davon, was ich vor Augen habe, wenn ich vom „Krankenhaus 4.0“ spreche. Das Krankenhaus kann und muss ich in der digitalen Transformation der Gesellschaft bewähren als Ort sozialer Kompetenz und Nähe im hybriden Sozialraum, in dem Menschen Rat und Hilfe crossmedial und rund um die Uhr suchen. Krankenhäuser müssen sich von Kliniken als chromblitzenden Anwendungsorten von Hightech-Medizin unterscheiden und im Sozialraum Anlaufstellen sein, an denen schwere und leichte Erkrankungen, Vor- und Nachsorge ihren Ort haben. Die dazu gehörige Kultur braucht neue multiprofessionelle Teams. Nicht für jeden entzündeten Insektenstich braucht's eine ausgebildete Notfallchirurgin. Aber in der Leistungsgesellschaft brauchen kranke Menschen mehr als Therapie, sie brauchen verlässlich Rat und Hilfe.

Der Koalitionsvertrag der neuen bayerischen Landesregierung enthält dazu Hinweise: „Wir werden auch künftig flächendeckend eine qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicherstellen. Wir wollen unsere Krankenhausstrukturen erhalten und bedarfsgerecht weiter entwickeln.... Mit gezielten Strukturförderprogrammen (Geburtshilfe, kleine Krankenhäuser) werden wir auch in ländlichen Räumen eine wohnortnahe Krankenhausversorgung sicherstellen. Wir wollen die kleineren Standorte erhalten und weiterentwickeln. Wir wollen dabei die Träger unterstützen, für jeden Standort ein passendes Nutzungskonzept entwickeln. Bei Umstrukturierungen wird sich der Freistaat Bayern aktiv beteiligen.“ (S. 23) Und auf S. 13 passt dazu: „Wir aktivieren die Gestaltungskräfte in den Regionen. Die regionalen Initiativen in Bayern sind die starken Entwicklungsmotoren vor Ort . Wir werden Regional- und Konversionsmanagements auch weiterhin kraftvoll unterstützen. Vor allem auf digitale Heimatprojekte wollen wir noch mehr Augenmerk richten. Dazu legen wir eine neue Förderrichtlinie „Heimat Digital“ auf.“

Ich hoffe sehr, dass wir mit solcher Unterstützung Entwicklungen in Gang setzen können, die die kleinen Krankenhäuser zu örtlichen Gesundheitszentren machen. Sie werden und sie müssen sich unterscheiden von den hochspezialisierten Kliniken, die in chirurgischen und anderen Spezialabteilungen das Fachwissen und Fachpersonal vorhalten, das für medizinisch anspruchsvolle therapeutische Eingriffe unabdingbar ist. Niemand möchte sich nach Gallenkoliken einem Operateur

anvertrauen, der nur alle 5 Jahre mal eine Galle sieht. Aber die digital vernetzte Untersuchung und Diagnose, die therapeutische Nachsorge in Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen – das alles kann und sollte über ein regionales Krankenhaus vernetzt werden, das örtliche Beheimatung mit technisch-digitaler Ausstattung und Kompetenz verbindet.

Das Krankenhaus/Gesundheitszentrums 4.0 ist der Knoten im sozial-räumlichen Netz der Gesundheitsdienste, rund um die Uhr erreichbar und Anker für all die vielen medizinischen Dienstleistungsberufe, die selbstständig oder abhängig beschäftigt erbracht für die Attraktivität der Region sorgen.

Die Klinik 4.0 ist mit den dezentralen Krankenhäusern 4.0 gut verbunden, an wenigen zentralen Standorten ihrerseits eingebunden in das regionale Netz, das online-Sprechstunden ebenso kennt wie Busshuttle für die Angehörigen.....

Ich wünsche mir, dass die bayerischen katholischen Krankenhäuser initiativ werden, um den Ball, der jetzt im Feld der Koalitionspartner liegt, ins Tor zu schießen – dank vieler konkreter guter Ideen, die in der Förderrichtlinie „Heimat Digital“ jedenfalls mitgeteilt sein sollten.

Wir können und sollten gemeinsam als Caritas unseren spezifischen Vorsprung nutzen, in der „eigenen Familie“ Experten und Expertinnen für ambulante ebenso wie stationäre Versorgung zu haben. Mit ihnen können wir Gesundheitsversorgung 4.0 – mit dem Erfahrungswissen unserer Tradition – ganzheitlich neu prägen. Nah am Nächsten 4.0.