



Entscheider-Werkstatt Bonn

Digitaler ROI gesucht

Neue Klinikgeräte kommen heutzutage vollvernetzt daher. Von der kleinen Insulinpumpe bis zum Großgerät in der Bildgebung produzieren Maximalversorger wie das Uniklinikum Bonn jährlich mehrere Petabyte an Daten – Big Data in Reinform. Doch vor der cleveren Nutzung stehen Hindernisse.

Von Peter Carqueville

Der Albtraum vieler Klinikmanager auf dem Weg zur Digitalisierung ihres Hauses ist die geradezu babylonische Begriffsverwirrung um IT-Abkürzungen wie PACS, ECM, DMS und Co. In dem Wunsch vieler Akteure, die Verwirrung durch klare Namen und Bezeichnungen aufzulösen, stecken für den Klinikbetrieb sehr grundlegende Probleme: fehlende Standards und Schnittstellen. Das sagt der Vorstand und kaufmännische Direktor des Universitätsklinikums Bonn, Damian

Grüttner. Er war im März zusammen mit dem Team um den Geschäftsbereichsleiter IT, Dieter Padberg, Gastgeber der Entscheider-Werkstatt in der ehemaligen Bundeshauptstadt.

Kein Neubau ohne IT-Strategie

Die Bonner sollten wissen, wovon sie sprechen. „Wir sind auf dem Weg zum papierlosen Krankenhaus“, berichtete Grüttner. Die Uniklinik Bonn

setzt inzwischen bei jedem Neubau „auf die volle Digitalisierung“, fügte IT-Chef Padberg hinzu. Tablets, Visitenwagen, flächendeckendes WLAN und der Zugriff auf alle Informationen eines Behandlungsprozesses – jederzeit und überall im Krankenhaus. Der erste Neubau in Bonn, der nach dieser IT-Strategie gebaut wurde, soll laut Padberg Ende 2017 in Betrieb gehen.

„Die größte Herausforderung ist aber nicht, das alles anzubieten“, versicherte Padberg den anwesenden



Der Geschäftsbereichsleiter IT des Bonner Universitätsklinikums, Dieter Padberg, setzt bei Neubauten am Campus auf „volle Digitalisierung“.

i Termine Entscheiderfabrik

17. und 18. Mai
Fachgruppentagung
Dortmund

12. und 13. Juni
Sommer-Camp
Bonn

23. bis 29. Juli
Entscheider-Reise 2017
San Diego, USA

12. und 13. Oktober
Entscheider-Werkstatt
Aachen

13. bis 16. November
Medica 2017
Ergebnispräsentation des
Entscheider-Zyklus 2017

CIOs und Herstellern. „Das Problem ist, den IT-Anbieter davon zu überzeugen, das auch alles zu können.“ In Bonn müssen demnach aktuell über 250 einzelne medizinische Applikationen in einem Netzwerk von rund 650 Servern in zwei Rechenzentren miteinander verbunden werden. Und das über einen Klinik-Campus, der mehrere Quadratkilometer groß ist und mehr als 12.000 Endgeräte beherbergt – Tendenz steigend. Das Budget für die fixen Kosten der Bonner Klinik-IT beläuft sich mit diesen Dimensionen auf rund elf bis zwölf Millionen Euro, verrät Padberg. Dazu kämen rund fünf Millionen Euro Investitionen pro Jahr aus Eigenmitteln und zahlreichen Förderprogrammen.

Vorbei die Zeit, als es nur um die digitale Dokumentation ging, was in vielen Kliniken vor allem das Einscannen alter Patientenakten bedeutet. Ziel ist jetzt auch in Bonn der digitale Return on Investment. Digitalisierung also nicht nur, um Abertausende Akten womöglich auch in 100 Jahren noch in irgendeinem Dateiodner speichern zu können – Stichwort revisionssichere Datenarchivierung –, sondern die darin enthaltenen Daten ihrem jeweiligen Zweck entsprechend im Netzwerk schon heute nutzbar zu machen. Zum Beispiel, um die Arzneimitteltherapiesicherheit zu erhöhen, indem das System bei der Vergabe und Kombination

der Medikamente während einer Behandlung mitdenkt und dem Arzt helfend zur Hand geht.

Aus Sicht der Arbeitsgruppen der Entscheider-Werkstatt, die ihre Überlegungen und Lösungsstrategien zum Thema am Ende der Tagung präsentierten, bieten sich auf dem Weg zur vollständigen Digitalisierung zwei grundlegende Ansätze.

Modulare oder monolithische Strategie

Auf der einen Seite steht die modulare Digitalisierungsstrategie. Sie bietet eine hohe Flexibilität, geht von einem kontinuierlich wachsenden System aus und will grundsätzlich auch Alt-Systeme sinnvoll einbinden. Sie stellt die Grundstrategie für viele Kliniken dar. Auch, weil sie nur stückweise Investitionen abverlangt. Damit verbunden sind laut den Arbeitsgruppen der Entscheiderfabrik aber deutliche Nachteile. Zu der Anschaffung jedes neuen Geräts gesellen sich immer neue Schnittstellenkosten. Die Heterogenität der daraus resultierenden IT-Strukturen verursacht vergleichsweise hohe laufende Kosten und erschwert für die Zukunft eine flächendeckende Auswertung der gesammelten Daten im System.

Auf der anderen Seite verursacht die monolithische Strategie weniger Schnitt-

stellenkosten. Bei diesem Ansatz, so das Ergebnis der Arbeitsgruppen, verlässt sich das Krankenhaus nach Möglichkeit auf einen oder wenige große IT-Anbieter und deren Komplettlösungen. Das vereinfacht den Betrieb natürlich, verunmöglicht zugleich aber einen späteren Systemwechsel. Die Teilnehmer sprachen hier einhellig von „Vendor Lock-In“ als einem der Hauptprobleme der monolithischen Strategie. Auch die Einbindung cleverer Kleinstlösungen externer Anbieter stellt monolithische Systeme vor Probleme.

In ihrer Abschlussdebatte votierten die Teilnehmer der Entscheider-Werkstatt in Bonn für eine Mischstrategie, die – selbst bei Verträgen mit Großanbietern – strikt auf anbieterneutrale IT-Strukturen setzt. Die meistgenannte Forderung: standardisierte Schnittstellen. So können Krankenhäuser die immer neuen IT-Start-ups relativ zügig in ihre Systeme einbinden und sich auch schnell erlösrelevante Vorteile verschaffen. Sind die ersten Digitalisierungsgrade erreicht, ist zu erwarten, dass von den Mitarbeitern sehr schnell Vorschläge für völlig neue Prozesse kommen. Ärzte und Pflegekräfte würden den Abschied von ihren meist noch stark papiergebundenen alten Arbeitsabläufen dann Stück für Stück selbst einleiten.