DIREKT

Dedalus

Das Kundenmagazin für Deutschland, Österreich, Schweiz und Luxemburg | Ausgabe April 2023

26 | Titelthema

Miss Standard

Interview mit Prof. Dr. Sylvia Thun, Charité – Universitätsmedizin Berlin und Berlin Institute of Health (BIH)

32 | Ein starkes Doppel
UKSH und Dialog Diagnostiklabor digitalisieren Prozesse für komplexe Laborstrukturen

40 | Patientendaten im nahtlosen Fluss
Johanniter haben Systemlandschaft vereinheitlicht und schreiben Digitalisierung fort

44 | Medikation topmodern
Bethanien Krankenhaus Moers optimiert Medikationsprozess

dedalusgroup.de

Dedalus

Von uns – für Sie. Mit Passion.

Editorial | von Martina Götz

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

wir freuen uns, Ihnen die neueste Ausgabe unseres Kundenmagazins DIREKT vorzustellen. Bei allen Veränderungen in der Welt ist eines unserer Anliegen, Ihnen eine verlässliche Konstante zu sein und so erscheint das Heft wieder pünktlich zur DMEA.

Frau Prof. Sylvia Thun hat uns zum Titelinterview in ihrem – inmitten der schönsten Sehenswürdigkeiten der Hauptstadt gelegenen – Institut empfangen. Ihre Passion ist die Interoperabilität. Ein Plädoyer für das Empowering von Patienten und für die IT-Standardisierung im Gesundheitswesen.

Unser General Manager Winfried Post nennt die Dinge gern beim Namen, das tut er auch in seiner Kolumne, die von der (Welt-)politik über konkrete Marktveränderungen und Neuerungen aus unserem Haus, nichts auslässt.

Auch wenn die frühlingshaften Temperaturen noch etwas auf sich warten lassen, sind wir schon emsig beschäftigt bei Dedalus HealthCare. Denn es gilt, unsere Hauptmessen zu organisieren und damit die Weichen für das Jahr zu stellen und Ihnen alles Neue zu präsentieren.

Auch davon werden Sie in dieser neuen Ausgabe der Dedalus DIREKT lesen. Vielleicht besuchen Sie uns auf der DMEA in Berlin? Wir würden uns freuen, Sie begrüßen zu können. Und wir haben viel für Sie vorbereitet.

Im mittleren Teil unseres Heftes, ab Seite 10, finden Sie viele Interviews und Artikel zu neuen Lösungen, Zusammenführungen und Entwicklungen, die wir für Sie in die Wege geleitet haben. Auch hier ist viel Interessantes zu finden.

Auf unsere Anwender und ihre Geschichten bin ich besonders stolz – hier halten wir die gesamte Bandbreite unserer Lösungen in der Praxis für Sie bereit. Von der Medikation im Krankenhaus Bethanien in Moers über die Laborlösung im UKSH bis hin zum Digitalisierungsprojekt bei den Johannitern und der Geburtshilfe in den Städtischen Kliniken Mönchengladbach. Unsere Kunden sprechen und zeigen ihre Lösungen in der Praxis. Verfolgen Sie die interessanten Geschichten ab Seite 32.

Sie sehen – ein volles Programm für Sie.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß beim Lesen und freue mich auf Ihr Feedback.

Ihre

Martina Götz
Director Marketing Communications
Dedalus HealthCare DACH

Inhaltsverzeichnis

Dedalus DIREKT | Ausgabe April 2023

Seite 03 | Von uns – für Sie. Mit Passion.
Editorial | von Martina Götz

Seite 06 | Die Welt in Veränderung – aber die Wacht am Rhein steht!
Kolumne | von Winfried Post

Seite 08 | Entlass- und Überleitungsmanagement aus einem Guss
Einrichtungen profitieren von Integration von Care-Bridge in Patientenportal und KIS

Seite 10 | Cloud – aber wie?
Interview mit Boris Leitenberger und Christoph Streit, Dedalus HealthCare

Seite 12 | Abrechnungen mit RICO PEPP
Erste Lösung zur Kodierunterstützung in der Psychiatrie

Seite 14 | Herbststurm im Klinikmarkt
Dr. Michael Dahlweid über die IS-H Abkündigung und die Antwort von Dedalus

Seite 16 | Bereit für die Zeitenwende
KI-basierte klinische Entscheidungsunterstützung mit clinalytix

Seite 18 | KHZG-Projekte in der Spur
Interview mit Katja Schäfer, externe Projektmanagerin

Seite 20 | Über den Tellerrand hinaus
Service und Support zusammengeführt, Kundenzufriedenheit gesteigert

Seite 22 | Das Patientenportal hat abgehoben
Interview mit Dr. Frank Unglauben, Dedalus HealthCare

Seite 24 | Best of Digital Health
Dedalus auf der DMEA 2023 – Topthemen

Seite 26 | Miss Standard
Interview mit Prof. Dr. Sylvia Thun, Charité – Universitätsmedizin Berlin und Berlin Institute of Health (BIH)

Seite 32 | Ein starkes Doppel
UKSH und Dialog Diagnostiklabor digitalisieren Prozesse für komplexe Laborstrukturen

Seite 36 | Digital durch die Geburt begleitet
Städtische Kliniken Mönchengladbach führen Digitalisierung mit ORBIS AddOn STORCH fort

Seite 40 | Patientendaten im nahtlosen Fluss
Johanniter haben Systemlandschaft vereinheitlicht und schreiben Digitalisierung fort

Seite 44 | Medikation topmodern
Bethanien Krankenhaus Moers optimiert Medikationsprozess

Seite 48 | Das erste Gesicht von Dedalus
Interview mit Sandra Scholl, Mitarbeiterin Onboarding

Seite 51 | Veranstaltungen
Für Sie – vor Ort

Seite 51 | Impressum

Die Welt in Veränderung – aber die Wacht am Rhein steht!

Kolumne | von Winfried Post

Sehr verehrte Kundinnen und Kunden,

wieder einmal liegt der Winter hinter uns und der Frühling ist eingekehrt. Wer gedacht hat, dass sich die Turbulenzen der vergangenen drei Jahre relativieren und wir wieder in ruhigeres Fahrwasser gelangen, hat sich leider vollumfänglich getäuscht. Nach der Corona-Pandemie, die ja keinesfalls überwunden ist, und dem Ukraine-Krieg, der leider noch heftigst und entsetzlich andauert, haben sich weitere sehr große Herausforderungen dazugesellt. Wir erleben hautnah einen substantiellen Veränderungsprozess mit, einen **Paradigmenwechsel**, wie es seit dem Ende des Kalten Krieges im Jahre 1989 keinen mehr gegeben hat. Er wird zu massiven Auswirkungen in nahezu allen Bereichen des wirtschaftlichen, politischen und gesellschaftlichen Lebens führen. Folgende Mega-Trends möchte ich beispielhaft aufführen:

- **Deglobalisierung** und Fragmentierung der Weltwirtschaft, Sicherheit und ideologische Kompatibilität stehen im Mittelpunkt,
- Konfrontation zwischen den Supermächten USA und China, ein **neuer Kalter Krieg**, die Sicherheitspolitik ist wieder im Fokus,
- **Bekämpfung des Klimawandels** durch Dekarbonisierung, Elektrifizierung und Ausbau der erneuerbaren Energiequellen,
- **demografische Wende**, die zu chronischem Arbeitskräftemangel führt.

Dieser Paradigmenwechsel hat schon vor Corona und dem Ukraine-Krieg begonnen – ist aber durch beide Ereignisse noch einmal beschleunigt worden. Im Endeffekt führt dieser Veränderungsprozess zu Wohlfahrtsverlusten – das heißt, wir alle müssen den Gürtel enger schnallen – und einer weitreichenden Neuausrichtung von Wirtschaft und Politik. Die Konsequenzen dieser Entwicklung sind bereits jeden Tag für jeden von uns sichtbar: steigende Preise und Zinsen, Inflation, Realwertverluste, Arbeitskräftemangel, nahezu tägliche Meldungen zu Energiethemen etc.

So sind Sie in den Kliniken und Gesundheitseinrichtungen natürlich ebenfalls diesen vielen Veränderungen ausgesetzt. Glücklicherweise ist von der Politik und sonstigen Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen erkannt worden, dass die Digitalisierung inklusive Prozessoptimierungen ein sehr effizientes Mittel zur Verbesserung und Effizienzsteigerung in der Patientenversorgung darstellt.

Wir als Dedalus HealthCare haben selbstverständlich ebenso mit den Folgen des Paradigmenwechsels zu tun. Das ist auch bei uns nicht gerade trivial. Andererseits erleben wir nach wie vor einen surrealen wirtschaftlichen Aufschwung in der DACH-Region. Natürlich befeuert das KHZG unseren Auftragseingang primär bei ORBIS KIS in außerordentlicher Weise. Jedoch wachsen wir auch in allen anderen Segmenten exzellent. Im Jahr 2022 haben wir in der DACH-Region erneut ein zweistelliges (organisches) Umsatzwachstum realisiert – und das in Deutschland, aber auch in Österreich, in der Schweiz und in Luxemburg.

Winfried Post
Dedalus HealthCare

Dieses **Wachstum** kann nur dann umgesetzt werden, wenn wir uns personell entsprechend verstärken. Das haben wir getan und tun es jede Woche: In den vergangenen drei Jahren haben wir die Belegschaft in der DACH-Region von 1.050 auf 2.100 Kolleginnen und Kollegen verdoppelt! Durch die Akquisitionen von fünf Firmen sind 250 neue Mitarbeiter/--innen zu uns gekommen, d.h. „organisch" haben wir 750 neue Stellen geschaffen – und zwar in erster Linie im Service/Support/Projektmanagement und in der Entwicklung. Das ist schon sehr außergewöhnlich! Wir haben also dank Ihrer Nachfrage 750 neue hochqualifizierte Arbeitsstellen in Zentraleuropa geschaffen.

Umso befremdlicher ist es, wenn der **deutsche Gesundheitsminister** der Ansicht ist, es gäbe in Deutschland keine passenden und leistungsfähigen KIS-Systeme, sondern das KIS eines amerikanischen Unternehmens sei das Nonplusultra. Leider scheint der Minister nicht gerade detailliert darüber informiert zu sein, wie umfangreich, leistungsstark und zukunftsgerichtet ORBIS ist. Denn wie kommt es denn, dass Sie sich für ORBIS entschieden haben und alleine in Deutschland über 40 % aller stationären Fälle durch ORBIS prozessiert werden? Und dass sich in Österreich und der Schweiz immer mehr Spitäler für ORBIS entscheiden?

Zudem lässt der Bundesgesundheitsminister völlig außer Acht, dass der amerikanische Wettbewerber fünf- bis zehnmal so teuer ist, keinerlei Erfahrung auf den deutschen, österreichischen und Luxemburger Märkten besitzt und obendrein nicht über lokale Serviceeinheiten verfügt. Wir bieten über ORBIS KIS hinaus ein viel breiteres und leistungsstärkeres Produktportfolio an. Immerhin ist es dem Minister am Vorabend von HIMSS und DMEA gelungen, die Diskussion über KIS-Systeme, notwendige Investitionen in die Klinik-IT und Investitionssicherheit anzuheizen – und das ist dann doch etwas Positives.

Natürlich stellt die Umsetzung der zahlreichen **KHZG-Projekte** sowohl Sie als auch uns vor allergrößte Herausforderungen: Der Zeitplan ist eng, die Personalressourcen sind begrenzt, der Druck ist sehr hoch. Ich bin aber sehr zuversichtlich, dass wir gemeinsam mit Ihnen erfolgreich sein werden.

Neben dem KHZG gibt es natürlich noch weitere Ereignisse und Entwicklungen, die wir ganz aktuell in unsere Überlegungen einbeziehen müssen. Es gibt zahlreiche Gesundheits-IT-Ausschreibungen und -Entscheidungen in allen vier DACH-Ländern. Sehr einschneidend sind allerdings die durch SAP erfolgte **Abkündigung von IS-H** sowie die daraus resultierenden maßgeblichen Konsequenzen für die 250 i.s.h. med KIS-Kliniken in DACH. ORBIS beinhaltet eine brandneue, vollständige Abrechnung für Deutschland und bald auch für Österreich und die Schweiz. Wir können somit heute schon jedem wechselwilligen IS-H/i.s.h. med-Kunden unser vollumfängliches ORBIS KIS inklusive der Altdatenintegration anbieten – und das mit vollständiger Investitionssicherheit.

Zur **DMEA** in Berlin (25. – 27.04.2023) lade ich Sie herzlich zu uns ein – es wird großartig! Wir sind mit einer großen Mannschaft an vier Ständen vertreten. Die Schwerpunkte sind:

- ORBIS U: vollständiger Durchlauf,
- ORBIS Medication mit Flycicle Vision® (Dosing),
- Medizincontrolling und RICO,
- Dedalus Labor: OPUS::L, ix.serve/ix.connect, Poctopus (POCT),
- Patient XCare Suite und Care-Bridge,
- ORBIS RIS, DeepUnity PACS, ORBIS Cardiology, PACSonWeb,
- HYDMedia ECM/DMS, eVNA.

Vom 17. – 19.05.2023 freue ich mich, Sie auf dem **Deutschen Röntgenkongress** in Wiesbaden begrüßen zu dürfen. Wir werden Ihnen die Innovationen unseres phantastischen Radiologie-IT-Portfolios vorstellen.

Auch wenn die Welt überall etwas aus den Fugen geraten ist, eines kann ich Ihnen versichern: Wir werden stets für Sie da sein und Sie bei Ihrer täglichen Arbeit sowie in Ihren IT-Veränderungsprozessen partnerschaftlich und mit Hingabe unterstützen. Das erfolgt von allen unseren Dedalus-Standorten, nicht zuletzt auch von unserer DACH-Zentrale in Bonn – der Wacht am Rhein.

Ich bedanke mich sehr bei Ihnen für Ihr großes Vertrauen und Ihre Loyalität! Bleiben Sie uns weiterhin gewogen!

Herzliche Grüße

Ihr

Winfried Post
General Manager und
Vorsitzender der Geschäftsführung
Dedalus HealthCare DACH

Entlass- und Überleitungsmanagement aus einem Guss

Einrichtungen profitieren von Integration von Care-Bridge in Patientenportal und KIS

Das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) zeigt Wirkung: Fördertatbestand 2 ist der am zweithäufigsten nachgefragte. „Förderfähig im Sinne des § 19 KHSFV sind Patientenportale, die ein digitales Aufnahme-, Behandlungs-, Entlass- und Überleitungsmanagement von Patientinnen und Patienten zu nachgelagerten Leistungserbringern ermöglichen." So heißt es in der Richtlinie des Bundesamtes für Soziale Sicherung. „An dieser Stelle können wir unser großes Plus ausspielen: Wir sind der einzige Anbieter, der ein Patientenportal und Entlass- und Überleitungsportal aus einer Hand anbietet", sagt Lars Fehmer, Geschäftsführer der Care-Bridge GmbH und Manager Integration und Business Development bei Dedalus HealthCare. „Wir sind zwar ein Newcomer auf dem Markt, bedienen aber nicht zuletzt bedingt durch die Gesellschafterstruktur bereits mehr als 50 Krankenhäuser in Deutschland, die unsere Lösung täglich im Entlassmanagement-Prozess nutzen." Die Basis für eine hohe Nachfrage nach der integrierten Lösung bilden die Häuser, die mit dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) ORBIS arbeiten und es um die geförderten Funktionalitäten ergänzen möchten.

Als wesentliche Vorteile einer Entlassmanagement-Plattform nennt Fehmer eine merkliche Arbeitserleichterung sowie notwendige Transparenz in den Prozessen. Arbeitet der Mitarbeiter im Sozialdienst einer Gesundheitseinrichtung sonst mit Flyern, Telefon- und Faxnummern von Versorgungsanbietern sowie Listen und Notizen auf Papier, kann er seine Abläufe mit Care-Bridge vollständig digitalisieren und automatisieren. „Mit unserer Lösung hat er stets den Überblick über den aktuellen Status seines Versorgungsfalles. Er weiß: Stehen im Care-Bridge-Dashboard alle Ampeln auf grün, kann der Patient entlassen werden", so der Geschäftsführer. Nicht zuletzt ist durch den gesicherten Versand sensibler Informationen und Patientenunterlagen der Datenschutz gewährleistet.

Tiefe KIS-Integration, Know-how und Wiki

Wo liegen aber die besonderen Merkmale von Care-Bridge? Der wichtigste Vorteil ist die tiefe Integration von Care-Bridge in ORBIS, die einen reibungslosen Daten- und Informationsfluss garantiert. Die Anwender kennen das Look and Feel des ORBIS-Systems und die Workflows, die sich durch die tiefe Integration der Care-Bridge so auch im Entlassmanagement-Prozess wiederfinden. Eine maßgeschneiderte Ergänzung stellt dabei das ebenfalls tief integrierte AddOn Sozialdienstdokumentation dar. „Daraus können die klinischen Anwender im KIS verbleiben oder – je nach Userrolle – direkt aus ORBIS in Care-Bridge abspringen. Dabei werden natürlich alle prozessrelevanten Daten aus dem KIS übernommen. Selbstverständlich gehen diese nach Fallabschluss, also nach der Entlassung des Patienten, wieder zurück in die Krankengeschichte in ORBIS und ins angeschlossene Archiv", erläutert Fehmer den Workflow.

Das Beratungs-Know-how seines Teams ist das zweite große Asset. Alle Care-Bridge-Mitarbeiter waren vorher in irgendeiner Form rund um das Entlassmanagement klinisch tätig und haben die Lösung mitentwickelt. Sie sorgen dafür, dass die Verlässlichkeit in der Vermittlung von Nachsorgern gewährleistet bleibt. Dazu verfolgt das Unternehmen einen projektorientierten Boarding-Prozess, bei dem die jeweils gemeinsam mit dem Kunden ermittelten Leistungserbringer eines Krankenhauses im Rahmen der Projektimplementierung bereits auf der Plattform registriert werden. Diese in den Projektpreis inkludierte Serviceleistung sorgt bei Leistungserbringern durch die zielgerichtete Registrierung und Kostenneutralität bei Vermittlungen sowie Kliniken bei der Leistungserbringerauswahl für große Zufriedenheit. „Tatsächlich kommen wir auf eine nahezu hundertprozentige Boardingquote aus dem Umkreis, den wir genannt bekommen", betont Fehmer. Damit ist dann auch sichergestellt, dass alle wesentlichen Informationen hinterlegt sind. Dazu gehören zuallererst Leistungs- und Vertragsmerkmale der Anbieter, die eine erfolgreiche Vermittlung sehr wahrscheinlich machen. „Damit ist Care-Bridge in ihrem Grundansatz weit mehr als eine reine Vermittlungsplattform á la ‚Booking.com'", ergänzt der Geschäftsführer.

Der dritte große Vorteil ist sicher das Wiki der Plattform, eine umfassende Wissensdatenbank, die dem Mitarbeiter jederzeit zu jeder Verordnung und Maßnahme die passenden Gesetzesvorlagen und -texte sowie weitere Dokumente bereitstellt – und zwar immer in der aktuellen Form. „Dahinter steht eine Expertengruppe, mit der wir zusammenarbeiten und die für Korrektheit und Vollständigkeit steht", führt der Manager aus.

Selbstverständlich kann die Entlassmanagement-Plattform auch an ein anderes KIS und Patientenportal angebunden werden. Dafür steht eine standardisierte Schnittstelle für die Übergabe der Patientendaten, Diagnosen sowie der weiteren relevanten Daten und Dokumente zur Verfügung, die projekt- und prozessorientiert angepasst und eingeführt wird.

CARE BRIDGE
a Dedalus Company

Fokus auf Kooperationen

Strategisch konzentriert sich Care-Bridge gegenwärtig auf Kooperationen mit ausgewählten Nachversorgern aus den Bereichen Hilfsmittel, stationäre und mobile Pflege sowie Rehabilitation, wo eine standardisierte Systemintegration zur Digitalisierung der Prozesskette möglich ist. Das Augenmerk gilt vorrangig großen, möglichst weiträumig agierenden Anbietern, die dann direkt an die Plattform angebunden werden. „Wir haben bereits einige Verträge mit namhaften Anbietern geschlossen, die von der Integration profitieren. Sanitätshaus aktuell, einer der größten Hilfsmittelanbieter in Deutschland, ist ein Beispiel, Korian als einer der größten privaten Pflegeanbieter hierzulande ein anderes. Aktuell verhandeln wir auch mit QRaGo, einer Plattform zur Bestellung und Koordination von Krankentransporten", so Fehmer.

Wie geht es weiter?

Parallel zum Ausbau des Partnernetzwerkes arbeiten die Entwickler am schrittweisen Re-Design von Care-Bridge auf Basis der ORBIS U-Technologie. In absehbarer Zeit wird der Nutzer also gar nicht mehr erkennen, ob er sich in ORBIS U oder in Care-Bridge U befindet. Für diesen Prozess stehen zahlreiche eigene Entwickler zur Verfügung, die sich ausschließlich um die Weiterentwicklung des Entlassmanagements kümmern. Ein wichtiger Punkt dabei ist eine App, mit der Leistungserbringer sehr einfach und schnell eine Anfrage bestätigen oder ablehnen können.

Noch in diesem Jahr wird Care-Bridge offener für andere IT-Anbieter werden und die Entwicklung neuester, KHZG-konformer Schnittstellen abschließen. Darüber hinaus sollen die ISiK-Konformität und die TI-Anbindung hergestellt sein. „Wir sind wie gesagt ein Newcomer am Markt und bieten eine funktionale, integrative und sichere Lösung an. Dennoch haben wir noch einige Hausaufgaben zu machen. Daran arbeiten wir mit Hochdruck. Um den berechtigten Anforderungen unserer Kunden gerecht werden zu können, haben wir uns in allen Bereichen wie Entwicklung, Service und Support bereits personell verstärkt und werden das auf allen Ebenen auch weiterhin tun", beschreibt Lars Fehmer die weitere Roadmap des Unternehmens. ■

Cloud – aber wie?

Interview mit Boris Leitenberger und Christoph Streit, Dedalus HealthCare

Die Cloud bewegt das Gesundheitswesen. Migrieren oder nicht, lautet die Frage. Ein wenig Licht ins Dunkel bringen Boris Leitenberger, Serviceleiter IT & Managed Services DACH, und Christoph Streit, Manager Cloud Technologies, im Interview.

Welche Bedeutung hat die Cloud heute für deutsche Krankenhäuser?

Christoph Streit: Das ist durchaus gespalten. Ein Teil sieht darin die Zukunft und beschäftigt sich intensiv mit dem Thema, der andere Teil bleibt verhalten und steht der Sache eher skeptisch gegenüber.

Woher rührt diese Skepsis?

C. Streit: Das hat in der Regel einen Grund: den Datenschutz. Gerade im Klinikumfeld setzen die Anforderungen und Regulatorien zu Recht hohe Hürden. Die Einrichtungen schrecken davor zurück, ihre Daten amerikanischen Unternehmen anzuvertrauen. Die Public Cloud ist ein Thema, das oft noch kritisch betrachtet wird.

Wie sehen Sie die Themen Datenschutz und Datensicherheit bei der Nutzung von Public Cloud-Anbietern?

Boris Leitenberger: Fakt ist: Bei allen großen Public Cloud-Anbietern handelt es sich um US-amerikanische Unternehmen, die den dortigen Gesetzen unterliegen. Allerdings erfüllen sowohl Amazon Web Services als auch Microsoft Azure alle Anforderung der DSGVO. Zudem kann bei der Einrichtung festgelegt werden, dass die Daten innerhalb der Europäischen Union oder direkt in Deutschland gehostet werden. Außerdem gibt es verschiedene Optionen der Verschlüsselung samt der Option, eigene Schlüssel einzubringen und diese in einem selbstverwalteten CloudHSM, vergleichbar mit einem Tresor, zu speichern. Damit kann ein Zugriff auf die Daten durch Dritte faktisch ausgeschlossen werden.

Wie sieht die Cloud-Strategie von Dedalus HealthCare aus?

B. Leitenberger: Auch wir sehen die Public Cloud als wichtige Lösung der Zukunft an – allerdings nur als weitere Art der Bereitstellung unserer Software. Wir wollen unsere Kunden bei der Transformation in Richtung Public Cloud unterstützen und dadurch, neben den bereits bekannten, eine weitere Hosting-Option in unser Portfolio aufnehmen.

Plant Dedalus auch eine eigene Cloud?

C. Streit: Ja, auch das ist eine Option, die wir in Erwägung ziehen. Über unsere bestehenden Rechenzentren, die redundant aufgebaut sind, haben wir die Möglichkeit, innerhalb Europas eine eigene private Cloud anzubieten.

Gibt es bei Dedalus ein eigenes Cloud-Team?

C. Streit: Cloud ist für uns ein übergreifendes Thema. Daher haben wir uns auch entschlossen, kein spezifisches „Cloud-Team" aufzubauen, sondern die Experten aus den bestehenden Teams entsprechend auszubilden und zu zertifizieren. Dieses Jahr steht bei uns ganz im Zeichen der Cloud. Unser Ziel ist es, bis Ende des Jahres alle für die Cloud-Migration und den Betrieb von Cloud-Umgebungen erforderlichen Kompetenzen bereitstellen zu können.

Werden dann alle Dedalus-Produkte ausschließlich in einer Cloud bereitstehen?

C. Streit: Nein, für uns ist die Cloud lediglich eine weitere Art der Bereitstellung unserer Software. Wir erkennen den Bedarf an Cloud Computing, sehen aber auch die damit verbundenen Herausforderungen und Bedenken. Für uns ist es wichtig, unseren Kunden die jeweils individuell geeignete Option zu bieten. Dabei ist die Cloud eine weitere Möglichkeit neben den aktuell bekannten Bereitstellungsvarianten.

Welche Vorteile bietet die Cloud den Krankenhäusern?

B. Leitenberger: Der größte Vorteil ist sicherlich die damit verbundene Skalierbarkeit. Gerade die letzten Monate haben uns gezeigt, dass ein schneller Austausch oder eine kurzfristige Erweiterung von IT-Infrastrukturen aufgrund von Lieferschwierigkeiten teilweise nicht möglich ist. Cloud-Anbieter haben die Möglichkeit, die erforderlichen Kapazitäten innerhalb von Sekunden bereitzustellen oder wieder zu entfernen, je nach Bedarf. Das ist insbesondere bei temporär benötigten Systemen hilfreich, wie beispielsweise Schulungsplattformen oder Testumgebungen.

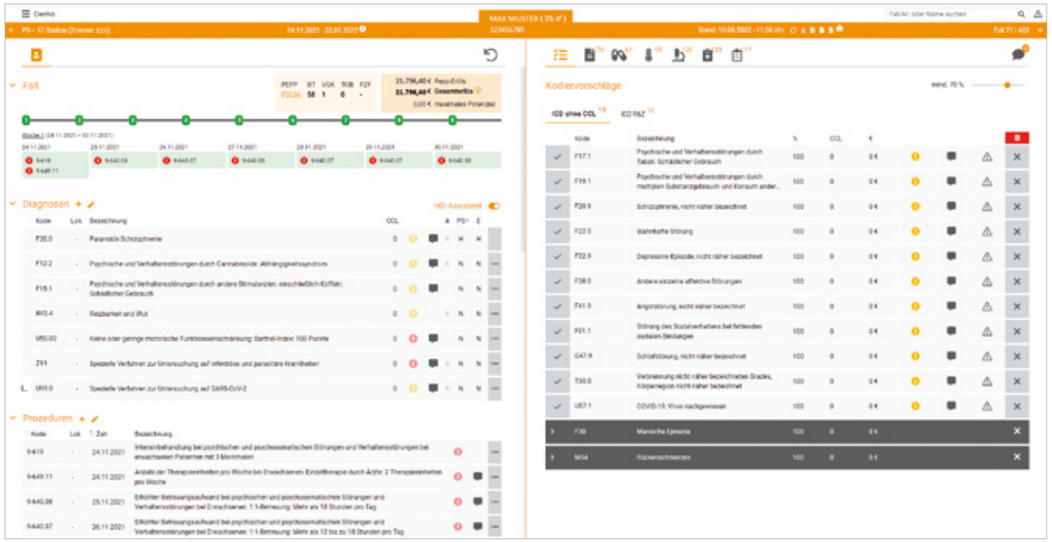
Ist es bereits möglich, eine komplette Dedalus-Umgebung in eine Public Cloud zu migrieren?

B. Leitenberger: Nicht alles, was technisch möglich ist, ist auch sinnvoll. Bei Cloud-Migrationen wird häufig der sogenannte Lift & Shift-Ansatz angewendet, wobei bestehende Systeme 1:1 in eine Cloud-Umgebung übertragen werden. Eine Optimierung findet dann in der Regel erst im zweiten Schritt statt. Wir gehen hier einen anderen Weg. Im ersten Schritt identifizieren wir die Kostentreiber bei einem Lift & Shift und legen im Vorfeld technische oder organisatorische Maßnahmen fest, um diese zu umgehen oder zumindest zu reduzieren. Eine der größten Einschränkungen ist derzeit die erforderliche technische Nähe zwischen den Serversystemen samt Datenbanken und den konsumierenden Clients. In klassischen Umgebungen kommen hier oftmals Produkte wie CITRIX zum Einsatz. Die Cloud-Anbieter stellen Alternativprodukte bereit, die jedoch zum Teil teurer sind und in das Gesamtkonzept des Hauses integriert werden müssen. Weitere

Herausforderungen sind zum Beispiel die technischen Anbindungen lokaler Komponenten wie Kartenleser oder Medizingeräte. Gerade im Bereich von Bilddaten entstehen hier nicht unerhebliche Datenmengen. Wir sind aktuell dabei, Best Practices zu entwickeln, wie unsere Produkte in einer Public Cloud technisch, kommerziell sinnvoll und auch sicher genutzt werden können.

Herr Leitenberger, Herr Streit, vielen Dank für die Ausführungen.

Interview: Ralf Buchholz



Abrechnungen mit RICO PEPP

Erste Lösung zur Kodierunterstützung in der Psychiatrie

Psychiatrien und psychosomatische Einrichtungen sind in punkto Kodierunterstützung bisher stiefmütterlich behandelt worden. Das ändert Dedalus HealthCare nun mit RICO PEPP.

PEPP steht für „Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik". Es ist ein durchgängiges und leistungsorientiertes Vergütungssystem auf der Grundlage tagesbezogener Entgelte. Ärzte und Pflegekräfte sind angesichts der stetig steigenden Arbeitsbelastung sowie der wachsenden Komplexität der Dokumentation zunehmend herausgefordert. „An diesem Punkt setzen wir ein und haben unsere etablierte somatische Kodierunterstützung RICO nun für die speziellen Belange psychiatrischer Einrichtungen angepasst", sagt die verantwortliche Produktmanagerin Julia Lange. Die neue Lösung setzt auf RICO DRG auf, da die Workflows in somatischen und psychiatrischen Häusern vergleichbar sind. In beiden sind eine fallbegleitende oder retrospektive Primärkodierung sowie MDK-Prozesse gefragt, auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind vergleichbar.

Anpassung der KI auf gutem Weg

„Aktuell stecken wir noch in der Entwicklung und werden dabei von den Alexianern und der Psychiatrischen Klinik Uelzen unterstützt", so Lange. Beide Einrichtungen haben bereits eine erste Version von RICO PEPP mit allen neuen Features installiert und testen das System auf Herz und Nieren. In Workshops geben die Anwender dann Feedback und diskutieren Entwicklungspotenziale der Lösung.

„Wir wollen unseren Kunden die neue Kodierunterstützung noch im ersten Halbjahr zur Verfügung stellen", betont die Produktmanagerin. Knackpunkt ist die Künstliche Intelligenz (KI). Sie muss auf die Spezifika der Psychiatrie und Psychosomatik trainiert werden, was alles andere als profan ist. Dazu werden gezielt gut dokumentierte Beispielfälle von Patienten mit Intensivmerkmalen gesucht. Die entsprechenden Dokumente müssen dann mit medizinischem Fachwissen annotiert werden, um die KI auf die Interpretation psychiatrischer Texte zu trainieren. Das ist ein hochaufwendiger und zeitintensiver Prozess. Je besser der jedoch gelingt, desto verlässlicher arbeitet das KI-Modell später bei der medizinisch-kontextuellen Deutung.

„Aufgrund der speziellen Anforderungen der psychiatrischen Einrichtungen können wir nicht die gleichen KI-Modelle wie in der Somatik verwenden. Allerdings arbeiten wir mit denselben Akteuren beim Fraunhofer Institut zusammen und sind gemeinsam mit den Pilotanwendern auf einem guten Weg", gibt Lange einen ersten Einblick in die Ergebnisse. Die besondere Herausforderung liegt in der recht komplexen und impliziten Dokumentation, die den Zustand des Patienten umfangreich beschreibt. Da muss die KI dann sprichwörtlich zwischen den Zeilen lesen. Steht dort beispielsweise „Patient hat die Pflegekraft bespuckt", ist das ein fremdaggressives Verhalten und entsprechend zu kodieren. Das Erfassen solcher Prozeduren setzt jedoch viel Expertise voraus, schließlich kann eine Fremdaggression durch einiges mehr an Verhaltensweisen gekennzeichnet werden. Dies gilt es, innerhalb von RICO PEPP mittels KI und integrierter Rule Engine abzubilden.

Julia Maria Lange
Dedalus HealthCare

Hilfreich ist, dass Dedalus HealthCare über das größte PEPP-Benchmark in Deutschland verfügt. Der Datenpool beinhaltet rund 350.000 Fälle aus mehr als 180 Einrichtungen. „Mit dieser Menge an Datensätzen tun wir uns mit der Analyse von logischen, zusammenhängenden Massendaten definitiv leichter als andere", ist sich Lange sicher. Darüber hinaus bringt GSG, die seit gut einem Jahr zur Dedalus-Familie gehören, eine immense fachliche Expertise aus den Bereichen Psychiatrie, Kodierung und Medizincontrolling ins Projekt ein.

Dass RICO PEPP aber auch ohne die KI bereits einen wesentlichen Mehrwert für die Anwender darstellt, betonen die Entwicklungspartner. Allein die semantische Analyse und fokussierte Darstellung relevanter Informationen in der umfangreichen Dokumentation der in der Regel sehr langen Aufenthalte verschafft den Fachkräften in der Kodierung und im Medizincontrolling der Kliniken Zeit und Kapazitäten, sich auf Spezialfälle zu konzentrieren.

Die komplette Übersicht im Kodierprozess

Wie läuft nun aber der Kodierprozess mit RICO PEPP ab? Zuerst sucht sich die Fachkraft den betreffenden Patienten und öffnet die Kodieransicht, das Herzstück des Systems. Hier sieht sie im Header auf den ersten Blick bereits wesentliche Informationen zum Fall, die sich durch das Öffnen einzelner Fenster detaillieren lassen. Dort finden sich beispielsweise Informationen zum Grouping, also zu den sich ergebenden Erlösen. Auf einem grafischen Zeitstrahl wird die bisherige Verweildauer visualisiert. „Klickt die Kodierfachkraft die erste Woche an, öffnet sich eine Ansicht mit den Therapien und entsprechenden Prozedurenschlüsseln in der gesamten Behandlungswoche. Parallel kann die aktuelle Kodierung des Patienten eingesehen werden, die RICO PEPP direkt aus dem KIS übernimmt", beschreibt Lange die Monitoransicht. Von dort ist ein direkter Absprung in die Textnachweise der entsprechenden Befunde und Dokumentationen möglich, die die Diagnose oder Prozedur stützen. Darüber hinaus ist ersichtlich, ob es sich um eine Haupt- oder Nebendiagnose handelt und in welchem Fachbereich sie erhoben wurde. Zusätzlich kann die Kodierfachkraft auf Hinweise aus den Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik (DKR-Psych) des beratenden Fachausschusses für Psychotherapie (BFA) oder des Fachausschusses für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) zugreifen. „Werden Diagnosen hinzugefügt oder gelöscht, passt der Grouper automatisch die Kodierung an und veranschaulicht die Auswirkungen auf die Erlöse", so die Produktmanagerin.

Auch die Prozeduren werden in der zeitlichen Reihenfolge und aufgeschlüsselt nach Fachabteilung angezeigt. In derselben Ansicht sind die Kodiervorschläge von RICO PEPP samt Link auf den Nachweis in der Dokumentation zu sehen. So kann der Kodierer direkt in das Dokument abspringen und den Vorschlag verifizieren. Die Dokumente sind dabei bereits bereinigt, für die Kodierung nicht relevante Informationen wie die Adresszeilen oder die An- und Abrede in Briefen werden also herausgefiltert. In weiteren Reitern der Ansicht kann die Fachkraft zusätzliche Informationen zu Medikamenten, Laborwerten oder Blutwerte einsehen.

„Mit RICO PEPP ermöglichen wir den Mitarbeitern einen schnellen Überblick über den gesamten Fall. Sie erhalten strukturiert aus der gesamten Dokumentation Nachweise und Informationen zur stationären Behandlung, zu den medizinisch-therapeutischen sowie pflegerischen Leistungen. Und zwar ohne langwieriges Studieren der Patientenakte, weil unsere Lösung den Fokus auf die relevanten Informationen lenkt. Mit der selbstlernenden KI wird sich dann auch die Kodierqualität kontinuierlich verbessern", fasst Julia Lange die Vorteile der neuen Kodierunterstützung für die Psychiatrie und Psychosomatik zusammen. ■

Herbststurm im Klinikmarkt

Dr. Michael Dahlweid über die IS-H-Abkündigung und die Antwort von Dedalus

Das kam selbst für Insider überraschend: SAP hat im Oktober 2022 das Aus für seine Industry Solutions-Health, kurz IS-H, angekündigt. Bereits Ende 2027 soll Schluss sein mit den Branchenlösungen, die in vielen KIS-Installationen die Bereiche Patientenmanagement und Abrechnung abdecken. Die Nachfolge sollen S/4HANA-kompatible, cloudbasierte Lösungen antreten, die durch SAP-Partner entwickelt werden. Dedalus Chief Clinical and Product Officer Dr. Michael Dahlweid ordnet das Geschehen aus Sicht von Dedalus ein.

Herr Dahlweid, wie überrascht waren Sie von der Ankündigung durch SAP, IS-H bis Ende 2027 einzustellen?

Um ehrlich zu sein, war ich komplett überrascht. Der Schritt setzt viele Häuser in DACH massivem Veränderungsdruck aus, macht aber aus Sicht von SAP Sinn: Man möchte mit S/4HANA seine Kernkompetenzen in die Cloud migrieren und Anwendungen außerhalb dieses Spektrums in die Hände von Spezialisten geben – eine strategische Portfoliobereinigung, die man hätte voraussehen können, die aber eine große Lücke im Markt reißt und die ich persönlich nicht erwartet habe.

Welche Optionen haben die Kliniken jetzt?

Man muss den hohen Integrationsgrad zwischen IS-H und SAP ECC bzw. R/3 bedenken: Die Mehrheit aller Kunden mit klinischen und administrativen Lösungen von SAP setzt auch in Finanzbuchhaltung, Controlling und Logistik auf R/3. Diese Kunden müssen nun den Umstieg auf S/4 stemmen und zusätzlich einen Nachfolger für IS-H finden. KIS-seitig verengt sich der Lösungsraum auf diejenigen Anbieter, die den schlankesten Migrationspfad und die höchste SAP-Integration anbieten.

Dedalus hat zügig reagiert und schließt sich dem offenen SAP® PartnerEdge®-Ökosystem an. Was dürfen die Kliniken von diesem Schritt erwarten?

Diese Verbindung eröffnet eine ganze Reihe von Möglichkeiten. Wir wollen ORBIS-Kunden die gleiche Integrationstiefe mit der S/4 FHIR-Umgebung von SAP anbieten, die wir mit S/3 etabliert haben und die über eine simple API weit hinausgeht. Hier ist das Ökosystem sehr hilfreich. Gleichzeitig sprechen wir mit SAP über neue Anwendungen in verschiedenen Domänen. Dazu können spezialisierte Themen wie beispielsweise die Übergabe von DRG-bezogenen Abrechnungsspezifika an die SAP ERP-Umgebung oder das Zusammenspiel unserer Dedalus Research-Plattform mit SAP-Lösungen im Bereich Life Science gehören. Diese Themen stehen auf der Agenda, sind aber noch nicht ausdiskutiert.

Stichwort Integration: ORBIS bringt bereits SAP-kompatible Lösungen für Patientenmanagement und Abrechnung mit. Ist ORBIS der ideale Kandidat, um die Lücke zu schließen, die IS-H hinterlässt?

Das muss man differenziert nach Region und Usecase betrachten. Aber klar ist: Wir sind mit ORBIS U enorm weit fortgeschritten, ein komplexes KIS in Richtung Cloud zu bewegen. Gleichzeitig wollen wir einen neuen Maßstab hinsichtlich Nutzerfreundlichkeit und Workflow-Unterstützung in allen Arbeitsbereichen setzen. Das gilt auch für den Bereich Abrechnung, für den wir auf der DMEA neue Konzepte unter ORBIS U präsentieren. Mit ORBIS entscheiden sich die Häuser für eine integrierte und bewährte Patientenverwaltung, die im Zeitfenster bis 2027 implementierungsfähig ist und Druck aus dem Kessel nimmt, so dass sich die Häuser auf die S/4-Migration fokussieren können. Das haben wir mit mehreren erfolgreichen Migrationsprojekten von IS-H zu ORBIS bewiesen.

Dedalus hat mit der Internationalisierung und der Migration zu ORBIS U ebenfalls einige Baustellen offen. Reichen die Ressourcen, um den zusätzlichen Bedarf zu befriedigen?

Wir haben entschieden, uns im Bereich KIS ausschließlich auf ORBIS bzw. ORBIS U zu konzentrieren. KIS-Systeme wie DxCare und Lorenzo werden in ORBIS aufgehen. Diese Konsolidierung setzt Ressourcen für ORBIS frei, die jetzt unseren Kunden zugutekommen. Gleichzeitig investieren wir mehr Mittel als jemals zuvor in die Weiterentwicklung von ORBIS. Ich war von der Abkündigung von IS-H überrascht, aber die zusätzliche Nachfrage trifft uns keineswegs unvorbereitet. Wir können das stemmen.

Abrechnung ist länderspezifisch. Wie sieht die Strategie mit ORBIS für Österreich aus?

Das ist richtig, ORBIS IBIL (die Abrechnungslösung in ORBIS – Anm. d. Redaktion) ist primär auf das deutsche Gesundheitswesen zugeschnitten, aber auch in Österreich bei einigen Kunden im Einsatz. Darauf werden wir aufbauen und ORBIS IBIL gezielt für den österreichischen Markt ausbauen. Derzeit sprechen wir intensiv mit österreichischen Kunden über Entwicklungspartnerschaften und werden eine Lösung präsentieren, die die Bedürfnisse des österreichischen Marktes in vollem Umfang adressiert. Ähnliches streben wir auch für die Schweiz an.

Die Abkündigung von IS-H betrifft mittelbar auch den Betrieb von i.s.h.med, das auf SAP aufsetzt. Was kommt auf Kunden zu, die sich vor diesem Hintergrund für den Komplettumstieg auf ORBIS entscheiden?

Ich denke, diese Kunden entscheiden sich zunächst einmal für das vollständigste System am Markt, das ihnen maximale Zukunftssicherheit und Tiefe der klinischen Abbildung bietet. Gleichzeitig ist Skalierung kein Thema: ORBIS unterstützt Großinstallationen mit 22.000 Betten an 39 Standorten wie in Paris genauso problemlos wie regionale Häuser mit 250 Betten und wenigen Abteilungen. Bleibt die Frage nach der Datenmigration. Hier stellen wir mit HYDMedia eine universelle Plattform für die nahtlose Migration zur Verfügung, die dem Kunden auch nach Abschluss des Migrationsprojektes Nutzen stiftet.

Zum Abschluss: Wie positioniert sich Dedalus zum in Deutschland keineswegs unumstrittenen Thema Cloud?

Wir stehen klar zur Cloud und bieten mit ORBIS U das erste vollständig cloudfähige KIS im deutschsprachigen Raum an. Gleichzeitig müssen sich ORBIS-Kunden nicht entscheiden: Auch nach dem Phase-out des bisherigen ORBIS „classic" können sie ORBIS U on prem in ihrer privaten Cloud betreiben und profitieren von allen Vorteilen der cloudfähigen Architektur. Sobald aus Sicht der Häuser die Rahmenbedingungen für externes Hosting stimmen, ist der Umstieg möglich.

Interview: Christoph Lieck

Bereit für die Zeitenwende

KI-basierte klinische Entscheidungsunterstützung mit clinalytix

In der Außenpolitik und auf dem Arbeitsmarkt, vor allem aber auch im Gesundheitswesen lässt sich etwas beobachten, das die Politik als Zeitenwende beschreibt. Die Pandemie hat uns vieles gelehrt und Schwächen des Systems überdeutlich aufgezeigt. Doch die besondere Situation hat auch Innovationen gefördert und Digitalisierung in Krankenhäusern dringender als zuvor in den Fokus gerückt. Nun, wo sich das Pandemiegeschehen abzuflachen scheint, machen viele Kliniken einen Kassensturz und sehen: Die steigendenden Kosten, die zusätzlichen Belastungen der letzten Jahre, der Personalmangel und weitere Faktoren führen dazu, dass sie um ihre Existenz bangen müssen. Die Politik hat das mitbekommen und versucht, kurzfristig zu handeln. Aber schon jetzt monieren Branchenkenner, dass die Maßnahmen zu spät kommen und nicht weit genug reichen werden.

Entscheidungen stärken

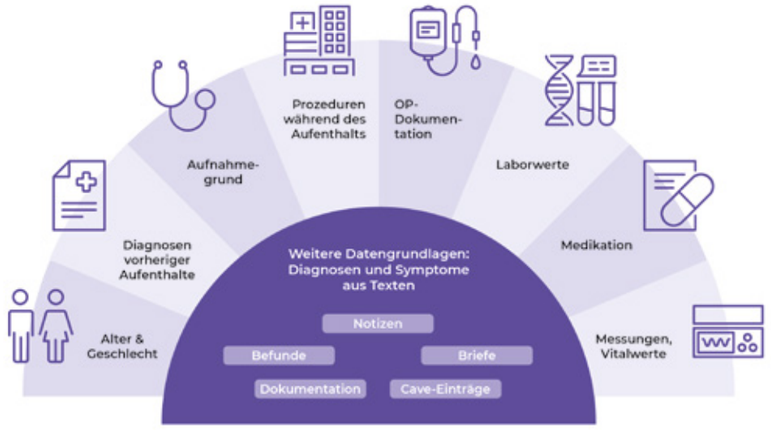
Wir haben keine Glaskugel, mit der wir vorhersagen können, wie sich die deutsche Krankenhauslandschaft in den nächsten Jahren entwickeln wird. Wir haben jedoch eine Möglichkeit, im klinischen Bereich anzusetzen und dort für Entlastung der belasteten Kliniken zu sorgen. Die KI-Lösung clinalytix von Dedalus bereitet klinische Daten und medizinische Informationen so auf, dass das behandelnde Personal sich in kürzester Zeit ein umfassendes Bild eines Patienten machen kann. Das ist ein komplexes Unterfangen, denn wir nutzen neuronale Netzwerke zur Risikovorhersage von bestimmten Krankheitsbildern. Die Daten, die wir dabei in Augenschein nehmen, sind flüchtig, es wird lediglich das Muster in einem neuronalen Netz gespeichert. Das System nimmt hier keine ärztlichen Entscheidungen vorweg, sondern unterstützt das ärztliche Personal dabei, valide und wissenschaftlich fundierte Entscheidungen zu treffen.

Innovationsdruck

Viele Krankenhäuser erkennen das Potenzial einer zunehmenden Digitalisierung, allerdings fehlen schlichtweg die Ressourcen, um diese innovativen IT-Lösungen in den klinischen Alltag zu integrieren. Den Druck zu Innovationen spüren die Krankenhäuser trotzdem. Zum einen hat die Bundesregierung mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) ein Maßnahmenpaket auf den Weg gebracht, um die Kliniken mit Incentives dazu zu bringen, digitale Lösungen schneller zu implementieren. Zum anderen ist die Erwartungshaltung der Patienten gestiegen. Die Art und Weise der Behandlung hat sich ebenfalls geändert, Patienten werden interdisziplinär und intersektoral behandelt, was in einer höheren Arbeitsbelastung für das pflegerische und ärztliche Personal resultiert.
clinalytix hilft, bei der zunehmenden Arbeitsbelastung nicht den Blick für relevante klinische Situationen zu verlieren, die einer schnellen medizinischen Entscheidung bedürfen. Wir von Dedalus helfen den Krankenhäusern dabei, diese innovative Lösung schnell und unkompliziert zu implementieren.

Was bedeutet das in der Praxis?

Um die Funktionen der Lösung aufzuzeigen, stelle man sich folgendes Beispiel vor:
Patientin Margarethe Meier, 89 Jahre alt, hat eine neue Hüftprothese bekommen und entwickelt nach der



Operation auf Station ein Delir. Was bedeutet diese Zusatzdiagnose im klinischen Alltag?
Es bedeutet, dass die Patientin erfahrungsgemäß eine längere Verweildauer auf Station hat, somit das Krankenhaus viel Geld kostet, sich mögliche Anschlusstherapien verschieben, was wiederum die Heilungschancen der Patientin verschlechtern kann. Was wäre also, wenn dieses Szenario durch KI-gestützte Entscheidungsunterstützung verhindert werden könnte?
Der Prävention von Krankheiten und der Prädiktion von Ereignissen kann im klassischen Krankenhaus-Workflow oft nicht ausreichend begegnet werden. Mithilfe Künstlicher Intelligenz, die sämtliche zum Patienten gehörige digitale Daten permanent scannt und den behandelnden Arzt bei interventionsbedürftigen Konstellationen aktiv auf ein drohendes Ereignis hinweist, ist eine zusätzliche Unterstützung gegeben, um unerwünschte Ereignisse frühzeitig zu erkennen. So können eine entscheidende Hilfestellung bei Diagnostik und Therapie geleistet und die Patientensicherheit verbessert werden. Wenn die Wahrnehmung nach Operationen gestört ist, z. B. durch das Auftreten eines Delirs, ist das ein Warnsignal, das mit einer erhöhten Sterblichkeit einhergehen kann. Es hat also eine große klinische Bedeutung in der Patientenversorgung. Entwickelt Frau Meier also das Delir nach der OP, zieht das eine Reihe an unerfreulichen und potenziell lebensbedrohlichen Konsequenzen nach sich. Durch den Einsatz unserer KI-Anwendung clinalytix, die als zertifiziertes Medizinprodukt der Klasse IIa am Markt verfügbar ist, kann Frau Meier optimal durch den perioperativen Verlauf begleitet werden. Dabei stehen auch die Langzeitfolgen eines Delirs im Krankenhaus im Fokus. Auf ein postoperatives Delir folgen oftmals kognitive Defizite, die im schlechtesten Fall monatelang anhalten können. Lässt man clinalytix über die Daten von Frau Meier laufen und das System erkennt ein hohes Risiko für ein postoperatives Delir, kann dies womöglich nicht ganz verhindert, aber rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Es verkürzt also unter Umständen die Dauer des Krankheitsbildes. Das Delir-Risiko wird außerdem tagesaktuell angezeigt, so dass es nach der Behandlung statistisch ausgewertet werden kann. Man kann somit feststellen, welche Risikofaktoren präoperativ bereits gegeben waren, was während des Krankenhausaufenthaltes von Frau Meier das Delir-Risiko hat steigen oder sinken lassen.

Klinische Unterstützung

Abschließend lässt sich festhalten, dass KI-gestützte Entscheidungshilfe niemals das ärztliche und pflegerische Personal ersetzen wird. Allerdings kann sie ein Fahrplan sein, der Risikofaktoren und Komplikationen individuell berücksichtigt und das Personal darauf aufmerksam macht. clinalytix kann als Anhaltspunkt dafür dienen, welche individuellen Parameter für Patienten wie Frau Meier gelten sollten, z. B. bezüglich der Herzfrequenz und des Blutdrucks, um ein unerwünschtes klinisches Ereignis wie ein postoperatives Delir zu verhindern. ■

KHZG-Projekte in der Spur

Interview mit Katja Schäfer, externe Projektmanagerin

Das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) soll die digitale Infrastruktur im deutschen Gesundheitswesen schaffen und stärken. Für die Kliniken ist das mit einigem Aufwand verbunden, zeitlich wie personell. Benötigt wird vor allem Experten- und Umsetzungswissen in Digitalprojekten. Das stellt Dedalus HealthCare seinen Kunden mit dem neuen Programm '#D4_KHZG. On track.' zur Verfügung. Was sich dahinter verbirgt, erläutert uns die externe Projektmanagerin Katja Schäfer im Interview.

#D4_KHZG. On track. war ja zuerst einmal ein internes Projekt. Wie muss ich mir das vorstellen, Frau Schäfer?

Katja Schäfer: Intern war es tatsächlich ein Change-Projekt. Wir standen vor ähnlichen Herausforderungen wie die Kunden: Alle haben sehr viel zu tun und es kommen stetig neue Aufgaben hinzu.
In einem initialen Workshop haben wir kreative Techniken genutzt, um aus unserem gewohnten Denken der Projekteinführung herauszutreten und neue Ansätze zu entwickeln. Daraus sind tolle Ideen entstanden, die sich im Projekt wiederfinden. Ganz wichtig ist beispielsweise, Bereitstellungsautomatismen und agile Methoden zu kombinieren und bestehende Grenzen aufzubrechen.

Was verbirgt sich nun hinter #D4_KHZG. On track.?

K. Schäfer: Kurz gesagt handelt es sich dabei um ein standardisiertes, aber trotzdem flexibles Projektverfahren zur Umsetzung von KHZG-Projekten. Es ist vom Projektstart bis zum Rollout in sieben Stufen unterteilt, jede definiert ein sogenanntes Quality Gate, also ein Teilprojektziel. Ist das erreicht, wird die nächste Stufe in Angriff genommen. So sorgen wir gemeinsam dafür, dass Krankenhäuser ihre KHZG-Projekte zeitgerecht und umfassend einführen können.

Wie sehen die einzelnen Stufen aus?

K. Schäfer: Zum Projektstart erhält der Kunde Zugang zu umfangreichen Informationen zur Vorbereitung. Damit werden organisatorische und technische Voraussetzungen für die Einführung geschaffen sowie prozessrelevante Fragen geklärt. Die Informationen bestehen aus Erklärvideos mit grundlegenden Inhalten, Checklisten und Entscheidungsfragen. Zudem werden in dieser Phase die Rollen und Verantwortlichkeiten für den weiteren Projektverlauf geklärt. Der weitere Ablauf gleicht dem bekannten Projektvorgehen, doch der Kunde bestimmt die Durchlaufzeit aktiv mit und hat online stets Transparenz über die erledigten Aufgaben und nächsten Schritte. Es folgen die technische und fachliche Installation, die ein qualifiziertes Beraterteam remote ausführt. Nach der Stammdatenschulung als Online-Seminar erfolgt die Konfiguration durch die Kunden samt Stammdatencheck unsererseits. Die Trainer werden in den relevanten ORBIS-Prozessen ausgebildet, um die lokalen Endanwenderschulungen zu übernehmen. Online-Lerninhalte stehen ergänzend zur Verfügung, ebenso wie weiterführende Q&A-Sessions zur Wissensvertiefung für die Trainer. Definierte Key-User testen die ORBIS-Prozesse vor dem Go-live und der Echtbetriebscheck (EBC) bildet mit der Überprüfung der ORBIS-Systemkonfiguration eine weitere, qualitätssichernde Maßnahme. Die Echtbetriebsbetreuung findet je nach Lösung zwei Tage vor Ort oder über einen definierten Zeitraum remote statt. Q&A-Sessions können noch vier Wochen nach Inbetriebnahme genutzt werden. Der Rollout auf weitere Stationen findet dann eigenständig durch den Kunden statt, weitere Unterstützung im Rollout oder für die Nachbetreuung kann über ein gesondertes Paket gebucht werden.

Wo sehen Sie die Vorteile dieses Vorgehens?

K. Schäfer: Durch #D4_KHZG. On track. sind wir schneller und trotzdem qualitätsgesichert und können mehr Kunden und deren Projektanfragen im fördermittelrelevanten Zeitraum bedienen. Einen wesentlichen Beitrag leisten die Informationen und Videoformate, in denen wir die langjährige Erfahrung aus Service und Projektmanagement zusammengefasst haben.

Wie fällt Ihr Fazit bis heute aus?

K. Schäfer: Unser Ziel war es, jede wiederkehrende Aktivität zu definieren und in ein Erklärvideo oder eine Checkliste zu packen. Wir wollten einen optimalen Prozess anbieten, der für 80 Prozent unserer Kunden passt. Davon profitieren die vielen kleinen und mittelgroßen Häuser, die besonders mit dem Umsetzungsdruck zu kämpfen haben. Sie können ihre KHZG-Projekte mit dieser Unterstützung nun schnell und effizient umsetzen.

Wie stehen die Kunden zu den Online-Zentralseminaren?

K. Schäfer: Da gibt es durchaus Vorbehalte. Ich möchte die Skeptiker aber einladen, einmal die Perspektive zu wechseln. Ähnlich wie bei einem Patientenportal, mit dem der Patient zu Hause seine Anamnese und Behandlungsverträge bearbeiten kann, sollen auch die Anwender alle Projektunterlagen unabhängig von den Beraterzeiten und häufig anschauen können. Regelmäßige Frage-und-Antwort-Runden sorgen zudem dafür, dass alle Projektbeteiligten schneller auf einen gemeinsamen Wissensstand kommen. Dabei unterstützen die Fragen und Anmerkungen anderer Kunden die Teilnehmer. Last, but not least: Wir schaffen auch für die Kunden eine Lösung, die bis jetzt noch keine Projekttermine erhalten haben.

Wenn #D4_KHZG. On track. wie erhofft ein Erfolg wird, soll es dann auch auf andere Bereiche übertragen werden?

K. Schäfer: Ja, allerdings erst in weiteren Projektstufen. Wir starten mit ORBIS Medication und ORBIS Pflege U, erweitern das Angebot dann im zweiten und dritten Quartal um die PatientXCare Suite und den Planungsassistenten (Ressourcenmanagement). Danach bewerten wir die Ergebnisse und klären weitere Einsatzbereiche.

Vielen Dank für die Einblicke, Frau Schäfer.

Interview: Ralf Buchholz

Über den Tellerrand hinaus

Service und Support zusammengeführt, Kundenzufriedenheit gesteigert

„Die Kundenzufriedenheit steht für uns an erster Stelle“, sagt Gerd Heuter, Leiter Service DIIT & Connected Care DACH, „deshalb haben wir in den vergangenen drei Jahren in verschiedene Programme investiert, unter anderem in die Neuausrichtung des Service und Support.“

Begonnen hat der Prozess 2019, als das Unternehmen die bis dato fünf eigenständigen Serviceteams des Bereiches Diagnostic Imaging IT (DIIT) zu einem übergreifenden Team zusammengezogen hat. „Wir wollten unsere Dienstleistungen vereinheitlichen sowie integrierter denken und handeln“, begründet Timo Arnolds, Leiter Service Operation & Support-DIIT, den Schritt. Die Radiologen – Hauptanwender der DIIT-Lösungen – haben RIS, PACS, die Spracherkennung und das Dosismanagementsystem bereits hochintegriert genutzt. „Unsere Mitarbeiter aber haben lediglich zu einzelnen Komponenten beraten oder geschult und dann an einen Kollegen übergeben. Dieses Silodenken wollten und mussten wir aufgeben. Unsere Kollegen sollten beim Kunden mehr als Allrounder agieren, ohne die gewohnte Qualität und Professionalität einzubüßen. Es ging uns darum, unser integriertes Produktportfolio auch integriert zu vertreiben“, ergänzt Heuter. Mit dem Zusammenziehen der Teams hat das Unternehmen folgerichtig die Ausbildungspfade angeglichen. Ziel: Jedem Einzelnen in Service und Support sollte es möglich sein, über den Tellerrand zu schauen und kompetent zu allen Lösungen zu beraten.

Die zweite Stufe des Prozesses stand dann 2020 unter dem Schlagwort „Vertikalisierung“. Gerd Heuter hat die alleinige Gesamtverantwortung für die Organisation übernommen und direkt auch 20 Projektmanager. Diese sollten durch den Schritt näher an die Applikations- und Systemspezialisten rücken. Beide traten in der Folge gemeinsam und als Einheit beim Kunden auf, wenn es galt, Systeme einzuführen und Projekte umzusetzen. Abschließend hat Dedalus HealthCare auch die Ausbildung seiner Mitarbeiter angepasst und sie gezielt zu Generalisten gemacht. In dem Zuge stießen dann auch neue Mitarbeiter von außen zum Team, die dem Profil entsprachen.

Timo Arnolds
Dedalus HealthCare

Mit dem letzten Schritt Anfang vergangenen Jahres hat sich der Kreis geschlossen, seitdem sind auch die Supportmitarbeiter Teil des Heuter-Teams. „Sie stehen am Ende der Projektkette und betreuen die Kunden, wenn Implementierung, Einführung und Schulungen gelaufen sind. Sie kümmern sich also um die gleiche Software und die gleichen Kunden. Also war es nur logisch, unser Team mit ihnen zu vervollständigen“, sagt der Serviceleiter. In der neuen Struktur ist der Support nun bereits in die Implementierung eingebunden und die Mitarbeiter aus dem operativen Service betreuen die Kunden auch im Support. „Damit sind wir noch besser in der Lage, unsere integrierten Produktlösungen professionell und kompetent an den Radiologen und den Kardiologen zu bringen“, ist Arnolds überzeugt.

Positives Feedback auf allen Ebenen

Nicht zuletzt folgt Dedalus HealthCare mit der Neuausrichtung von Service und Support auch den gestiegenen Anforderungen des Marktes und der einzelnen Kunden. „Wenn sich die Gegebenheiten ändern, und das tun sie gerade drastisch, können wir nicht so weitermachen wie vorher“, betont Heuter. Als Beispiel nennt er produktseitig das Patientenportal PatientXCare Suite sowie die nativ cloudbasierte PACS-Lösung PACSonWEB. „Damit sprechen wir teilweise ein neues Klientel an. Die Lösungen sind im Service, in der Projektimplementierung, im Support vollkommen anders als alles, was wir vorher gemacht haben. Dementsprechend müssen wir uns anders aufstellen und auch weiterentwickeln.“

Das kommt bei den Kunden gut an. „Die nehmen die Veränderungen bei uns wahr, merken, dass wir mit der Zeit gehen und sehen auch die Vorteile, die wir ihnen in unserer neuen Aufstellung bieten können“, so Arnolds. Demzufolge ist die Eskalationsrate in den letzten drei Jahren sukzessive zurückgegangen. Das große Team mit vielfältigen Fähigkeiten ist in der Lage, auf Kundenanfragen sehr schnell und flexibel zu reagieren. Da trägt die breite, übergreifende Ausbildung jedes einzelnen Mitarbeiters eindeutig Früchte. „Die Kunden schätzen, dass wir unsere integrierten Lösungen mittlerweile auch integriert vertreten können. Zudem profitieren sie davon, dass wir ihnen heute deutlich näher sind“, sagt der Leiter Service Operation & Support.

Diese Nähe braucht es allerdings auch, um den Kunden das heterogene und stetig wachsende Portfolio samt neuer Funktionalitäten präsentieren zu können. Dafür haben sich die sogenannten RIS/PACS Onsite-Termine etabliert. „Die bieten wir unseren Kunden aktiv an und loten beispielsweise aus, wo der Schuh drückt, oder stellen Produktfeatures aus aktuellen Releases nochmals gesondert vor. Dabei vermitteln wir auch Tipps und Kniffe, wie die Anwender die jeweilige Radiologielösung noch effektiver in ihrer täglichen Arbeit nutzen und alle Möglichkeiten der mächtigen Software vollumfänglich ausschöpfen können“, so Heuter. Nebenbei bekommen er und seine Kollegen so auch wertvolle Rückmeldungen, die dazu beitragen, die einzelnen Lösungen weiter zu verbessern. Dasselbe Programm soll nun auch im Kardiologiebereich aufgebaut werden.

Teambuilding

In der Business Unit DIIT & Connected Care sind in Deutschland, Österreich und der Schweiz aktuell 200 Mitarbeiter beschäftigt, 160 davon in Service und Support. Neben dem klassischen Service und Support kümmert sich ein Team in der Business Unit gesondert um die Serviceadministration. Hinzukommen zahlreiche Projektleiter, die ebenfalls zur Mannschaft von Gerd Heuter gehören.

Mittlerweile bietet der Service und Support DIIT & Connected Care DACH vielen unterschiedlichen Jobprofilen Platz. „Damit sind wir zum einen deutlich flexibler, dynamischer und schlagkräftiger geworden, zum anderen aber auch attraktiver für potenzielle Bewerber. Das ist in Zeiten des grassierenden Fachkräftemangels ein wichtiges Pfund für uns“, freut sich Timo Arnolds. ■

Das Patientenportal hat abgehoben

Interview mit Dr. Frank Unglauben, Dedalus HealthCare

Dedalus HealthCare hat sein Patientenportal Patient XCare Suite in den letzten Monaten auf die Startrampe geschoben, nun hebt es ab. Das Johanniter-Krankenhaus und Waldkrankenhaus Bonn haben die Lösung bereits in Betrieb genommen, das Klinikum Wolfsburg und die Universitätsklinik Halle folgen. „Wir haben zudem einen enormen Auftragsbestand, den wir nun nach und nach abarbeiten", freut sich Dr. Frank Unglauben, Business Manager Social & Connected Care Solutions DACH.

Sind die genannten Projekte Förderprojekte aus dem Krankenhauszukunftsgesetz?

Dr. Frank Unglauben: Ja, mit wenigen Ausnahmen. Und dabei glauben wir, dass das erst der Anfang ist. In vielen Bundesländern sind die Fördergelder mit Verzögerung geflossen, so dass die Kliniken noch nicht starten konnten. Das wird sich jetzt ändern, zumal es angesichts der ursprünglichen Maßgabe des Installationszeitraums bis Ende 2024 schon eng wird. Wir gehen daher davon aus, dass dieses Datum nach hinten verschoben wird. Nichtsdestotrotz bleibt unser klares Ziel, unsere Kunden bis Ende kommenden Jahres mit dem Patientenportal auszustatten.

Wie sieht denn die Roadmap für die Patient XCare Suite aus?

Dr. F. Unglauben: Unser Fokus liegt zuerst einmal auf den Kliniken, die bereits ORBIS als Krankenhausinformationssystem einsetzen. Perspektivisch werden wir dann Schnittstellen zu anderen KIS etablieren. Wir haben auch dazu bereits konkrete Projekte.

Inhaltlich konzentrieren wir uns zunächst auf die Patientenworkflows und da speziell auf die Onlineaufnahme. Aber auch alle anderen Muss-Kriterien und viele Kann-Kriterien werden wir dieses Jahr erfüllen. 2024 folgen dann noch einzelne Kann-Kriterien, wie zum Beispiel die Anbindung von Wearables und zusätzliche Funktionen, die über das KHZG hinausgehen.

Sie sagten, dass die Zeit knapp wird. Unterstützen Sie Ihre Kunden bei der Implementierung?

Dr. F. Unglauben: Selbstverständlich. Die Sorge der Häuser ist tatsächlich groß, auch weil sie nicht wissen, was auf sie zukommt. Müssen wir unsere gewohnten Prozesse ändern? Was erwartet unsere Mitarbeiter? Welchen Aufwand bedeutet die Einführung? Diesen Befürchtungen begegnen wir mit einem Standardrolloutplan. Zudem integrieren wir das Patientenportal so tief in ORBIS, dass die Anwender ihre gewohnte Arbeitsumgebung nicht verlassen müssen. Unser Launch Manager kümmert sich dabei um alle Aspekte dieser effizienten Einführung.

Wie sieht dieser Standardrolloutplan aus, Doktor Unglauben?

Dr. F. Unglauben: Zuerst einmal ist tatsächlich der Kunde selbst gefragt. Es gilt, die gegenwärtigen Prozesse mit unserer Hilfe zu analysieren und zu vereinheitlichen. Es empfiehlt sich zum Beispiel, unterschiedliche Terminkalender in den einzelnen Abteilungen und Ambulanzen zu homogenisieren. Die Online-Terminvereinbarung lässt sich dann sehr effizient im Patientenportal implementieren. Dafür werden gegebenenfalls noch Anpassungen in ORBIS vorgenommen. In einem Sollkonzept definieren wir dann gemeinsam, welche Ziele der Kunde mit dem Portal erreichen möchte. Dabei zeigen unsere erfahrenen Berater die möglichen Potenziale zur Effizienzsteigerung auf. Am Ende steht ein Blueprint für die ersten Abteilungen, die mit der Patient XCare Suite arbeiten sollen. Nach erfolgreicher Umsetzung dient sie als Schablone für die weitere Umsetzung. Auf diese Weise können wir einen zügigen, erfolgreichen klinikweiten Rollout gewährleisten.

Wie steht es mit den Schulungen?

Dr. F. Unglauben: Neben dem Implementierungsplan haben wir auch einen klaren Schulungsplan. Der Aufwand für die Anwender in der Klinik hält sich in engen Grenzen, da weiter in der gewohnten ORBIS-Umgebung gearbeitet wird. Da unser Portal sehr intuitiv zu bedienen ist und wir in der Entwicklung größten Wert auf die Usability gelegt haben, finden sich die Patienten schnell und einfach zurecht.

Die größte Arbeit steht den Administratoren bevor, die das Portal konfigurieren – zumindest in der Anfangszeit. Je mehr Mühe an dieser Stelle investiert wird, desto besser greifen die Workflows ineinander und desto größer sind die Benefits, die Patienten und Klinik haben. Deshalb hat die Administratorenschulung für uns auch einen hohen Stellenwert.

Welche Lehren haben Sie aus den bisherigen Pilotprojekten gezogen, Doktor Unglauben?

Dr. F. Unglauben: Keine Klinik und keine Abteilung sind gleich. Es gibt verschiedenste Anforderungen und daraus resultierend unterschiedlichste Konfigurationsmöglichkeiten, die den Patienten am Ende auf den richtigen Kalender und zur richtigen Behandlung führen. Das müssen wir sehr individuell abbilden.

Der Erfolg steht und fällt mit der User Experience – sowohl für den klinischen Nutzer und die Administratoren als auch für den Patienten. Das bleibt auch in der Pilotphase eine stetige Arbeit zur kontinuierlichen Verbesserung. Die bisherigen Rückmeldungen zeigen, dass sich das vollends auszahlt.

Welche Tipps würden Sie nun aus Ihren Erfahrungen heraus den Kliniken geben, die ein Patentenportal einführen wollen?

Dr. F. Unglauben: Zunächst sollte man bei der Einführung eines solch neuen Ablaufs die Konzeptphase nicht unterschätzen. Digitale Patienten- und Zuweiserkommunikation sind in der Regel keine etablierten Prozesse. Daher bietet es sich an, mit Pilotinstallationen in einzelnen Abteilungen Erfahrungen zu sammeln, auf deren Basis dann der Blueprint erstellt und anschließend auf die anderen Abteilungen ausgerollt wird.

Die Einführung eines Patientenportals lässt sich gut in Phasen aufteilen, die nacheinander eingeführt werden. Nach der Onlineaufnahme folgen weitere Prozesse: Fragebögen, Dokumentenkommunikation, Behandlungstagebuch und CheckIn am Kiosksystem, um nur einige zu nennen. Das will sehr gut geplant sein.

Selbstverständlich helfen wir den Kunden dabei, die Abläufe effizient einzuführen, aber auch die interne Organisation sollte entsprechend aufgestellt sein und die Unterstützung der Geschäftsführung haben.

Die meist neu geschaffenen Stabsstellen „Digitale Transformation", die für die gezielte Koordination der Digitalisierung sowie die Entwicklung einer digitalen Vision für das Klinikum verantwortlich sind, können eine gute Schnittstelle zwischen IT und klinischen Mitarbeitern bilden.

Vielen Dank für die Einblicke, Doktor Unglauben.

Interview: Ralf Buchholz

Best of **Digital Health**

Dedalus auf der DMEA 2023 – Topthemen

Best of Digital Health – ist unser Fokus in diesem Jahr. Und was bedeutet das für unsere Kunden und Interessenten? Vor allem, dass Grenzen zwischen Abteilungen verschwinden und alle Beteiligten sich auf den freien Fluss von Daten durch alle Systeme freuen können. So stehen beispielsweise Daten, die einmal erfasst wurden, in allen unseren Systemen zur Verfügung und können dort weiter verarbeitet und interpretiert werden. Das macht die Arbeit von Professionals im Gesundheitswesen besser.

Live-Vorträge

Auf unserer Präsentationsbühne erleben Besucher täglich Live-Vorträge zu den wichtigsten Themen.

- Ärztliche Patienten-Journey mit Content-Dashboards
- Dashboard-gestützter Pflegeprozess mit EPA-AC oder BaSS und ENP
- Patient XCare Suite und Care-Bridge – die vollintegrierte Lösung für Fördertatbestand 2 aus einer Hand
- ORBIS Medication – next Level
- Quo vadis medizinische Datennutzung – von KI bis DataLake
- RICO mit Natural Language Understanding – Chancen und Grenzen in der Kodierung

Dosing

- Medikation – digital – sicher
- Innovative Lösungen zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)
- Digitale Unterstützung des Medikationsprozesses
- Sichere Arzneimitteltherapie mit Dosing Flycicle Vision®
- Tiefe Integration in KIS-Systeme

Weitere aktuelle Themen

- Dedalus Labor – Digitalisierung für Klinik, Praxis und Patient
- DEMIS und ORBIS – wir sind bereit
- ORBIS AddOns auf dem Weg zu „U“
- D4_KHZG – Projekte neu gedacht
- Innovativ und agil zum Erfolg für ORBIS Medication und ORBIS Pflege U
- ORBIS IS-H-Migration

Dedalus Labor

- Stark in allen Fachbereichen der Labormedizin
- Opus::L – das innovative Labor-Informationssystem
- ix.serv – digitale Kommunikation und Vernetzung
- Mirth Connect – powered by Dedalus
- Poctopus®

TIPHCe

- Medizinische Daten für die Forschung – FIHR, EHDS
- Sepsisprävention mit Künstlicher Intelligenz
- Benchmarks für OP, MVZ, Leistungsgruppen NRW & IGES-Gutachten

Care-Bridge – Digitales Entlassmanagement

- ORBIS-Tiefenintegration
- Integriertes Contentmanagement
- Sozialdienstdokumentation und Entlassmanagement aus einem Guss
- Zielgerichtetes Leistungserbringermanagement
- Prozess-Exzellenz

RICO

- Erlössicherung durch einzigartige KI-Kombination
- Fallbegleitende Primärkodierung
- Fraunhofer KI-Technologie mit medizinischem Textverständnis (NLU/NLP)
- Spezifische Kodiervorschläge – Qualität statt Masse

RICO PEPP

- Pionier in der PEPP-Welt
- Fallbegleitende Primärkodierung Psychiatrie/Psychosomatik
- Erlössicherung & Erleichterung des Kodiervorgangs
- Anlernen der Fraunhofer KI auf die speziellen Anforderungen des PEPP Entgeltsystems

Miss Standard

Interview mit Prof. Dr. Sylvia Thun, Charité – Universitätsmedizin Berlin und Berlin Institute of Health (BIH)

Prof. Dr. Sylvia Thun ist herumgekommen in ihrem Berufsleben. Sehr früh hat sich die gebürtige Kölnerin der medizinischen Informatik verschrieben, folgerichtig biomedizinische Technik und danach Humanmedizin an der RWTH Aachen studiert. Ihre erste Stelle führte die Universitätsprofessorin, approbierte Ärztin und Ingenieurin, 2001 direkt in die digitale Medizin. Nicht erst als Director Core Facility Digitale Medizin und Interoperabilität am BIH gilt ihre gesamte Leidenschaft der Entwicklung und Etablierung von Standards in der Gesundheitskommunikation.

Frau Professorin Thun, was sind Ihre Aufgaben als BIH?

Prof. Dr. Sylvia Thun: Unsere Vision ist eine vernetzte digitale Gesundheitsinfrastruktur. Dazu braucht es interoperable Informationen und Technologien. Meine Kollegen und ich arbeiten daran, diese Interoperabilität auf allen Ebenen herzustellen: in der Versorgung wie der Forschung und Wissenschaft, auf regionalem, nationalem und internationalem Terrain.

Was heißt Interoperabilität?

Prof. S. Thun: Vereinfacht gesagt heißt Interoperabilität, dass Daten von allen Akteuren – und hierbei meine ich beteiligte digitale Informationssysteme – zuerst einmal innerhalb der Patientenversorgung gleich interpretiert werden, so dass die Daten systemübergreifend zusammenfließen können.

Das BIH hat sich auch der Translation verschrieben. Wir entwickeln aus klinischen Beobachtungen neue Forschungsideen. Gleichzeitig übertragen wir biomedizinische Erkenntnisse in neue Ansätze zur personalisierten Vorhersage, Prävention, Diagnostik und Therapie. Wir etablieren also ein Ökosystem aus Forschung und Versorgung.

Von welchen Faktoren hängt Interoperabilität ab?

Prof. S. Thun: Neben den Medizinern und der Industrie sind die Politik und ihr Wille ein ganz entscheidender Faktor. In den USA gibt es beispielsweise den sogenannten Information Blocking Act, nachdem der Zugang, der Austausch oder die Nutzung elektronischer Gesundheitsinformationen nicht behindert, verhindert oder wesentlich erschwert werden darf. Wir bräuchten auch in Deutschland Vorgaben, damit Daten ausschließlich in einem standardisierten Format gespeichert werden dürfen. Das würde uns und allen Beteiligten die Arbeit wesentlich erleichtern sowie die Digitalisierung im Allgemeinen sehr befördern. Diese Idee folgt den bekannten FAIR-Grundsätzen, nach denen Daten Findable, Accessable, Interoperable und Reusable sein müssen. Hier hat das Bundesgesundheitsministerium bereits entsprechende Gesetze auf den Weg gebracht. Allerdings ist der Gesetzgeber hierzulande – ich sage leider – nicht so stark wie anderswo. Die Selbstverwaltung spricht immer auch ein gewichtiges Wort mit.

Worauf bezieht sich Ihr leider, Frau Professorin Thun?

Prof. S. Thun: Ein gutes Beispiel sind die beschlossenen Patientenakten, die in den Händen der Krankenkassen liegen. Nach meinem Verständnis müssen die Patientenakten für Bürger sein und zentral vom Staat zur Verfügung gestellt werden. Nun stehen wir mit heterogenen Akten da, die nicht auf Standards setzen. Wären nur die verpflichtend gewesen, wäre man sehr viel schneller vorangekommen. Aus unterschiedlichen politischen Gründen hat man aber nicht auf Standards gesetzt – wieder versehen mit einem leider meinerseits.

Wie bewegen Sie sich nun in dem beschriebenen Spannungsfeld, um Interoperabilität herzustellen?

Prof. S. Thun: Im Moment brechen wir das Spannungsfeld vorrangig mit dem sogenannten Interop Council auf, einem Expertengremium aus Medizin, Medizininformatik, Wissenschaft, Anwendern, Verbänden und Industrie sowie Gematik und BMG. Wir – ich darf dem Council vorsitzen – wollen die Interoperabilität jenseits jeglicher politischer Interessen vorantreiben. Unser Augenmerk gilt den Menschen, die am Schluss von einer besseren Versorgung profitieren sollen. Dem Gremium arbeiten rund 150 Experten zu.

Kommen die Vorgaben denn in der Praxis an?

Prof. S. Thun: Das A und O ist, dass die Hersteller Standards implementieren und ihren Kunden zur Verfügung stellen müssen. Gleichsam müssen diese Kunden aber auch Standards bei ihren Lieferanten einfordern. Mit ISiK, kurz für „Informationstechnische Systeme in Krankenhäusern", greift der Gesetzgeber nun ein und will sicherstellen, dass in Kliniken Behandlungsdaten schnell und sicher ausgetauscht werden können. Die ISiK-Standards sind verbindlich und müssen mit einer Übergangsfrist von 24 Monaten umgesetzt werden, das Basisprofil bereits zum Sommer 2023. Ich hoffe, alle Hersteller haben sich darauf vorbereitet und eine entsprechende FHIR-Infrastruktur aufgebaut. Grundlage von ISiK sind ja sieben FHIR-Ressourcen, die aber leicht zu implementieren sein sollten.

Warum setzt Deutschland auf FHIR?

Prof. S. Thun: FHIR steht für „Fast Healthcare Interoperability Resources" und ist ein anerkannter internationaler Standard. Im Kontext des sich internationalisierenden Gesundheitswesens wäre ein deutscher Sonderweg töricht. Alle Welt, alle großen Anbieter machen FHIR, und wenn wir da mitspielen wollen, müssen wir das auch tun. Darüber hinaus ist es die beste Spezifikation, die es gegenwärtig gibt.

Wie steht Deutschland denn in punkto FHIR im internationalen Vergleich da?

Prof. S. Thun: Gerade war ich mit dem BMG in Israel, wo man bereits vor zwei Jahren konsequent auf FHIR gesetzt hat, quasi als Jump Start, mit Unterstützung von Ministerium und Industrie. Dort gibt es heute laufende FHIR-Systeme, was besonders den IT-Unternehmen zugutekommt, weil ihnen international alle Türen offenstehen. FHIR ist also keine Raketenwissenschaft.

In Deutschland mahlen die Mühlen langsamer. Unser Gesundheitssystem ist anders organisiert und muss die Interessen unterschiedlicher Stakeholder vereinen. Wir haben einen ersten Schritt getan und die Spezifikationen festgehalten. Mit dem entscheidenden Schritt in Richtung Implementierung und Auslieferung an die Gesundheitseinrichtungen tun wir uns allerdings noch schwer. Wir sind eben ein wenig größer und schwergängiger.

Der Fairness halber muss ich aber ergänzen, dass es auch bei uns ausgezeichnete Leuchttürme mit überzeugenden FHIR-Plattformen gibt.

Welche Bedeutung hat Interoperabilität konkret für die Patientenversorgung?

Prof. S. Thun: Die hat den größten Nutzen, weil die Blackbox, die die Behandlung heute größtenteils noch ist, aufgebrochen werden kann. Jeder Mediziner könnte auf alle freigegebenen Informationen und Daten zugreifen und seine Behandlung darauf aufbauen. Labordaten und die Medikation sind nur zwei Aspekte. Wenn diese Daten im Zugriff wären, könnten viele Todesfälle vermieden werden.

Und wo liegen die Vorteile für die Forschung?

Prof. S. Thun: Hier könnten interoperable Daten in Forschungsdatennetzen zusammengeführt und gemeinschaftlich genutzt werden. Es fehlt uns in Deutschland ja tatsächlich an realen Versorgungsdaten. Was wir massenhaft haben, sind Abrechnungsdaten von den Krankenkassen. Die helfen Wissenschaftlern aber nicht, die benötigen medizinische Daten.

Die Universitätskliniken behelfen sich mit den Datenintegrationszentren ja gerade selbst.

Prof. S. Thun: Das stimmt und ist großartig. Dort haben Forscher die Möglichkeit, beispielsweise auf 24 Millionen Labordaten zuzugreifen. Anhand der Daten können sie dann ihre Auswertungen fahren und neue Therapiekonzepte erstellen – das ist aber nur ein Beispiel.

Können die Patientenakten zumindest die Lücke in der Patientenversorgung schließen?

Prof. S. Thun: Nicht in der gegenwärtigen Form. Sie sind ja lediglich ein Archiv von PDF-Dokumenten. Ein Mehrwert würde entstehen, wenn die Daten strukturiert wären und ich als Patient sie eigenständig etwa um Echtzeitdaten ergänzen könnte: wenn ich beispielsweise meine Apple Watch auslesen und die Werte direkt

integrieren könnte. Da das FHIR-Ressourcen sind, wäre das möglich. Es ist aber weder vorgesehen, noch sind die Akten heute entsprechend kompatibel. Mit ISiK-Profilen könnte ich zum Beispiel schon das Papier aus dem Laborwert als ISiK abspeichern. Und schon hätte ich meine Laborwerte in einem Format, in dem der Arzt sich ganz komfortabel Zeitreihen anschauen und diese mit einem Mausklick fragestellungsbezogen auswerten lassen kann.

Abschlussfrage: Wie sieht Ihrer Meinung nach die Gesundheitsversorgung in Deutschland im Jahre 2030 aus?

Prof. S. Thun: Wenn wir so weitermachen wie bisher, wird sich gar nicht viel verändert haben. Es wird sicher mehr Zusammenschlüsse von Krankenhäusern und eine ausgeprägtere Spezialisierung geben. Für ausgeschlossen halte ich weiterhin Health Maintenance Organizations nach US-amerikanischem Vorbild, wo Krankenkassen ihre eigenen Versorgungseinrichtungen unterhalten. Ich hoffe allerdings, wir haben nur noch zwei bis drei Handvoll Krankenversicherer. Und ich hoffe auf eine voll digitalisierte Umgebung. Das schaffen wir allerdings in sieben Jahren nicht.

Was woran liegt?

Prof. S. Thun: Wir sind in vielem unglaublich langsam – mit dramatischen Folgen. Bei der Digitalisierung hinken wir Jahre hinter anderen her. Damit schicken wir unsere Pflegekräfte und Ärzte in ein Hamsterrad – mit den bekannten Auswirkungen: Flucht aus dem Beruf und eklatanter Fachkräftemangel. Der Job ist einfach nicht mehr attraktiv. Da haben wir unseren Job nicht gemacht.

Wie sähe Ihr Vorschlag aus, Frau Professorin Thun?

Prof. S. Thun: Wir sollten weg von der Kommerzialisierung der Medizin hin zu einer digitalen Medizin. Und hin zu mehr Eigenverantwortung der Bürger. Ein mutiger Schritt wäre beispielsweise der Einsatz telemedizinischer Bots, bevor ich eine medizinische Leistung in Anspruch nehme. Großbritannien macht vor, wie es geht. Dort bekommt kein Patient ohne diese Triagierung einen Arzttermin. Ich meine, dass sich jeder diese fünf Minuten nehmen kann, wenn er ein gutes und teures Gesundheitswesen in Anspruch nimmt.

Ein weiterer mir wichtiger Aspekt ist die Datenspende, entweder freiwillig oder verpflichtend. Die Menschen sollten durch mehr Aufklärung zu der Überzeugung geführt werden, dass sie ihre Daten anonymisiert für die Forschung, und damit für das Allgemeinwohl, freigeben. Und wenn das nicht auf freiwilliger Basis funktioniert, müssen notfalls die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Daten sind Allgemeingut. So ist es zum Beispiel in Dänemark definiert. Jeder gibt ganz selbstverständlich seine Daten her, sonst wird das Gesundheitswesen schlechter. Ein solches Paradigma würde ich mir in Deutschland auch wünschen.

Ich würde meine Abschlussfrage gerne noch einmal anders stellen. Wie sieht Ihrer Meinung nach die Gesundheitsversorgung in Deutschland im Jahre 2040 aus?

Prof. S. Thun: Da wird meiner Überzeugung nach bereits recht viel zu Hause geschehen. Die meisten haben ja bereits Erfahrungen mit Point-of-Care-Testing-Methoden gemacht. Corona-Tests wurden beispielweise millionenfach alleine durchgeführt. Genauso kann ich ganz viel Labormedizin in die eigenen vier Wände verlagern und dann nur noch die Proben ins Labor transportieren.

Selbstverständlich gibt es 2040 eine einheitliche digitale Patientenakte, die jedoch gänzlich anders aussieht als heute. Sie wirkt als interaktives Element überall hinein und wird mit allerlei Sensordaten gespeist.

Auch die Krankenhauslandschaft wird sich massiv verändert haben. Große Zentren wird es als Gesundheitscampus nur noch in den großen Städten oder vor deren Toren geben. Dort werden dann die Schwerstkranken behandelt. Das Argument, nach dem in 20 Minuten ein Krankenhaus erreichbar sein muss, ist überholt. Dazu wird die lokale und regionale Versorgung, einschließlich Homecare, ganz anders strukturiert sein.

Und last, but not least ist der Patient noch mündiger und handelt verstärkt eigenverantwortlich. Seinen allergischen Schock behandelt er sich dann selbst mithilfe eines Adrenalinsticks, vergleichbar mit der Insulinspritze. Ich bin der Überzeugung, dass wir viele Ideen von heute nur konsequent in die Zukunft weiterdenken müssen.

Vielen Dank für die vielschichtigen Einsichten, Frau Professorin Thun.

Interview: Ralf Buchholz

> **Interoperabilität kann die herrschende Blackbox der Patientenbehandlung aufbrechen.**
>
> Prof. Dr. Sylvia Thun
> Berlin Institute of Health in der Charité (BIH)

Ein starkes Doppel

UKSH und Dialog Diagnostiklabor digitalisieren Prozesse für komplexe Laborstrukturen

Steigende Anforderungen und Personalmangel machen auch vor Krankenhauslaboren nicht halt. Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein und die Dialog Diagnostiklabor GmbH begegnen dem mit einer durchgehenden Digitalisierung – mit Systemen aus einer Hand von Dedalus Labor.

Schleichend, aber stetig verändert die Digitalisierung auch die Labormedizin. Dieser Trend hat sich in den vergangenen Jahren stark beschleunigt. Darauf ist das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) vorbereitet. .Wir bieten zusammen mit unserer Tochter Dialog die komplette Bandbreite der Labordiagnostik an, samt 24/7-Akutdiagnostik. Wir halten zudem Speziallabore an bestimmten Standorten vor". Die Dialog arbeitet darüber hinaus auch mit externen Kooperationspartnern zusammen. „Wir meistern die Herausforderungen des Personalmarktes bei steigenden Zahlen der Laboranalytik durch schlankere Prozesse und möglichst hohe Automatisierung. Mit IT-Unterstützung gelingt uns das", sagt Dr. Benjamin Schomburg, Leiter der Labor-EDV im Zentrallabor des UKSH.

Seit 2012 arbeiten die Einrichtungen bereits mit sehr standardisierten Lösungen von Dedalus Labor. Zuerst hat die Dialog das Labor-Informationssystem Opus::L und eine Klinik am Ostseestrand mit dem Order-Entry-System ix.serv angebunden. Sehr zeitnah nach dem Initialprojekt der Dialog hat auch das UKSH das LIS als mandantenfähiges Zentralsystem schrittweise in allen Einheiten eingeführt. Es übernimmt die komplette Datenverwaltung. „Mittlerweile nutzen wir Laborsysteme von Dedalus in allen Bereichen", sagt Dr. Schomburg. Opus::L und ix.serv werden an allen 34 Standorten des UKSH und der Dialog eingesetzt. Die meisten Kliniken beziehen auch die Point-of-Care-Diagnostik mit Poctopus® ein. „Da wir alle Systeme aus einer Hand beziehen und die einwandfrei laufen, können wir den Betrieb mit einem vergleichsweise kleinen IT-Team von vier Vollzeitkräften steuern", sagt Dr. Schomburg. „Das wäre bei einer heterogenen Systemlandschaft mit Sicherheit personell aufwendiger."

Der holistische Ansatz war eine

bewusste Entscheidung. „Die Systeme sind sehr gut aufeinander abgestimmt und tief integriert. So können wir auch sehr individuelle Workflows nahtlos abbilden“, sagt Dr. Schomburg. So nutzen die Einrichtungen beispielsweise die Möglichkeit zur strukturierten Übermittlung von Mikrobiologiebefunden zwischen LIS und Order-Entry-System. Auch elektronische Nachforderungen bearbeiten die Ärzte in ix.serv. „Dort können wir gezielt steuern, ob eine Nachforderung medizinisch sinnvoll und technisch noch möglich ist.“

Workflows sichern laufende Verfügbarkeit

Besonderen Wert legen die Labore auf eine hohe Sicherheit und Verfügbarkeit der Systeme, schließlich haben sie mehr als 30 Standorte zu versorgen. Dabei wollten sie sich nicht auf Routinen verlassen, sondern haben ein Ausfallkonzept etabliert. Opus::L läuft auf zwei gespiegelten Servern, zusätzlich werden mit vier Stunden Zeitversatz alle Transactionlogs zurückgespeichert. Sollten die Daten korrumpiert werden, können sie wiederhergestellt werden. Zudem sind alle Standorte redundant mit Befundschnittstellen direkt in das Krankenhaus-Informationssystem (KIS) und parallel direkt an ix.serv angebunden. „Als finale Sicherung bringen wir auf allen Laboretiketten einen 2D-Barcode mit allen Auftragsinformationen auf, so dass wir selbst bei einem Wegfall aller Verbindungen die Analyse fahren können“, sagt Dr. Schomburg.

Wie sieht nun der Workflow im Einzelnen aus? Das lässt sich am Beispiel einer Klinik im Harz veranschaulichen, an der Dialog ein Präsenzlabor betreibt. Dort legt der betreuende Arzt in ix.serv den Auftrag für die Präsenzdiagnostik und UKSH-Spezialdiagnostik an. Der Auftrag wird freigegeben, die Etiketten gedruckt und auf die Röhrchen geklebt. Dann nimmt die Pflege dem Patienten Blut ab und schickt die Proben ins Labor. „Bei Aufträgen mit Spezialdiagnostik erfolgt eine Weiterleitung der Proben ans UKSH parallel zur Abarbeitung des Präsenzlabors. Über eine Probenversandlogik wissen wir dabei, ob die Probe noch im Präsenzlabor oder bereits auf dem Weg zum UKSH ist. Nach der Analyse durchlaufen die Ergebnisse eine zweistufige medizinische Validation. Nach der zweiten Validierung durch einen Facharzt ist der Befund freigegeben und wird über eine HL7-Schnittstelle elektronisch an die Klinik im Harz rückübermittelt – und zwar parallel an das KIS und an das Order-Entry-System“, sagt Dr. Schomburg. Kleinere Einsender wie beispielsweise Medizinische Versorgungszentren bekommen ihre Befunde per Labordatentransfer

> Dedalus Labor hat den Übergang von OSM sehr transparent kommuniziert und die Kunden stark in den Prozess einbezogen.
>
> Dr. Benjamin Schomburg
> Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein und Dialog Diagnostiklabor GmbH

- UKSH ist Maximalversorger mit eigener Labormedizin
- Dialog Diagnostiklabor ist Tochterunternehmen
- Insgesamt 30 Standorte
- Zusammen rund drei Millionen Laboraufträge im Jahr
- Zusammen rund eine Millionen Point-of-Care-Testings

(LDT) und können sie in ihr Arzt-Informationssystem einlesen.

Transparente Kommunikation, vertrauensvolle Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit mit Dedalus Labor ist intensiv, speziell in gemeinsamen Entwicklungsprojekten. Besonders lobend hebt Dr. Schomburg hervor, dass Dedalus Labor dem Institut für Klinische Chemie einen zentralen Ansprechpartner für alle Belange an die Seite gestellt hat. Alle zwei Wochen gibt es ein kurzes Statusmeeting mit dem Kunden und darüber hinaus regelmäßige Treffen mit den Verantwortlichen für die Teilprojekte.

Regelmäßig wird auch das Thema „Interoperabilität“ diskutiert. „Wir sehen die Notwendigkeit, uns künftig noch weit stärker auch mit externen Systemen zu vernetzen. Ein Beispiel ist der Bereich Probentracking“, so Dr. Schomburg. Aktuell können die Labormediziner sehen, wann eine Probe in einem Labor ausgeschleust und wann wieder eingeschleust wird. Nicht dokumentiert werden allerdings Qualitätsparameter zum Transport, wie z.B. die korrekten Transportbedingungen, also stabile Temperatur. „Unser Ziel ist es, den kompletten Prozess von der Probenabnahme bis zur Archivierung der Probe in einem Kühlschrank zu digitalisieren“, sagt Dr. Schomburg. „Das beginnt beim Scannen des Patientenarmbandes und der Auftragsnummer auf dem Probenröhrchen am Bett, um eine eindeutige Identifikation und Zuordnung zu gewährleisten, schließt aber auch das Monitoring von Zentrifugationszeiten, -geschwindigkeiten und -temperaturen etwa für Biobanking-Prozesse ein.“

Ein weiteres Projekt ist die Umstellung von einem fallübergreifenden auf einen fallbezogenen Kumulativbefund. „Opus::L stellt einen Kumulativbefund, also einen Befund mit beispielsweise sieben Auftragsnummern, fallübergreifend dar. Ich sehe, solange es sich um den gleichen Patienten handelt, also auch noch alte Fälle auf dem Kumulativbefund. Das ist in einigen Kliniken allerdings nicht gewünscht, da dieser fallübergreifende Kontext einigen befundverarbeitenden Systemen Probleme bereitet. Daher arbeiten wir gemeinsam mit Dedalus Labor an einem fallbezogenen Kumulativbefund“, sagt Dr. Benjamin Schomburg. ■

Digital durch die Geburt begleitet

Städtische Kliniken Mönchengladbach führen Digitalisierung mit ORBIS AddOn STORCH fort

Die Geburtshilfe ist ein sensibler Bereich, in dem es für die Gesundheit von Mutter und Kind nötig ist, dass die Mediziner jederzeit Zugriff auf alle relevanten Informationen haben. Die Städtischen Kliniken Mönchengladbach stellen das mit dem ORBIS AddOn STORCH sicher.

Gunnar Schwennicke wird in den Kreißsaal gerufen: Bei einer Zwillingsgeburt treten Komplikationen auf. Wo sich der leitende Oberarzt der Klinik für Frauenheilkunde & Geburtshilfe an den Städtischen Kliniken Mönchengladbach früher durch seitenweise Papier wühlen musste, geht er heute an einen Monitor, scrollt durch das geöffnete Dokument und verschafft sich binnen Sekunden einen Überblick über den gesamten bisherigen Geburtsverlauf. Danach stimmt er sich mit seinem behandelnden Kollegen ab und bespricht das weitere Vorgehen.

Seit 2022 hat sich seine Arbeit verändert und vereinfacht – mit der Einführung des ORBIS AddOns STORCH. Die geburtshilfliche Dokumentation hat die dreiteilige Patientenakte abgelöst. „Wir hatten vorher eine elektronische Patientenkurve mit allen Daten, die auf der Station erfasst wurden, die Geburtsdokumentation in einem Spezialsystem, die über eine Schnittstelle an unser Krankenhaus-Informationssystem angebunden war und bidirektional Daten ausgetauscht hat, sowie eine Papierakte zur Dokumentation der Schwangerschaftsverläufe. Die Medienbrüche und unterschiedlichen Speicherorte haben uns die Arbeit unnötig erschwert“, blickt Schwennicke zurück. Mithilfe der neuen IT-Lösung konnten die auch physisch getrennten Patientenakten zusammengeführt werden. Die Informationen stehen nun an jedem Rechner der Klinik zur Verfügung. „Das schafft eine neue Übersichtlichkeit und erspart uns Wege, Telefonate und wertvolle Zeit“, so der leitende Oberarzt.

ORBIS als Digitalisierungsbasis

Diese Vereinheitlichung folgt aber auch der IT-Strategie der Städtischen Kliniken, die sämtliche Workflows digital abbilden möchten. „Dabei wollen wir möglichst wenige Systeme nutzen, die jedoch in ihrer vollen Funktionalität. Dreh- und Angelpunkt der medizinischen Dokumentation ist unser KIS ORBIS“, erläutert IT-Leiter Ralf Klinger. Sein Haus gehörte im Mai 1997 zu den ersten Kunden und setzt das System mittlerweile flächendeckend ein. Dabei war es eine bewusste Entscheidung, auf die Systeme eines Anbieters zu setzen. „So können wir eine hohe Konsistenz der Daten sowie einen barrierefreien Informationsfluss über Systemgrenzen hinweg gewährleisten und unseren Nutzern eine einheitliche Bedienoberfläche in allen Anwendungen bieten“, nennt Klinger wesentliche Vorteile dieses holistischen Ansatzes.

Ralf Klinger, Patricia Swientek und Gunnar Schwennicke, Städtische Kliniken Mönchengladbach

Die Kliniken nutzen nun das Krankenhauszukunftsgesetz, um die wenigen noch papierbehafteten Lücken zu schließen und auch diese Prozesse in ORBIS abzubilden oder über Spezialsysteme zu integrieren. Dabei wähnt der IT-Leiter sein Haus auf einem guten Weg und beziffert den Digitalisierungsgrad im medizinischen Bereich auf 90 bis 95 Prozent. Eine Baustelle, die in einem nächsten Schritt angegangen werden soll, ist die elektronische Kommunikation mit externen Partnern wie anderen Krankenhäusern, Rehakliniken oder dem Medizinischen Dienst.

Alle relevanten Informationen im Zugriff

25 Ärzte und mehr als 40 Hebammen betreuen in der Klinik für Frauenheilkunde & Geburtshilfe jährlich bis zu 3.500 Geburten. Diese außergewöhnlich hohe Zahl schreibt Schwennicke auch dem massiven Zentralisierungsdruck in Nordrhein-Westfalen in den vergangenen zehn Jahren zu. „Viele Kliniken haben ihre geburtshilflichen Abteilungen geschlossen, was beispielsweise dazu geführt hat, dass es im gesamten Rhein-Erft-Kreis keine Geburtsklinik mehr gibt“, so der Mediziner. So mutet der Neubau der eigenen Klinik, die tatsächlich Ergebnis der strategischen Weiterentwicklung ist, fast prophetisch an. Geplant für ursprünglich 2.000 Geburten im Jahr musste sie dann allerdings auch recht schnell um drei Kreißsäle erweitert werden.

Die Besonderheit in der Geburtshilfe liegt darin, dass aus dem völlig normalen Prozess einer Geburt innerhalb kürzester Zeit lebensbedrohliche Notfallsituationen entstehen können. „Da habe ich als Geburtshelfer lediglich 15 Minuten Zeit, bis ein kindlicher Hirnschaden eintritt“, mahnt Schwennicke. Umso wichtiger ist es für ihn, dass er in digitalen Zeiten auf Knopfdruck sehr schnell auf alle relevanten Informationen zugreifen kann.

Und um das sicherzustellen, gibt es für ihn kein besseres System als STORCH. „Der Vorgänger war spezialisiert auf die Qualitätssicherung, was wir in der täglichen Arbeit auch gemerkt haben. Es war einfach limitiert und hat uns nicht in der gewünschten Weise unterstützt. Zudem zeigen sich bei Systemen anderer Hersteller immer wieder Probleme beim Datentransfer aufgrund

der Schnittstellen", beschreibt der leitende Oberarzt seine Erfahrungen. Deshalb hat er darauf gedrängt, dass eine neue geburtshilfliche Dokumentationslösung implementiert wird.

Erfolgreiche Entwicklungspartnerschaft

Da bot sich Dedalus mit dem ORBIS AddOn STORCH an – im wahrsten Sinne des Wortes. „Wir waren Pilotkunde und konnten Einfluss auf die Entwicklung nehmen. Früher war es oft so, dass unsere Workflows sich der Software angepasst haben. Nun hatten wir die Gelegenheit, die Software unseren Prozessen anzupassen", beschreibt Schwennicke eine Motivation mitzuwirken. Und das war ein iterativer Prozess. Nach Tests haben die Anwender Anregungen und Feedback gesammelt und diese an Dedalus HealthCare geschickt. Dort wurde der Input gesichtet, umgesetzt und eine neue Testversion zurückgespielt. „Das war ein spannender und sehr produktiver Prozess. Ich war oft erstaunt, wie schnell viele Dinge umgesetzt worden sind", bilanziert der leitende Oberarzt zufrieden die Zusammenarbeit.

Der Industriepartner hat den Ärzten eine Testdatenbank mit der jeweils aktuellen Softwareversion zur Verfügung gestellt. Dort wurde das System dann mit virtuellen Patientendaten getestet. Im Zuge der Einführung hat die Abteilung zwei Monate lang doppelt dokumentiert, einmal im alten System und parallel in STORCH. „Wir wollten vor dem Echtbetrieb sicher sein, dass alle Daten erfasst und auch korrekt für die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung übergeben werden", nennt Schwennicke die Gründe für das Verfahren mit Sicherheitsnetz. Nachdem das gewährleistet war, wurde das Altsystem abgeschaltet.

So sind alle Beteiligten am Ende sehr zufrieden. Auch Anwendungsbetreuerin Patricia Swientek, die vornehmlich mit dem Support von Dedalus HealthCare im Austausch stand, hat durchweg positive Erfahrungen gemacht: „Wenn Probleme aufgetreten sind, habe ich diese an unseren Partner weitergegeben. So haben wir gemeinsam in der Regel recht schnell zu einer Lösung gefunden."

Komplett digitaler Workflow

Heute steht in jedem Untersuchungsraum und jedem Kreißsaal ein Computer, an dem jeder Schritt zeitnah dokumentiert werden kann. Das beginnt, wenn sich die Patientin erstmals in der Klinik vorstellt. Dann werden in einer speziellen Maske die relevanten Daten erfasst, vorrangig aus dem Mutterpass. Hinzukommen Informationen zur Krankenvorgeschichte und zu Besonderheiten im Schwangerschaftsverlauf.

Ist die werdende Mutter im KIS aufgenommen, erscheint sie automatisch auch in der Kreißsaalübersicht. Rückt schließlich die Entbindung näher, wird im Krankenhaus eine Kardiotokografie (CTG), landläufig als Wehenschreiber bekannt, erstellt und von der Hebamme im ORBIS AddOn STORCH befundet. Der diensthabende Arzt erhebt seinen Aufnahmebefund. „Beides kann ich an jedem beliebigen Arbeitsplatz in der Patientenkurve einsehen, die die Informationen automatisch aus der geburtshilflichen Dokumentation übernimmt", so Schwennicke.

Auch die Dokumentation rund um die Entbindung erfolgt in einer eigenständigen Maske im AddOn. Dort erfasst der Arzt in Scroll-Down-Menüs beispielsweise die Öffnung des Muttermundes und den Höhenstand des Köpfchens. Aus den Angaben entsteht automatisch ein Partogramm, also eine grafische Darstellung des Geburtsverlaufes. Das zeigt dem Behandler auf einen Blick die Dynamik der Geburt. Auch für die Interventionen nach der Geburt haben die Anwender eine eigene Dokumentationsmaske definiert.

Transparent und sicher

„Mit der vollkommen transparenten digitalen Dokumentation in STORCH habe ich nicht nur an rechtlicher Sicherheit gewonnen, ich spare auch Zeit", sagt Schwennicke und nennt die Qualitätssicherung als Beispiel: „Wir müssen eine Unmenge an Daten erfassen. Früher haben wir das nach der Geburt getan und wenigstens eine halbe Stunde lang Zettel ausgefüllt. Heute erledige ich das zeit- und patientennah nebenbei mit wenigen Klicks im AddOn. Wenn die übliche Dokumentation komplett erledigt ist, ist meine Qualitätssicherung bereits fertig, weil entsprechende Daten automatisch übernommen werden."

Und wenn doch einmal etwas übersehen wird, bekommen die Ärzte eine sogenannte Fehlerliste mit den noch offenen Punkten, die sie dann nacharbeiten können – mit dem direkten Zugriff auf alle Informationen in der digitalen Patientenakte. „Das mache ich dann ganz bequem am Schreibtisch ohne Suchen im Archiv und Blättern in Papierakten", freut sich Gunnar Schwennicke. ■

Städtische Kliniken Mönchengladbach

- Schwerpunktkrankenhaus
- 13 Kliniken, sechs Zentren und drei Tochtergesellschaften, davon ein MVZ
- 554 Betten
- Rund 29.000 Patienten stationär und 50.000 ambulant

Patientendaten im nahtlosen Fluss

Johanniter haben Systemlandschaft vereinheitlicht und schreiben Digitalisierung fort

Möglichst alles aus einer Hand – nach dieser Devise digitalisieren die Johanniter schrittweise ihre Krankenhäuser und wissen dabei mit Dedalus HealthCare einen leistungsstarken Partner an ihrer Seite. Seit Neuestem stärken ein digitales Archiv und ein Patientenportal die Prozesse in der Patientenversorgung.

Bereits 2015 haben die Johanniter mit der Digitalisierung ihrer Krankenhäuser begonnen und dabei alle Kliniken im Akutbereich schrittweise auf eine einheitliche patientenführende Plattform gehoben. „Die vorherrschende Heterogenität im Bereich der patientenführenden Systeme samt anhängiger Prozesse hat eine angemessene und bedarfsgerechte digitale Transformation damals nahezu unmöglich gemacht", sagt Hans Peter Klaus, Head of Application Management im Geschäftsbereich IT der Johanniter HealthCare-IT Solutions. Mit ORBIS ist es gelungen, eine rund 80-prozentige Vereinheitlichung für die klinische Prozesslandschaft zu erreichen – mit entsprechend positiven Auswirkungen für die Patientenversorgung. „Durch den Einsatz evidenzbasierter Verfahren, State-of-the-Art-Technologien und Innovationen in der prädiktiven Medizin versorgen wir Patienten auf qualitativ höchstmöglichem Niveau. Dementsprechend muss eine gute medizinische Versorgung immer mit einer funktionierenden, unterstützenden IT einhergehen", ist Klaus sich sicher. Der aktuelle Digitalradar gibt ihm schon jetzt recht: Danach liegen die stationären Einrichtungen der Johanniter weit über dem Bundesdurchschnitt. Die Johanniter setzen bei der Digitalisierung mit sehr wenigen Ausnahmen auf den holistischen Ansatz. „Damit gewährleisten wir den Anwendern einen leichteren Zugang zu den Informationen und einen durchgehenden Datenfluss. Darüber hinaus lassen sich Standardisierungen trägerweit sehr zügig umsetzen und führen nach kürzester Zeit jeweils zu Ergebnissen", nennt der Applikationsmanager einige Vorteile des Vorgehens.

Zentrale Drehscheibe für alle Daten

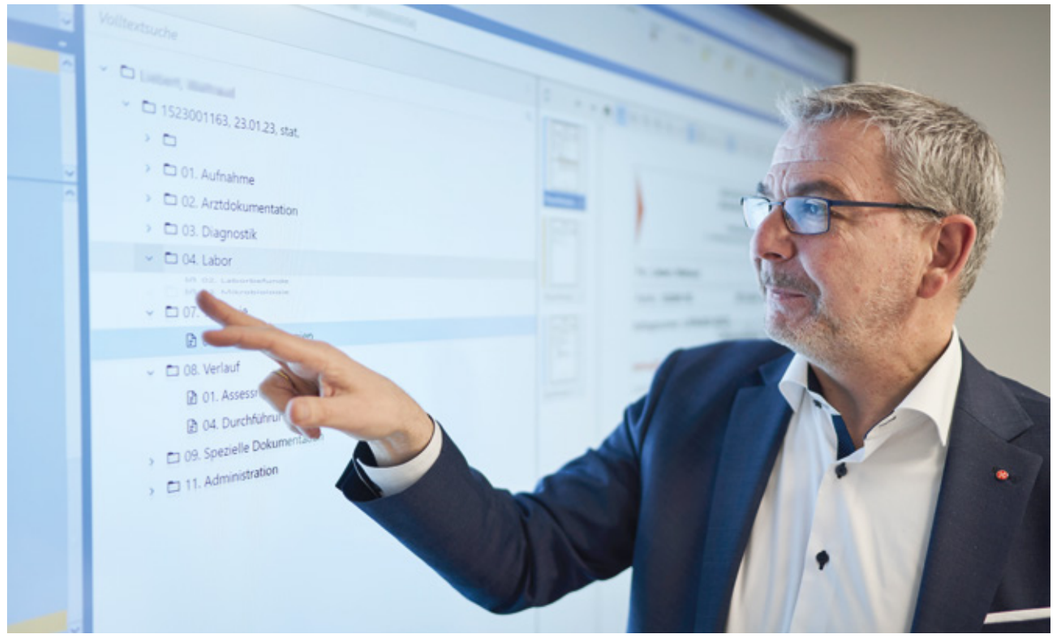
Der Weg zum holistischen System steht jedoch stets unter dem Vorbehalt, dass die Systeme von Dedalus HealthCare auch jeweils sinnvoll für die Anwender sind. Diese Frage stellte sich also auch bei der Auswahl eines neuen Enterprise Content-Managementsystems (ECM). Die Verantwortlichen wollten das bestehende ablösen, weil es sich nicht tief genug in das Krankenhaus-Informationssystem (KIS) und damit in die Abläufe integrieren ließ. „Nach einer gründlichen Abwägung haben wir erkannt, dass das Verfahren HYDMedia für unsere Anforderungen bestens geeignet ist und uns vielfältige Möglichkeiten der Weiterentwicklung bietet", sagt Klaus und meint damit eine höhere Durchgängigkeit der Dokumente und Automatismen für die behandelnden Ärzte.

HYDMedia soll nach und nach zu einer Datendrehscheibe für das gesamte Unternehmen ausgebaut werden. Damit würde beispielsweise ein Patient nur einmal im System angelegt und seine Daten wären – vorausgesetzt er hat die entsprechende Vereinbarung unterzeichnet – in allen Einrichtungen abrufbar, in denen er behandelt wird. Dazu gehören neben den administrativen Informationen sämtliche Arztbriefe, Röntgenaufnahmen mit Befunden, die Fieberkurve und der Medikamentenplan, um nur einige zu nennen. Aber bereits daraus lässt sich der Mehrwert für die Patientenversorgung ermessen. Um diesen Mehrwert zu erhöhen, werden auch alle Papierdokumente eingescannt und der digitalen Patientenakte zugefügt.

Langzeitprojekt Datenmigration

Die Einführung des neuen ECM verlief erwartet problemlos. Da das Altsystem parallel weiterlief, bestand die größte Herausforderung darin, IT-seitig die entsprechenden Kapazitäten für Installation und Migration zu schaffen. Betrieben wird HYDMedia – wie alle Lösungen – im eigenen Rechenzentrum in Berlin. Auf lokalen Servern halten die Johanniter aus Gründen der Ausfallsicherung die sogenannten Notfalldaten, also Fieberkurve, Medikamentenplan, letzter Arztbrief und Befunde, vor.

Ein Langzeitprojekt war die Datenmigration vom Altsystem. Bis zu ihrem Abschluss sind Terabytes and Daten in das neue ECM gewandert. Anfang März wurde HYDMedia im Johanniter-Krankenhaus Gronau als erstes Haus des stationären Johanniter-Verbundes in den Echtbetrieb geführt. „Dabei handelt es sich um ein vergleichsweise kleines Haus im Verbund, das bisher kein Archivsystem im Einsatz hatte", so Klaus. „Die Erfahrungen aus der Inbetriebnahme samt Umstellung der Schnittstellen und Schulungen wollen wir dann für die Ablösungen in den anderen Häusern nutzen. Geplant ist, wenigstens alle zwei Monate eine weitere Einrichtung auf HYDMedia zu migrieren." In einem – obligatorischen – nächsten Schritt wird das ECM auch an das Leistungserbringer-Portal des Medizinischen Dienstes ange-



bunden. Obwohl das Johanniter-Krankenhaus Bonn als Pilothaus für alle weiteren Kliniken bereits sehr weit digitalisiert ist, wird der Weg in den nächsten Monaten mit dem ICU Manager und der elektronischen Pflegedokumentation fortgesetzt.

Integration ist gefragt

Ein weiterer wichtiger Schritt ist die Einführung der PatientXCare Suite samt Entlass-Management Care-Bridge. „Hier wollen wir auch das Krankenhauszukunftsgesetz nutzen, um diese auch strategisch für uns wichtigen Themen voranzutreiben. Patienten erwarten heute mindestens eine zeitgemäße Art der Terminvereinbarung, die bieten wir ihnen im ersten Schritt bereits mit dem Portal. Zudem entlasten wir die Sekretariate von Telefonaten und erwarten eine Verkürzung der Wartezeiten für die Patienten", so Klaus zu den Vorteilen der Lösung, die im Johanniter-Krankenhaus und dem Waldkrankenhaus Bonn bereits eingesetzt wird.

Auch als ein Baustein beim Johanniter-Patientenportal war die PatientXCare Suite nicht automatisch gesetzt. „Wir haben uns verschiedene Lösungen angeschaut und die Leistungen verglichen, dann aber schnell festgestellt, dass sie sich nicht so tief in ORBIS integrieren lassen. Deshalb haben wir uns am Ende mit voller Überzeugung für die Lösung unseres langjährigen Partners entschieden", fasst der Applikationsmanager die Auswahl zusammen. Ein wichtiger Aspekt war wieder der nahtlose Datenfluss in das Portal und zurück ins KIS. Spätestens wenn in einem weiteren Schritt der Dokumentenaustausch realisiert ist, kommt diesem Aspekt eine besondere Bedeutung zu. Nicht zuletzt hat das Entlass-Management Care-Bridge eine Rolle bei der Systemauswahl gespielt.

Für die Online-Terminvereinbarung hat eine interne Projektgruppe die unterschiedlichen Kalenderstrukturen analysiert und mit den Sekretariaten entsprechende Zeitslots definiert, die von außen gebucht werden dürfen. Ebenso wurde das Verfahren der Terminbestätigung sowie -verschiebung oder -absage festgelegt und in der PatientXCare Suite abgebildet. „Nun sind wir gespannt, wie die Patienten das neue Angebot annehmen", so Klaus.

Von der Terminbuchung bis zur Weiterbehandlung

Die Terminvereinbarung kann über die Website der Krankenhäuser aufgerufen werden. Der Patient wählt das entsprechende Krankenhaus und die Fachrichtung aus, gibt seinen Versicherungsstatus an und kann dann einen Termin vereinbaren. Den bestätigt das System automatisch per Mail. Seine Daten werden zwar zentral gespeichert, sind aber ausschließlich in dem Haus abrufbar, in dem er seinen Termin wahrnimmt.

Vor der Buchung greift eine Zwei-Faktor-Authentifizierung aus Kennwort und Bestätigung, die per Mail, SMS oder später in der App erfolgt.

In der nächsten Ausbaustufe – geplant ab April – kann der Patient dann auch Unterlagen ins Portal hochladen, beispielsweise eine Überweisung, einen Arztbrief, Voraufnahmen und -befunde oder den Medikationsplan. Diese Dokumente werden dann in der Plattform dargestellt und der Arzt entscheidet individuell, welche für die Behandlung relevant sind und welche er übernimmt. Die werden daraufhin automatisch in die Patientenakte im KIS übernommen und stehen den weiterbehandelnden Ärzten zur Verfügung. Nach der Behandlung kann der Patient alle Dokumente, die während seines Klinikaufenthaltes entstanden sind, in die App herunterladen und mit den weiterbehandelnden Medizinern teilen. Ebenso kann mit dem Einverständnis des Patienten auch sein einweisender Arzt auf die Dokumente zugreifen.

Am Ende, wenn die PatientXCare Suite in allen Kliniken verlässlich läuft, werden noch die Anmeldung der Patienten an einem speziellen Terminal sowie ein Wegeleitsystem über das Mobiltelefon implementiert.

Vom Ende her denken

Worauf sollten nun andere Krankenhäuser achten, die ebenfalls vor der Einführung eines Patientenportals stehen? „Zuerst einmal sollte man sich die Frage beantworten, welche Use Cases umgesetzt werden sollen und welche Ziele man mit dem Portal erreichen möchte. Davon hängt dann maßgeblich auch die Auswahl ab. Nicht zuletzt bestimmen die Antworten den notwendigen Integrationsgrad der Lösung in das patientenführende System", zieht Klaus seine Schlüsse aus den eigenen Erfahrungen.

Gewohnt positiv waren die in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Dedalus HealthCare. „Ich persönlich kenne und schätze das Unternehmen nun bereits seit rund 20 Jahren. Viele Ansprechpartner begleiten mich bereits eine lange Zeit, was die Kommunikation und den Austausch natürlich erleichtert. Gerade in der Entwicklung und Implementierung neuer Lösungen werden wir sehr gut unterstützt und können so den einen oder anderen Stolperstein gemeinsam aus dem Weg räumen", so Hans Peter Klaus. ■

Der Johanniter-Verbund

- 9 Krankenhäuser
- Akut-Einrichtungen der Grund- und Regelversorgung
- Ca. 4.000 Betten
- Ca. 92.000 stationäre und 321.000 ambulante Patienten

„Früher musste ich aufwendig Patientenkurven durcharbeiten, heute kostet mich das einen Mausklick.

Merle Weilandt
Bethanien Krankenhaus Moers

Medikation topmodern

Bethanien Krankenhaus Moers optimiert Medikationsprozess

Ärzte und Apotheker werden mittlerweile mit einer solchen Menge an Arzneimitteln konfrontiert, dass es schlicht unmöglich ist, bei jedem die Wechselwirkungen und Interaktionen zu kennen. Das Bethanien Krankenhaus Moers unterstützt sie dabei mit ORBIS Medication und Flycicle Vision® – und erhöht zugleich die Patientensicherheit.

Die Patienten im Bethanien Krankenhaus Moers nehmen während des Klinikaufenthalts durchschnittlich rund ein Dutzend Medikamente ein, so die Schätzung der Stationsapothekerin Merle Weilandt. Dass das schwer zu bewerkstelligen ist, liegt auf der Hand. Lange Zeit haben sie und die Ärzte das Medikationsmanagement im Krankenhaus-Informationssystem (KIS) ORBIS und den Wechselwirkungscheck in einem gesonderten Spezialsystem vorgenommen. „Dort mussten die Arzneimittel dann aber separat eingegeben werden. Die Mehrarbeit war im hektischen Klinikalltag kaum zu leisten“, weiß KIS-Administrator Thomas Schlienz. Ebenfalls entstand beim Wechsel der Patienten von der Intensiv- auf eine Normalstation zusätzlicher Aufwand. Dann mussten die Ärzte die eine Medikation absetzen und eine neue anordnen.
Diese Prozeduren sind beim herrschenden Ärzte- und Pflegekräftemangel nicht haltbar. Deshalb hat sich das Bethanien Krankenhaus entschlossen, die Medikation sehr eng mit dem KIS zu verzahnen. ORBIS ist bereits seit 2003 das patientenführende System und im medizinischen Bereich mittlerweile fast flächendeckend im Einsatz. „Wir verfolgen zwar keinen strikten holistischen Ansatz“, sagt IT-Leiter Michael Ziller, „bietet Dedalus HealthCare jedoch eine passende Lösung, ist das Unternehmen unser erster Ansprechpartner. Beim Medikationsmanagement stand jedoch nie eine andere Lösung als die aus Bonn zur Diskussion, weil zur Abbildung der Workflows und zum automatischen Datentransfer zwischen den Systemen eine tiefe Integration die Grundvoraussetzung darstellt.

Hausliste im Online-Zugriff

Die sorgt dann auch dafür, dass beispielsweise Stationsärzte durch den Zugriff auf einheitliche Hauslisten die Medikation eines Patienten sehr schnell und einfach anpassen können – auch unter Zeitdruck nachts im Notdienst. ORBIS Medication soll bis Anfang Mai auf allen Normalstationen eingeführt sein, danach folgen die Kinderklinik und die Intensivstation. „Die beiden Einrichtungen ziehen wir nach, da beide eigene Hauslisten mit rund 400 Medikamenten haben, die eingepflegt werden müssen“, erläutert Weilandt das Vorgehen.
Sie selbst ist bei der Aeskulap Apotheke in Moers angestellt und arbeitet drei Tage in der Woche als Stationsapothekerin im Bethanien Krankenhaus. In dieser Funktion kümmert sie sich um alles, was mit Arzneimitteln zu tun hat, auch um die Beratung der Ärzte und Pflegekräfte. Fragen der Medikamentenanordnungen, -gabe und -lieferung sind ihr täglich Brot. Aktuell brennen ihr die bestehenden Lieferengpässe unter den Nägeln. „Da muss ich die Mediziner häufig auch zu Alternativmedikamenten beraten, wenn etwas aus der Hausliste gerade nicht lieferbar ist“, so Weilandt.

Spezieller Arbeitsplatz für Apotheker

Dabei erleichtert ihr der Apothekenarbeitsplatz in ORBIS Medication die Arbeit. Früher hat sie die Medikation einzelner Patienten auf Zuruf der Stationsärzte geprüft. Heute kann sie proaktiv tätig werden und beispielsweise auf einen Blick etwaige Risikomedikamente identifizieren und prüfen. Auch das Projekt Antibiotic Stewardship, bei dem Weilandt Teil des interdisziplinären Teams ist, profitiert vom neuen Arbeitsplatz. „Ich kann mir anzeigen lassen, welche Patienten Vancomycin, ein Antibiotikum zur Behandlung einer Reihe bakterieller Infektionen, nehmen, und dann direkt mit dem behandelnden Arzt in Kontakt treten“, nennt die Stationsapothekerin ein Beispiel. Früher musste sie dazu aufwendig Patientenkurven durcharbeiten.
Zudem kann sie sehr viel einfacher risikobehaftete Prozesse begleiten und schneller und gezielter kommunizieren. Bittet beispielsweise ein Arzt sie um ihre Expertise, kann sie auf dem elektronischen Weg und transparent für alle eine pharmazeutische Empfehlung geben. Die hinterlegt Weilandt direkt im System. In der Patientenkurve taucht ein definiertes Symbol auf – passenderweise ein Aeskulap-Stab –, so dass alle Ärzte dann diese Empfehlung lesen können. Diese quittieren anschließend mit einem Mausklick, dass sie sie gelesen haben, und notieren für den Fall, dass sie der Empfehlung nicht folgen, den Grund dafür. Damit ist der gesamte Prozess vollkommen transparent.

Michael Ziller, Merle Weilandt und Thomas Schlienz, Bethanien Krankenhaus Moers

Digitaler Medikationsprozess

Bis es so weit war, galt es aber, ein paar alte Zöpfe abzuschneiden, wie Ziller es formuliert: „Wir haben die Systemeinführung genutzt, um etablierte Prozesse zu hinterfragen und gegebenenfalls anzupassen." Beispiele sind die Überarbeitung von Sammelverordnungen und die Erstellung von Verordnungsstandards. Die legen fest, welche Medikamente bei immer wiederkehrenden Krankheitsbildern verabreicht werden. „Diese Standards haben wir in der Software hinterlegt, so dass der behandelnde Arzt sie in einem Menü nur noch auswählen und kontrollieren muss und dann automatisch in die Fieberkurve übernehmen kann. Das bedeutet eine immense Arbeitsersparnis", erläutert der IT-Leiter.

Wie läuft aber der gesamte Prozess rund um die Medikation im Bethanien Krankenhaus ab? Wenn der Patient in die Klinik kommt, bringt er idealerweise seinen Medikationsplan mit allen Angaben mit. Der kann dann bei der Aufnahme eingescannt und in ORBIS Medication gespeichert werden. Danach übernimmt die Pflegekraft die Medikation entsprechend der Hausliste. Im nächsten Schritt kontrolliert ein Arzt die Medikation auf Korrektheit und Vollständigkeit. Mit der Signierung startet automatisch der Interaktionscheck mit Flycicle Vision®. Dabei berücksichtigt die Software Wechselwirkungen, Doppelverordnungen, Allergien, allgemeine Hinweise, Rote-Hand-Briefe und ähnliches. Nach der Medikationsprüfung visualisiert das Tool Warnungen und Informationen in einem bewährten Kreisschema und stellt sie ihrem Schweregrad entsprechend farblich dar. Rot symbolisiert dabei Interaktionen mit potenziell klinisch schwerwiegenden unerwünschten Arzneimittelwechselwirkungen (UAW), gelb steht für selten klinisch relevante Interaktionen. „So können die Ärzte nach einem Blick darauf eine Risikoeinschätzung vornehmen und die Medikation gegebenenfalls anpassen", sagt Weilandt. Die Ärzte müssen mit einem Mausklick bestätigen, dass sie die Warnungen gelesen haben. Diese wiederum werden in einem Textfeld erläutert, das auch Vorschläge zu alternativen Medikamenten oder Dosierungen enthält.

Ist der Interaktionscheck abgeschlossen, gibt der Arzt den Medikationsplan frei. Der erscheint in ORBIS Medication, so dass die Pflegekräfte die Medikamente stellen können. Die erscheinen in der sogenannten Stellliste. Früher konnte lediglich abgehakt werden, dass das Arzneimittel dem Patienten verabreicht wurde. Heute dokumentiert die Pflegekraft die Phasen „Medikamente gestellt", „Medikamente ausgeteilt" und „Medikamente appliziert". Darüber hinaus sind in der Liste spezifische Informationen zu den einzelnen Artikeln hinterlegt. „Dort ist dann beispielsweise die Haltbarkeitszeit einer Salbe nach Öffnen der Tube vermerkt, die die Pflegekraft dann direkt auf die Verpackung schreiben kann. Früher war das in einer Liste vermerkt, die aber immer dort hing, wo man gerade nicht war", merkt Merle Weilandt an. Auch Fachinformationen, die Ärzte oder Pflegekräfte sonst im Intranet suchen mussten, kann sie direkt beifügen. Ein Popup-Fenster verrät beispielsweise, wie Medikamente aufgezogen oder mit welchem Präparat Arzneimittel in Pulverform aufgelöst werden. Alles in einem System, alles nur einen Mausklick entfernt und alles zentral zu administrieren.

Nächster Schritt: Closed Loop

Ist der klinikweite Rollout von ORBIS Medication abgeschlossen, nimmt das Bethanien Krankenhaus Moers den Closed Loop in Angriff. „Damit können wir dann den gesamten Medikationsprozess von der Verordnung bis zur Gabe transparent und lückenlos dokumentieren", sagt Michael Ziller. „Wir versprechen uns davon eine weitere Steigerung der Patientensicherheit." ■

Bethanien Krankenhaus Moers

- Haus der Schwerpunktversorgung
- Größtes Krankenhaus am linken Niederrhein
- 519 Betten
- 21.000 vollstationäre und
- 75.000 ambulante Fälle

Das erste Gesicht von Dedalus

Interview mit Sandra Scholl, Mitarbeiterin Onboarding

Sandra Scholl, im Januar 1981 in Bad Neuenahr geboren, ist eine lebensfrohe und kommunikative Persönlichkeit. Sie betreut seit dem 17. Mai 2021 als Mitarbeiterin Onboarding die Newcomer bei Dedalus HealthCare in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Schwimmen, Rad, Inliner oder Ski fahren, das macht ihr Spaß – genauso wie der Job. „Das ist das Wichtigste für mich, sich auf die Arbeit, die Kollegen und den Tag zu freuen“, sagt Sandra, die Wert auf das Du legt – denn: „Ein starkes ‚Wir-Gefühl‘ ist uns wichtig.“

Was hat dich an der Stelle im Onboarding gereizt?

Sandra Scholl: Zuerst einmal das Neue. Es war eine neue Herausforderung für mich und die Position war neu im Unternehmen. Ich konnte mich also selbstständig entfalten. Ich bin zuverlässig, sehr kommunikativ und organisiere gerne. Damit erfülle ich alle Anforderungen. Außerdem kommen jeden Monat neue Menschen und neue Herausforderungen auf mich zu – es wird nie langweilig.

Haben sich die Erwartungen bis heute erfüllt?

S. Scholl: Voll und ganz. Ich bin aus dem Vorstellungsgespräch gekommen und wollte diese Stelle unbedingt. Auch wenn ich kein Onboarding oder eine richtige Einarbeitung bekommen habe, brenne ich für die Aufgabe. Nach mehr als 20 Berufsjahren kann ich sagen: Ich bin angekommen und glücklich.

Was genau verbirgt sich hinter dem Begriff „Onboarding“?

S. Scholl: Wörtlich das An-Bord-Nehmen, also alle Maßnahmen, die zur Aufnahme und Integration neuer Mitarbeiter beitragen. Oder wie es eine Newcomerin letztens so schön gesagt hat: Ich bin das erste Gesicht von Dedalus für die Newcomer. Ich versuche, den Newcomern vor ihrem Start mit einer Rundum-Betreuung alle Informationen zu geben, damit sie sich gut aufgehoben und abgeholt fühlen. Letztlich sollen sie sich auf ihre neue Herausforderung freuen.

Wie hast du die Position, die es ja vor dir nicht gab, mit Leben gefüllt?

S. Scholl: Ich wusste, was Onboarding ist und bedeutet, und ich wusste, was ich wollte. Es gab vorher bereits einzelne Abteilungen, die ein eigenes Onboarding organisiert hatten. Das habe ich mir zuerst angeschaut. Danach habe ich sehr viele Kollegen angesprochen und gefragt, was sie sich von einem Onboarding-Prozess versprechen. Diese Wünsche und Ideen habe ich dann mit dem Management in einem definierten Prozess formuliert.

Wie muss ich mir diesen Prozess vorstellen?

S. Scholl: Hauptbestandteil ist der Welcome Day an jedem ersten Werktag eines Monats in der Geschäftsstelle in Bonn. Etwa vier Wochen davor spreche ich mich mit den Vorgesetzten der Newcomer ab. Dann unterstütze ich bei der Bestellung der Hardware und sonstigem Equipment für die Neuen. Als nächstes kümmere ich mich um deren Anreise, wenn sie von weiter herkommen. Ich organisiere nach Absprache eine gemeinsame Anreise, Fahrgemeinschaften und buche Zimmer für alle im gleichen Hotel. Wenn gewollt, stelle ich bereits einen Kontakt zu den anderen Newcomern her, so dass sie sich vorab untereinander vernetzen können und sich zum Beispiel abends an der Hotelbar oder morgens zum Frühstück treffen. Das bedeutet für mich zwar einen enormen Zeitaufwand, kommt bei unseren Newcomern aber sehr gut an. Für mich gehört das zum Ankommen und Networking ist wichtig.

Zwei Wochen vor ihrem Start bei uns erhalten die Newcomer eine Welcome Mail mit allen Informationen für ihren ersten Tag. Ich bin zudem jederzeit die Ansprechpartnerin in allen Belangen für die Vorgesetzten, die Abteilungen und die Newcomer.

Wie läuft dann der Welcome Day ab, Sandra?

S. Scholl: Wir treffen uns immer um 10:00 Uhr im Plenarsaal. Dem Willkommen schließt sich eine Vorstellungsrunde an. Die Newcomer erhalten allgemeine Informationen zum Unternehmen. Während eines kleinen Rundgangs lernen sie die Geschäftsstelle kennen. Danach stellen Geschäftsführer Dieter Nels das Unternehmen und MarCom-Leiterin Martina Götz ihren Bereich vor. Nach dem gemeinsamen Mittagessen wird die PBU (Portfolio Business Unit) seitens Giso Langer vorgestellt. Dem schließt sich die Übergabe der Arbeitsrechner samt Installation und Einführung an. Dazu gehören auch die Vorstellung der Onboarding-Intranetseite und alles Wissenswerte für den Start/Einstieg. Danach stellen sich noch der Betriebsrat und die Abteilung Human Resources vor. Abgeschlossen wird der ereignisreiche Tag mit einer offenen Runde für Fragen und dem Übergang in den jeweiligen Fachbereich.

Wie viele Newcomer nehmen an einem Welcome Day teil?

S. Scholl: In der Regel 15 aufwärts pro Termin, 27 Teilnehmer war bisher die Höchstzahl. Mitte des Monats oder zu anderen Startdaten biete ich nach Absprache auch einen Welcome Day an, dann aber nur einen halben Tag ohne Präsentationen. Das bedeutet, ich heiße die neuen Teammitglieder willkommen, gebe ihnen alle allgemeinen und wichtigen Informationen mit, mache eine Übergabe der Arbeitsrechner und wir enden mit einem Rundgang, bevor es dann in den Fachbereich geht. Das ganze Programm erhalten die Newcomer, wenn gewünscht, dann im Monat darauf.

Wie sehen deine Aufgaben rund um den Welcome Day aus?

S. Scholl: Die sind sehr vielfältig,

weil ich die Schnittstelle zwischen den Vorgesetzten, den Newcomern und den einzelnen Abteilungen wie Einkauf, IT, Personal und so weiter bin. Es gibt immer Fragen, die ich versuche zu beantworten. Ein stetiges Update zum aktuellen Status gehört auch dazu. Ein mir sehr wichtiger Aspekt sind die Auswertung der Feedbackbögen von den Newcomern sowie die Jour fixes mit den einzelnen Abteilungen. Daraus ziehe ich viele Informationen, um den Prozess stetig zu verbessern.
Langeweile kenne ich also nicht, zumal ich noch alleine für alles verantwortlich bin. Sollten wir weiterhin so wachsen wie aktuell, wird man auch das Onboarding-Team erweitern müssen.

Wie geht es nach dem Welcome Day für die Newcomer und dich weiter?

S. Scholl: Ich bleibe weiterhin Ansprechpartnerin für die Newcomer. Nach drei Wochen gibt es einen Termin per Teams, in dem ich erfahren möchte, wie es ihnen geht, wie alles läuft und ob sie noch Hilfe/Unterstützung brauchen.
Nach drei Monaten gibt es einen Feedbackbogen und – das ist neu – nach sechs Monaten werde ich einen weiteren Feedbacktermin per Teams einrichten. Bestenfalls haben die Abteilungen ihren Newcomern einen Paten oder Mentor zur Seite gestellt, der sich dann um die bereichsspezifische Einarbeitung kümmert.

Welche Änderungen hast du am Onboarding-Prozess aus dem Feedback heraus vorgenommen?

S. Scholl: Es gibt stetig Änderungen und Anpassungen. Der Onboarding-Prozess ist always ongoing. Neben dem Teams-Termin nach drei Wochen folgt noch ein weiterer Termin nach sechs Monaten. Dazu biete ich zusammen mit dem Einkauf eine Frage-Antwort-Runde über Teams zu unserem Reisebuchungs-und -abrechnungs-Tool an. In Zusammenarbeit mit Moritz Weghorn werden monatliche Schulungen für ORBIS, unser Krankenhaus-Portfolio, angeboten, ab April folgt auch noch eine zum Datenschutz. Anhand der Feedbackbögen, die ich nach drei Monaten an die Newcomer verschicke, sowie allgemeinem Feedback wird eine Übersicht mit To-do's erstellt und wer diese bis wann zu erledigen hat. So ist sichergestellt, dass alle Anregungen auch aufgenommen und die sinnvollen umgesetzt werden.

Du sprachst von einer Onboarding-Seite im Intranet. Was finden die Newcomer da?

S. Scholl: Sie beinhaltet im Grunde alle aktuellen und allgemeinen sowie ganz praktische Informationen, die sicher viele erste Fragen der Newcomer beantworten und sie bei ihrem Start in die große Dedalus-Welt unterstützen und helfen sollen. Das war mir besonders wichtig! Das Unternehmen, seine Firmengeschichte und alle Standorte werden kurz vorgestellt.
Zu den Basics der Seite zählen unter anderem Informationen zu verschiedenen Tools/Services, Reisekostenabrechnung-/-buchung, Firmenhandy, Organigramm, zu den Produkten, dem Betriebsrat, Betriebsvereinbarungen, Mitarbeitervorteilen, dem Glossar, den Zuständigkeiten in der Personalabteilung und vielem mehr.

Du sagtest, in Deutschland, Österreich und der Schweiz bist du die Alleinunterhalterin im Onboarding. Wie sieht das international im Konzern aus?

S. Scholl: Einige andere Länder haben bereits einen Onboarding-Prozess etabliert. Jetzt nimmt das Thema auch global Fahrt auf. Es gibt zwei Mitarbeiterinnen im Headquarter, die sich damit beschäftigen. Ziel ist es, den Prozess unternehmensweit für alle Länder zu vereinheitlichen. Die bisherigen Diskussionen haben aber gezeigt, dass wir in der DACH-Region sehr gut aufgestellt sind. Als erstes sichtbares Ergebnis der globalen Bemühungen gibt es nun eine internationale Onboarding-Seite. Zudem wurde ein monatliches Meet&Greet mit Gruppen-CEO Andrea Fiumicelli und Executive Chairman Giorgio Moretti etabliert.

Durch unsere globale Struktur haben Mitarbeiter übrigens viele Möglichkeiten, sich weiterzuentwickeln, eine andere Stelle und Position zu bekleiden oder im Ausland zu arbeiten.

Vielen Dank für das interessante Gespräch, Sandra.

Interview: Ralf Buchholz

Veranstaltungen

Für Sie – vor Ort

Mai

04.-06.	48. Wissenschaftlicher ADKA-Jahreskongress | Nürnberg
04.-06.	18. DGINA Jahrestagung | Bielefeld
16.-17.	med.Logistica | Leipzig
17.-19.	Deutscher Röntgenkongress | Wiesbaden
23.-24.	13. Beschaffungskongress der Krankenhäuser | Berlin

Juni

15.-16.	e-Healthcare CIRCLE | Balgrist
16.-17.	Fachtagung Medizinphysikexperten | Karlsruhe
22.-23.	ÖGWK | Wien
22.-24.	SCR | Davos
23.-24.	DKCT | Potsdam

Juli

04.-07.	ÖGLMK – Jahrestagung der Öst. Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin | Salzburg

September

11.-16.	Viszeralmedizin | Hamburg
14.-16.	60. GPR Jahrestagung | Wien
20.-22.	DGTI – Jahrestagung der Dt. Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie | Berlin
21.-23.	R3 Imaging | Konstanz
27.-30.	54. Jahrestagung der DGMP | Magdeburg
28.	ICV | Wien

Oktober

05.-07.	DGK Herztage | Bonn
12.-13.	DGKL-Kongress | Mannheim

November

09.-10.	RKR | Dortmund
22.-23.	Die Zentrale Notaufnahme | Hannover
24.-25.	Radiologie Update | Frankfurt
26.-30.	RSNA | Chicago
29.11.-01.12	DIVI | Hamburg
29.11.-02.12.	DGPPN | Berlin

Impressum

Dedalus DIREKT ist das Kundenmagazin der Dedalus HealthCare GmbH, Konrad-Zuse-Platz 1-3, 53227 Bonn, Deutschland.
Chefredaktion: Martina Götz | Redaktion: Ralf Buchholz, Bernhard Kahle, Jörg Gartmann, Guido Albrecht | Bilder: sichtplan: Marcus Becker, Rene Schiffer | ViSdP: Martina Götz | Kontakt: redaktion[at]dedalus-group.com

Zugunsten einer flüssigen Lesbarkeit beziehen sich Personalbezeichnungen selbstverständlich immer auf alle Personen (m/w/d).

Haftungsausschluss: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernimmt der Herausgeber keinerlei Haftung für die Richtigkeit der bereitgestellten Informationen. Haftungsansprüche gegen den Herausgeber, welche sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen, sofern seitens des Herausgebers kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden vorliegt.

Dedalus und das Dedalus-Logo sind Zeichen der Dedalus S.p.A., Italien, oder ihrer verbundenen Unternehmen. Alle anderen in dieser Publikation erwähnten Namen von Produkten und Diensten sowie die damit verbundenen Firmenlogos sind Marken der jeweiligen Unternehmen oder Markenrechtsinhaber. Die in dieser Publikation angegebenen Informationen dienen lediglich dem Zweck einer Erläuterung und stellen keine von der DH Healthcare GmbH zu erfüllenden Normen oder Spezifikationen dar. Die Merkmale der beschriebenen Produkte und Dienste sind unverbindlich und können jederzeit ohne weitere Angabe geändert werden. Die dargestellten Produkte und Dienste sind zudem in bestimmten Regionen möglicherweise nicht verfügbar oder können länderspezifische Unterschiede aufweisen. Für Irrtümer und Druckfehler wird keine Verantwortung übernommen.

Dedalus

Warum Du bei uns arbeiten solltest

Karriere bei Dedalus

#teamdedalus