

Ausgabe 3 / 2020

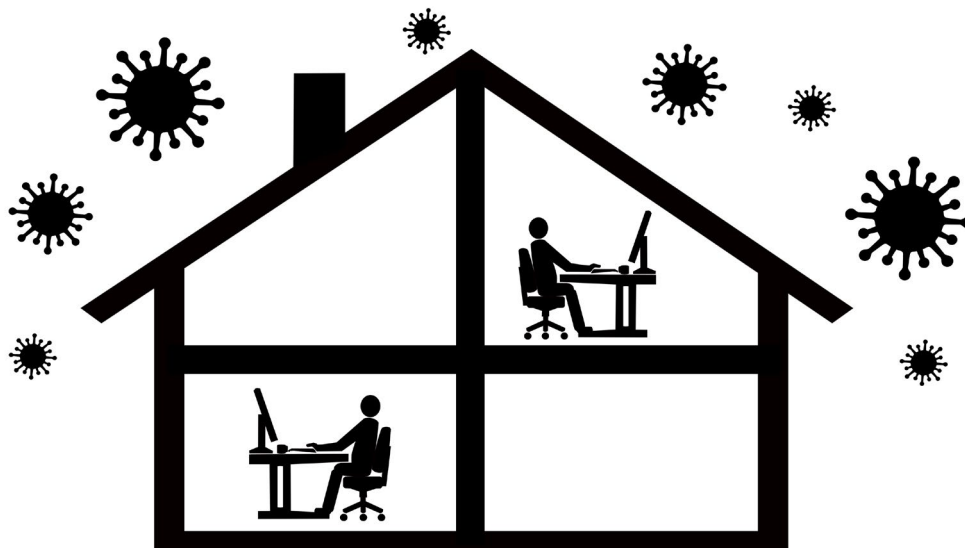
Krankenhaus-IT

Fakten und Perspektiven der IT im Gesundheitswesen

JOURNAL



Covid-19: *Gemeinsam durch die Krise navigieren*



Homeoffice für die IT-Abteilungen – Lehren aus der Krise

Nach Beginn der Corona-Krise war das Stichwort „Homeoffice“ ganz schnell in aller Munde. Glaubt man einschlägigen Medienberichten, dann wechselten im April etwa ein Drittel der Beschäftigten in Deutschland ins Homeoffice. Diese Virtualisierung der Arbeitswelt bringt natürlich auch immense Herausforderungen für die IT mit sich. Gerade in chronisch unterfinanzierten Bereichen wie der Krankenhaus-IT ist eine solche Umstellung innerhalb weniger Tage bis Wochen nur sehr schwierig zu realisieren, ganz zu schweigen von der Umsetzung der nach wie vor gültigen Daten- und Arbeitsschutzvoraussetzungen.

In diesem Artikel soll es aber weniger um diese Thematik gehen, sondern vielmehr um die Frage, welchen Stellenwert das Homeoffice für die IT-Abteilungen selbst hat. Wie geht die Krankenhaus-IT für sich selbst mit diesem Thema um?

Zunächst einmal lässt sich sicherlich feststellen, dass wohl die meisten Kollegen aus der Krankenhaus-IT in der einen oder anderen Form schon seit vielen Jahren gewohnt sind, auch von zu Hause aus zu arbeiten. Der Beruf bringt es so mit sich, dass Tätigkeiten teilweise zu unchristlichen Zeiten, am Abend, in der Nacht, am Wochenende erbracht werden müssen. Da ist es nicht immer wirtschaftlich und sinnvoll, dass der betroffene Mitarbeiter dafür ins Büro fährt, umso mehr, wenn er zuvor schon seinen regulären täglichen Dienst vor Ort geleistet hatte. Im Rufbereitschaftsdienst ist es sogar regelhaft in praktisch allen Krankenhäusern so, dass IT-Dienstleistungen wenn möglich remote erbracht werden. Schon zu Zeiten, als das Wort Homeoffice sich noch gar nicht in der Breite durchgesetzt hatte, wurde das pragmatischerweise so gelebt.

Gewohntes über Bord werfen

Die Zeiten haben sich seither und auch schon lange vor Corona geändert, und es gab immer mehr Mitarbeiter auch aus anderen Bereichen, vor allem der Verwaltung, später auch in der Medizin, die teilweise Tätigkeiten von außerhalb des Unternehmens geleistet haben. Das führte dann in den Köpfen der Entscheidungsträger zu der Einsicht, dass auch der Arbeitsplatz fern des Unternehmens geregelt werden muss. Die bis dahin vorhandenen Regelungen für IT-Mitarbeiter waren eher informaler Natur. Man ging implizit davon aus, dass der IT-Mitarbeiter umfassende Rechte braucht und zu Hause sowieso über das notwendige Equipment und Internetanschluss verfügt. Erst in den letzten Jahren sind dann formalisierte interne Dienstvereinbarungen und Checklisten entstanden, um Heimarbeitsplätze definieren und genehmigen zu können. In manchen Krankenhäusern ist das bis heute noch nicht konsequent umgesetzt.

In der Corona-Krise wurde, wir haben das alle am eigenen Leib erlebt, schnell ganz vieles anders und Gewohntes

über Bord geworfen. War man bisher gewohnt, dass die Geschäftsführung gern die IT-Fachkräfte nach Möglichkeit vor Ort versammelt haben wollte, damit die Feuerwehr in Sachen IT jederzeit schlagkräftig einsatzbereit sein konnte, kehrten sich nun plötzlich manche Rahmenbedingungen regelrecht um. Was wäre, wenn plötzlich der Corona-Virus unter den IT-Mitarbeitern grassieren würde und diese reihenweise ausfielen, entweder tatsächlich krank und in vorbeugender Quarantäne? Ein Fall in der IT-Abteilung genügt möglicherweise, und man kann die gesamte IT-Belegschaft nach Hause schicken.

Das nun aber funktioniert natürlich nicht, denn gewisse Dienstleistungen müssen vor Ort erbracht werden. Einen Drucker aufzustellen und zu konfigurieren oder ein Netzwerk zu patchen macht sich nun einmal aus dem Homeoffice ziemlich schlecht.

So hat auch hier die Analyse begonnen: Wen brauche ich denn zu was vor Ort, und wer arbeitet besser zu Hause?

Aufgaben zunehmend aus der Ferne lösen

Wie in der Corona-Krise allgemein üblich, hat sich zunächst jeder schnell seinen individuellen Weg gesucht. Als eine Art Best Practice hat sich jedoch abgezeichnet, die Mitarbeiter so geschickt zwischen Präsenzdiensten im Krankenhaus und Homeofficekollegen zu verteilen, dass einerseits immer genug Manpower für notwendige Aufgaben vor Ort vorhanden ist, andererseits aber der andere Teil von zu Hause arbeiten kann, um Infektionsrisiken zu entgehen. Im Idealfall kann man dieses System sogar rotierend einführen, so dass der Großteil der Mitarbeiter abwechselnd wochenweise zu Hause und dann wieder vor Ort eingesetzt wird.

Generell ist es in der IT schon seit Jahren so, dass sich Aufgaben immer mehr aus der Ferne lösen lassen. Das ist auch unabdingbar, weil es in früheren Zeiten im Verhältnis zu den vorhandenen Personalressourcen viel zu lange gedauert hatte, Mitarbeiter vor Ort zum Anwender zu schicken, umso mehr nach der Konsolidierungswelle mit der Gründung von Gesundheitsverbänden mit teilweise erheblichen Fahrstrecken und -zeiten zwischen den einzelnen Standorten. Der Trend geht tatsächlich zunehmend in die Richtung, dass nur noch mit Hardware vor Ort zusammenhängende Dienstleistungen, das sind in der Regel die Clients und das Netzwerk, nicht remote erbracht werden. Die Fülle der Aufgaben ließe sich anders gar nicht mehr bewältigen. Es scheint auch über die Jahre ein gewisser Gewöhnungseffekt bei den Anwendern daran eingetreten zu sein. Hörte man in der Vergangenheit am Hotlinetelefon erst einmal den verzweifelten Ruf „Da muss sofort

jemand vorbei kommen. Hier geht gar nichts mehr“, sehen das auch die Betroffenen Kräfte in der Medizin inzwischen anders. Der zugehörige Spruch bei der Hotline heißt mittlerweile eher „Ich hab da ein Problem, können Sie sich man kurz aufschalten?“

Zumindest bis vor der Coronakrise konnte man aber beobachten, dass trotzdem die Mitarbeiter fast ausschließlich im Krankenhaus arbeiteten und nicht im Homeoffice, obwohl intern kolportiert wurde, das meiste könne man eigentlich auch von irgendwo her machen. Wäre es also nicht die logische Konsequenz, wenn zukünftig regelmäßig die halbe Belegschaft in der IT im Homeoffice arbeiten würde? Ein Frage, die sich als Lehre aus der Krise ja übrigens allgemein im Arbeitsmarkt stellt. Es könnten so immerhin viele Reisezeiten gespart und der vielbeschworene Verkehrskollaps auf unseren Straßen verhindert werden. Ob es allerdings dazu kommen wird, das kann wohl im Moment noch niemand voraussagen. Nicht zu unterschätzen sind nämlich auch andere Faktoren wie der doch einfachere schnelle Austausch mit den Kollegen im Großraumbüro, der soziale Aspekt der Arbeit für den Menschen und die Schwierigkeiten im Homeoffice, wenn sich rund um den Schreibtisch und das Arbeitszimmer die gesamte restliche Familie bewegt.

Es sind auf jeden Fall neue Konzepte gefragt, und Corona sollte im eigentlichen Wortsinn „Krise“ auch als Chance verstanden werden, Dinge in Zukunft anders und besser zu machen.



Horst-Dieter Beha, Vorsitzender KH-IT-Leiterverband

Medical Device Regulation (MDR) geht die Krankenhaus-IT sehr viel an

Die bereits Mitte 2017 in Kraft getretene MDR entfaltet ab 26. Mai 2020 ihre volle Wirkung. Da sich die Auswirkungen nicht nur auf Hersteller von Medizinprodukten, sondern auch auf Anwender von Krankenhaus-IT erstreckt, beschäftigte sich ein Vortrag von Dipl.-Ing. Ulrich Wieland vom DRK-Krankenhaus Lichtenstein auf der Herbsttagung 2019 in Erlangen mit dieser Thematik.

Wieland, der als Beirat für Konvergenz BMT-IT Mitglied des Vorstandes im Bundesverband KH-IT ist, verwies darauf, dass die MDR nicht nur die Anforderungen an Zulassung und Marktbeobachtung von klassischen Medizinprodukten stark erhöht, sondern diese auch auf Software ausweitet, die zur Diagnose und Therapie von Krankheiten entwickelt wurde.

Konkret müssen Hersteller, die solche Software entwickeln, neben der Registrierung der Software bei der EURAMED-Datenbank und der Kennzeichnung mit einer eindeutigen Unique Device Identifikation (UDI) u.a. strenge klinische Überwachungen nach dem Inverkehrbringen sowie Prüfungen nach jedem Software-Update sicherstellen.

Dadurch wird im Grunde zukünftig für jeden Softwarehersteller – also u.U. auch IT-Abteilungen von Kliniken selbst – ein Risikomanagementsystem nach ISO 13485:2016, erforderlich, sobald die entwickelte Software dazu bestimmt ist „Informationen zu liefern, die zu Entscheidungen für diagnostische oder therapeutische Zwecke herangezogen werden kann.“

Umgangen werden könne dies nur, wenn der Hersteller ausdrücklich im Bestimmungszweck ausschließt, dass die Software

zur Diagnose, Therapie oder Überwachung von Krankheiten, Behinderungen oder Verletzungen oder

- zur Empfängerregelung oder
- zur Untersuchung bzw. Veränderung des anatomischen Aufbaus oder eines physiologischen Vorgangs

vorgesehen ist. Nur wenn in der Medizin eingesetzte Software also lediglich

- zur Dokumentation
- für rein administrative Zwecke
- zu Wellnesszwecken,
- als Zugang zu Fachliteratur oder
- für medizinische Berechnungen

dienen soll, wäre eine Qualifizierung als Medizinprodukt nicht erforderlich. Allerdings verweist Wieland darauf, dass dies dann nicht nur in der Zweckbestimmung, sondern auch auf werbenden Websites, der Bedienanleitung sowie auf Flyern und Messen ausdrücklich Erwähnung finden müsste.



Autor: Ulrich Wieland, DRK-Klinikservicegesellschaft Sachsen mbH, wieland@kh-it.de

Die Corona-Pandemie aus dem Blickwinkel der Krankenhaus-IT – was war, was ist und was sollte werden?

Mit den Bildern aus Bergamo, der unmittelbar vor der Haustür greifbaren Bedrohung der Bevölkerung durch ein derzeit nicht mit Medikamenten besiegbares Virus, gewann nach den ersten Covid-19-Fällen in der Bundesrepublik ein Aktionismus Dynamik, der bis dahin nicht bekannt war.

Ein Land wurde heruntergefahren und nahezu zum Stillstand gebracht. Nicht vorstellbare Möglichkeiten des alltäglichen Lebens wie Betreuung der Kinder daheim inklusive der Eltern als Neulehrer; Kontaktbeschränkungen, arbeiten von zu Hause wurden über Nacht Realität.

Aber vor allem die Gesundheitsversorgung und hier vor allem die Krankenhäuser rückten in den Fokus. Binnen weniger Tage wurden Bettenkapazitäten geschaffen, Medizingeräte für die Beatmung geordert, sofern überhaupt möglich. Krasse Versäumnisse der Politik aus der Vergangenheit wurden transparent und mit viel Symbolik, warmen Worten und Aktionismus kaschiert.

Es fehlte an Schutzmitteln, so billigen Dingen wie Mundschutz und Desinfektionsmittel. Horrende Preise wurden bezahlt, um wenigstens einigermaßen den Anforderungen gerecht zu werden. Für alle sichtbar wurde dies mit der zunächst heruntergespielten Bedeutung der Masken für den Schutz vor dem Virus, die dann größer wurde, als die Masken vorhanden waren oder die Leute anhand der zahlreich veröffentlichten Nähanleitungen selbst welche herstellten.

Die Personaleinsatzplanung im medizinischen Bereich der Kliniken wurde angepaßt, 12-Stunden-Schichten in abwechselnden Kohorten sollte eine bestmögliche Patientenversorgung sicherstellen. Schnell machte der Begriff „unsere Helden“ die Runde, die Politik versprach in Anbetracht der unbekannt und nicht kalkulierbaren Situation Anerkennung, von der mittlerweile zumindest für die stationären Pflegekräfte nichts mehr übrig ist. Bleibt die Hoffnung, daß die Pflege sich nach der Coronazeit ihrer Bedeutung und ihrer Macht bewußt wird, um Versprochenes vehement einzufordern und sich nicht mit warmen, leeren Worten abspeisen zu lassen.

Wertschätzung politisch Verantwortlicher ist offensichtlich nur so lange gegeben, bis man nicht mehr auf die Wertzuschätzenden existentiell angewiesen ist.

Und wo blieb bei all dem die immer wieder geforderte Digitalisierung des Gesundheitswesens? Welche Nachteile oder auch Vorteile zeigten sich aufgrund vorhandener oder fehlender digitalisierter Abläufe in den Kliniken?

Zunächst wurden die meist rudimentär vorhandenen Möglichkeiten des Zugriffs von zu Hause soweit ausgebaut, daß mobiles Arbeiten ermöglicht wurde. Mangels fehlender Betriebsvereinbarungen und Regelungen für einen „HomeOffice“-Arbeitsplatz mit all seinen gesetzlich bedingten Vorgaben, war das mobile Arbeiten der kleinste gemeinsame Nenner.

Ebenso schnell waren dann Video- und Telefonkonferenzlösungen eingerichtet. Meist mit datenschutzbedenklichen Lösungen wie Zoom, Teams, WebEx aus der Cloud, aber in Anbetracht der Bedrohungslage wurde kurzerhand Datenschutzvorgaben ignoriert und dem reinen Pragmatismus untergeordnet.

Mit den Konferenzlösungen konnten zumindest die mobilen Verwaltungsarbeiter ihrer gewohnten Tätigkeit nachgehen.

Die Lösungen wurden auch in den Physiotherapie-Bereichen genutzt, ebenso für Videosprechstunden oder auch für telemedizinische Anwendungen.

IT-Abteilungen in Krankenhäusern mit einer Krankenpflegeschule sahen sich wie die allgemeinen Bildungseinrichtungen mit der Herausforderung konfrontiert, Fernunterricht jenseits der Präsenzveranstaltungen zu ermöglichen. Auch hier mußten teilweise die schnellen Übernachtlösungen der Schulen wieder eingefangen und auf datenschutz- und sicherheitstechnisch annehmbare Basis gestellt werden.

Weiterhin mußten Anpassungen in den Informationssystemen der Kliniken vorgenommen werden, um die Vorgaben z.B. der internen Hygiene und der Gesundheitsämter zu erfüllen. Das betraf die Triagierung der aufgenommenen Patienten und somit ihrer Risikoerhebung bzgl. Covid-19-Infektion und es betraf die Meldungen über freie und belegte Betten in den Ausprägungen Normalstation und Intensivbetten, wobei dann noch zwischen beatmeten und nicht beatmeten Patienten unterschieden wurde.

Offensichtlich sind die durchaus digital erhobenen und weitergeleiteten Daten nicht medienbruchfrei ans RKI weitergeleitet worden. Wie sonst erklärt sich, daß dieses immer wieder seine Zahlen korrigieren mußte mit dem Verweis auf noch nicht aus allen Ländern vorliegenden Zahlen? Hier ist offensichtlich die Notwendigkeit zur digitalen Verbesserung der Abläufe gegeben. Gesicherte Daten sind in der Pandemie-Situation das wichtigste Gut für klare und transparente Entscheidungen. Wenn das nicht gelingt, werden Entscheidungen spekulativ wie mit einem Blick in die Glaskugel getroffen oder es gewinnt der Experte mit den vermeintlich besten Argumenten, aber nicht immer den richtigen. Das föderale System ist hierbei entgegen aller Verlautbarungen dann doch eher hinderlich als sinnhaft.

Ansonsten wurden nahezu alle laufenden Projekte auf Eis gelegt. So auch die eigentlich nötigen Maßnahmen zur Anbindung der Krankenhäuser an die Telematikinfrastruktur. Hatte die jemand in den Corona-Hochzeiten vermißt?

Was bleibt nach der Corona-Zeit übrig? Welche Erkenntnisse sollten zu innovativen und nachhaltigen Verbesserungen führen?

Die Politik hat in der Pandemie-Prävention versagt. Erkenntnisse aus der 2012 erfolgten Analyse von Katastrophenszenarien wurden nicht in Handlungen und Maßnahmen umgesetzt. Lediglich dem Umstand, daß Nachbarländer und Italien die ersten stark betroffenen Regionen mit den schwerwiegenden Folgen in der Gesundheitsversorgung und die Bundesrepublik grundlegende Erfahrungen von dort kurzfristig umgesetzt hat, ist es zu verdanken, daß wir vor der eigenen Haustür keine Kolonnen von Leichenwagen und überlastetes Klinikpersonal gesehen haben. Es war reines Glück. Es bleibt zu hoffen, daß die prognostizierte zweite Welle ebenso glücklich überstanden wird. Allerdings sollte dann auch noch rasch und ohne unnötige Diskussion die Anerkennung und Wertschät-

zung insbesondere der Pflege erfolgen, damit sie auch weiterhin hochmotiviert arbeiten.

Gezeigt hat sich, daß Digitalisierung zum abstrakten Buzzword geworden ist, inflationär genutzt, ohne vorstellbare Inhalte. Den Fachleuten in den IT-Abteilungen war schon immer bewußt, daß hier nur von einem Mittel zum Zweck gesprochen wurde. Aber die Frage nach dem Sinn und dem Ziel kaum diskutiert, geschweige denn mit Inhalten beantwortet wurde.

Deutlich wurde, die vorhandenen IT-Lösungen sind ausreichend das Mindestmaß an Prozeßunterstützung zu gewährleisten. Die KIS-Lösungen sind in der Lage relevante Daten zu liefern.

Die Corona-Zeit sollte anregen, inne zu halten. Was braucht es sinnvoll an digitalen Prozessen. Wem soll damit geholfen werden? Wem soll es nützen?

Die Telematikinfrastruktur ist in ihrer zugrunde liegenden Idee einer Vernetzung des Gesundheitsbereichs über die leider bestehenden Sektorengrenzen hinaus eine gute und sinnvolle Idee. Das Bild der Datenautobahn paßt hierbei durchaus.

Zu hinterfragen ist, welche Fahrzeuge diese Autobahn nun zuerst und dann zunehmend nutzen sollen.

Der Abgleich und die Aktualisierung versicherungstechnischer Daten mit den Kassen ist aus administrativer Sicht ein richtiger Schritt, auch weil er die TI-Basis geschaffen und relativ einfach umzusetzen war.

Mit den Pandemie-Erfahrungen sollten Dienste in den Fokus gerückt werden, die derzeit nur rudimentär in der Umsetzung stehen. Dazu zählen u.a. das eRezept, der elektronische Medikationsplan, die elektronische AU – in den Lockdown-Wochen ein wirksames Mittel durch telefonische AU den Ansturm auf die Hausärzte zu minimieren – und der elektronische Arztbriefversand zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten.

In der Folge der eRezept- und Medikationsplanbereitstellung könnte auch die für den Patienten am besten nachvollziehbare und sinnhafte Prüfung von verordneten und genommenen Medikamenten erfolgen und er sowie sein Hausarzt auf Wechselwirkungen und Nachteile der Medikation hingewiesen werden. Die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) wäre nicht nur Hülle, sondern im Sinne einer besseren Gesundheitsversorgung Wirklichkeit.

Ob der elektronischen Patientenakte in dem Zusammenhang die große Bedeutung zukommt, darf bezweifelt werden. Vor allem aufgrund der noch fehlenden Strukturen, definierten Inhalte und Berechtigungs- und Rechtevergabekonzepten würde die Akte im ersten Schritt mit den heute verfügbaren Möglichkeiten eher der weniger sinnvollen PDF-isierung folgen und keinen Mehrwert bieten.

Schließlich bleibt bei allem die Frage ungeklärt, wer soll das bezahlen? Die Länder und die Kassen kommen seit Jahren nicht ihren finanziellen Verpflichtungen nach, gemäß ihren Rollen die Krankenhäuser mit den nötigen Mitteln auszustat-

ten. Spannend zu sehen wird sein, ob und wie die kurz vor der Corona-Zeit wie in der Bertelsmannstiftung empfohlenen Klinikschließungen weiter diskutiert werden oder ob sich die Politik traut, vom kommerziell aufgestellten Gesundheitsunternehmen hin zu einem der Allgemeinheit geschuldeten Gesundheitswesen umzusteuern. Dabei müssen auch andere Vergütungs- und Abrechnungslösungen gefunden werden. Der Schweregrad eines Falls oder die Liegedauer eines Patienten sind hierfür sicherlich nicht das Maß der Dinge.

Auch müssen die zunehmenden neuen Kostenbereiche wie die IT angemessen in die Kalkulationen und bereitgestellten Budgets der Länder und Kassen einbezogen werden. Es sind nicht nur Investitionen, um die es geht. Der Großteil der Gelder wird für den Betrieb und hier auch für die Erfüllung von Sicherheit und Datenschutz ausgegeben. Interessant wäre in dem Zusammenhang die Frage, wieviel Euros in dem Zusammenhang aufgewendet werden müssen, um einen Euro unmittelbar in einen digitalisierten Prozeß auszugeben.

Nicht unberücksichtigt bleiben darf auch die Industrie, die letztlich mit ihren Software- und Hardwarelösungen erst die elektronischen Verfahren ermöglicht. Hier sollte es aber nicht, wie der Eindruck in der TI-Umsetzung entsteht, darum gehen, Konjunkturprogramme für die Unternehmen aufzulegen und Profitoptimierungen zu ermöglichen.

Fazit

Die Corona-Pandemie sollte als Zäsur verstanden werden, bisher als selbstverständlich vorangetriebene Digitalisierung von Prozessen in den Krankenhäusern auf ihren Sinn und Zweck zu hinterfragen. Es ist der Mut aufzubringen, Vorhaben zu priorisieren, die nachweislich und unmittelbar für die eigentliche Zielgruppe von allem – den Patienten – Nutzen generiert.

Die Finanzierung aller damit verbundenen Kosten darf nicht in zäher und basartypischer Weise verhandelt werden, die Gelder sind bereitzustellen oder die Ziele sind zu streichen.

Und es bleibt zu hoffen, daß die Politik die Angst nicht verißt, als Corona plötzlich vor der Tür stand, und im Sinne einer bestmöglichen Pandemievorbereitung das Gesundheitswesens mutig umbaut. Die Frage ist nicht, ob sondern wann das nächste Virus auftritt, für das es noch keine Medikamente gibt.



■ Autor: Reimar Engelhardt, Vorstand KH-IT e.V.

Digitalisierung im Krankenhaus: Ist das digitale Krankenhaus wirklich die sinnvolle Vision für die Zukunft ? Oder ist das nur wieder eine Marketingfahne der IT-Firmen ?

Die Corona-Pandemie hat es gezeigt: wenn es sein muss, geht Digitalisierung extrem schnell. Plötzlich können viele Arbeitnehmer aus dem Homeoffice arbeiten. Plötzlich gibt es die AU per Telefon oder die Sprechstunde beim Arzt per Video und Internet.

Mehr als eine Fachzeitschrift spekulierte schon, dass das Corona-Virus den größten Digitalisierungsschub ausgelöst hätte.

Welche Veränderungen brachte Corona für die Krankenhäuser ?

Zunächst einmal wurden die Krankenhäuser dazu verpflichtet, ihre Betten von allen nicht dringenden Fällen frei zu räumen, um Platz für Corona-Patienten zu schaffen. Ein elektronisches Meldeverfahren für freie Intensivbetten wurde eingeführt – Teilnahme am elektronischen Verfahren nicht verpflichtend. Ärztliches und pflegerisches Personal wurde zum Präsenzdienst verdonnert, die Reinigungskräfte ebenso. Alle anderen Berufsgruppen wurden nach den jeweiligen Funktionen und Bedarfen nach Hause geschickt oder arbeiteten nach wie vor im Krankenhaus.

Bei welchen Prozessen ist die fehlende Digitalisierung im Krankenhaus aufgefallen ?

Eigentlich ist die fehlende Digitalisierung im Krankenhaus in der Corona-Pandemie kaum aufgefallen. Die Ursache dafür liegt – positiv formuliert – in der Resilienz der Krankenhaus-Prozesse gegen technische Störungen. Patientendaten liegen nicht elektronisch vor ? Kein Problem, ein Zettel ist schnell gefunden und die Daten noch schneller notiert.

Natürlich gibt es wichtige Kernprozesse, wie die verschiedenen diagnostischen Verfahren (u.a. Labor, Radiologie, Pathologie...), bei denen es ohne Computer nicht geht. Auch dafür werden hoch resiliente Systeme genutzt, auch dort gibt es bewährte und geübte Ersatzverfahren, wenn die Technik streikt.

Wozu dann eigentlich weitere Digitalisierung im Krankenhaus?

Das ärztliche und pflegerische Personal setzt IT nur im unbedingt notwendigen Umfang ein, außer es gibt IT-Systeme die Abläufe unterstützen, die dem jeweiligen Protagonisten gerade besonders wichtig sind. Da dies aber schon in einem Haus sehr viele unterschiedliche Anwendungsfälle sind, kann keine kritische Masse der Anforderungen entstehen.

Die Klinikleitung betrachte die IT oft noch als „kosten-trächtige EDV“, die immer nur Geld will und keines bringt. Den strategischen Nutzen, die Effizienz- und Qualitätspotentiale die ein sinnvoller IT-Einsatz bringen kann, wurden bis

heute nicht verstanden. Ergänzungen oder Veränderungen des Leistungsspektrums werden daher ohne jede Berücksichtigung der IT geplant, die dann natürlich als gefühltes ko-Argument mit Kosten für Schnittstellen und Systeme und Wartung und Personal... um die Ecke kommt.

Gemeinsam mit Prozess-Managern, die keine Ahnung von IT aber viel Ahnung von (uralten, aber funktionierenden) Abläufen haben, wird eifrig weiter an einem antiken Krankenhaus gebastelt, das bereits heute zum Tode verurteilt ist. Sie haben es nur noch nicht gemerkt.

Aber auch auf Seiten der zentralen Organisationen, wie Kostenträger, Gesundheitsministerien, Krankenhausverbände, Trägerorganisationen, hängt man der Vision des Krankenhaus 4.0 nach. Die Marketingfanfaren der verschiedenen Anbieter feiern mit schmissiger Musik Visionen, deren Umsetzung kostengünstig zu haben sein soll und deren Betrieb fast schon kostenlos ist.

Spätestens hier krachen Welten aufeinander; merkwürdigerweise ohne, dass die Akteure das merken. Wie soll Digitalisierung, die immer etwas mit der Umsetzung manueller Prozesse auf IT-Systeme zu tun hat – und damit ganz stark von Standardisierung lebt, in einer Umgebung funktionieren in der schon der simple Prozess der administrativen Aufnahme von Patienten in jedem Haus anders gehandhabt wird ? In dem das Leben der Patienten davon abhängt, dass der Anamnesebogen des Chefarztes genau so aufgebaut ist, wie sein seit Jahrzehnten liebevoll gepflegter Freßzettel – nur jetzt eben als elektronischer Freßzettel ?

Ein unsinniger manueller Prozess ist digitalisiert immer noch ein unsinniger Prozess – wenn er bei dieser Verwandlung nicht auch grundsätzlich an die Möglichkeiten der Technik angepasst und überarbeitet wird. Genau das passiert aber höchst selten. Die Veränderungsbereitschaft und der Willen zur Veränderung sind leider sehr unterschiedlich in der Gesundheitsbranche verteilt.

Weiteres Effizienzpotential wird verschwendet, da die Möglichkeiten der IT meist nicht in Betracht gezogen wurden. Überspitzt formuliert: die Patientendaten werden auch bei einem vernetzten Ultraschallgerät noch von Hand am Gerät eingegeben, weil der Prozess der elektronischen Leistungsanforderung mit Übermittlung der Patientendaten ans Medi-

zingerät bei den anfordernden Menschen keine ausreichend Akzeptanz gefunden hat.

Historisch gewachsene und von persönlichen Erfahrungen geprägte Abläufe, gepaart mit der Ignoranz der Entscheidungsträger und der technischen Inkompetenz der Funktionsträger führen zu einer zementierten und höchst ineffizienten IT-Landschaft im Krankenhaus.

Im Ergebnis darf die IT dann die aufgrund guten Marketings verkauften IT-Neuheiten in Empfang nehmen und gefälligst sofort einbauen. Störungsfreier Betrieb, auch einer uralten Infrastruktur wird selbstverständlich erwartet. Datenschutz und IT-Sicherheit werden als Ausreden der IT wahrgenommen, die „intelligenten“ und „technisch eleganten“ Lösungen der Fachseite nicht umsetzen zu müssen. Was natürlich aus Sicht der IT Unsinn ist...

Was wäre der bessere Ansatz ?

IT im Krankenhaus ist genauso wenig wie die Digitalisierung Selbstzweck. Der Einsatz von IT sollte immer dazu dienen Prozesse im Hinblick auf Effizienz, Effektivität und Qualität zu verbessern. Wo die Technik es erlaubt, ist dazu die Digitalisierung von Prozess-Schritten sinnvoll.

Das bedeutet, bestehende Prozesse daraufhin zu prüfen, ob und wie sie durch Einsatz von IT verbessert werden können. Die Menschen, die entlang dieser Prozesse arbeiten, müssen sich auf die Technik einlassen, versuchen sie zu verstehen. Umgekehrt muss die IT versuchen, die Abläufe zu verstehen, um sinnvolle Vorschläge für die Prozessoptimierung machen zu können. Das Ergebnis sollte dann ein guter (effektiver) Prozess sein, der durch den Einsatz der IT effizienter ist als der bisherige manuelle Prozess. Die Vermeidung von Systembrüchen sichert dann die Datenqualität.

Der springende Punkt ist die nächste Abstraktionsebene: solchermaßen optimierte Prozesse und die darunter liegen-

den Systeme können vernetzt werden und damit plötzlich noch deutlich mehr Nutzen stiften. Im Kern: wo immer möglich sollte Automatisierung dem Menschen unnütze Arbeit abnehmen und so Freiraum schaffen, sich mehr mit den Patienten zu befassen.

Das ist Digitalisierung im Krankenhaus. Die meisten bisherigen Ansätze sind nur alter Wein in neuen Schläuchen.



Autor: Jürgen Flemming, Pressereferent, Mitglied im Vorstand des KH-IT e.V.

Herbsttagung als Präsenzveranstaltung geplant

Im Rahmen einer "Blitzumfrage" zur Durchführung der Herbsttagung als Präsenzveranstaltung, hat sich mit knapp 69% eine deutliche Mehrheit der 190 Umfrageteilnehmer für eine Präsenzveranstaltung ausgesprochen. Der Vorstand hat in seiner Webkonferenz am 08.06. die Ergebnisse erfreut zur Kenntnis genommen und als Stärkung des Auftrags für die Organisation der Herbsttagung angenommen. Dass eventuelle Einschränkungen zum Infektionsschutz auch im September noch gelten, wird von der Mehrheit der Umfrageteilnehmer (73%) akzeptiert. Über 50% der Umfrageteilnehmer sind auch bereit, virtuelle Vorträge zu akzeptieren, allerdings votierten immerhin 35% stark für den Live Vortrag.

Nachruf Hartmuth Wehrs

In der Börsenwelt hätte man ihn als Blue Chip für das Marketing der Krankenhaus-IT beschrieben. - Hartmuth Wehrs, geboren am 11. März 1948, trat in mein persönliches, wie unser Verbandsleben, am 25. April 2002. Der Bundesverband der Krankenhaus-IT-Leiter war noch nicht gegründet, aber die Vorbereitungen liefen auf Hochtouren. Hartmuth Wehrs kam nach Konstanz zur Tagung und interviewte mich zu den Zielen der Arbeitsgemeinschaft der Krankenhaus-IT-Leiter. Ich würde es heute als eine Art Symbiose bezeichnen. Denn wir alle haben davon profitiert und uns erfolgreich weiterentwickeln können. Als Herausgeber der Fachzeitschrift „Das Krankenhaus-IT-Journal“ begleitete Hartmuth Wehrs den KH-IT von Beginn an. Seit 2016 ist das Krankenhaus-IT Journal das offizielle Verbandsorgan des Bundesverbandes der Krankenhaus IT Leiterinnen und Leiter e.V. (KH-IT), quasi der Ritterschlag für seine Herausgeber Tätigkeit. Wir haben gemeinsam die Gelegenheiten zum gegenseitigen Austausch über das Gesundheitswesen und insbesondere die Krankenhaus IT bei Tagungen und Messen gepflegt.

Wir, die Menschen, die ihn kennenlernen durften, werden ihn im Herzen behalten und sein Andenken ehren. Sein Lebenswerk, unser Verbandsorgan, wird uns weiter auf dem Weg begleiten.

*Dankbar nehmen wir Abschied von Hartmuth Wehrs.
15. Mai 2020*

Heiko Ries

Ehrevorsitzender des KH-IT, im Namen des Vorstandes und des gesamten Verbandes der Krankenhaus-IT-Leiter, KH-IT

Verbandstermine 2020

16.09.2020–17.09.2020 Herbsttagung im Universitätsklinikum in Münster: Anwenderperspektiven & Neuentwicklungen

Health-IT-Talk in Berlin-Brandenburg

13.07.2020 Webinar: Terminologien in der Routine – Beispiele und Anwendungen

10.08.2020 Medizininformatik-Initiative Deutschland des BMBF - Update

Health-IT in Baden-Württemberg (nach Ankündigung Region Stuttgart)

Regionalveranstaltungen in Bayern (nach Ankündigung, München)

Regionalveranstaltungen in Sachsen/Sachsen-Anhalt (in Planung)

Weitere Regionalveranstaltungen in Vorbereitung

Alle bekannten Termine und Inhalte auf der Website des KH-IT (www.kh-it.de), des Health-IT-Talk Berlin-Brandenburg (www.health-it-talk.de) und in der XING-Gruppe. Einladungen zu den Regionalveranstaltungen erfolgen über die teilnehmenden Verbände und Mailinglisten. Die Kooperationen sind regional unterschiedlich ausgeprägt.

Bundesverband der Krankenhaus-IT-Leiterinnen/Leiter e.V.

Jürgen Flemming

Vorstandsmitglied/Pressereferent

www.kh-it.de – flemming@kh-it.de

Die Inhalte der Verbandsseiten werden redaktionell erstellt und betreut vom BV KH-IT. Der Bundesverband der Krankenhaus-IT-Leiterinnen/Leiter e.V. kurz KH-IT ist der führende Berufsverband der Krankenhaus-IT-Führungskräfte. Der KH-IT steht allen leitenden und/oder verantwortlichen Mitarbeitern der Krankenhaus-IT offen.