

Monolithische Lösungen sind zu statisch – wie viel «best of breed» soll's denn sein?

Das «richtige» KIS gibt's weder von der Stange noch aus einer Hand

Die Diskussion ist so alt wie die ersten KIS-Lösungen. Und noch immer vermag sie die Gemüter zu erhitzen: monolithisches KIS oder «best of breed». Zum einen treten Lösungsanbieter an, die ein Gesamtpaket aus einer Hand für die wirtschaftlichste Variante halten, andererseits neigen KIS-Besteller gerne dazu, der Individualität keine Grenzen zu setzen. Beides hört sich als zu extrem an, um im Tagesbetrieb zu bestehen. Aber wo liegt der goldene Mittelweg? Liegt er überhaupt in der Mitte?



Jan Bürger,
Leiter Vertrieb und Marketing,
Meierhofer AG

Monolith oder «best of breed» wird in der Tat rege diskutiert. Das trifft auf die CIS Conference in Bern anfangs Jahr zu, wurde fortgesetzt – teils mit heftigem verbalem Schlagabtausch – an der Medienkonferenz der conhIT in Berlin und fand einen letzten Gipfel – im wahrsten Sinne des Wortes – am kürzlichen Swiss eHealth Summit in Bern. Wir wollten deshalb von einem Protagonisten mehr wissen, der sich in häufigen Diskussionen ebenso vehement für den Einsatz erstklassiger spezialisierter Systeme und deren KIS-Anbindung einsetzt wie auch für die Entwicklung innovativer Funktionen, die den Gesamtprozess und Patientendurchlauf wirkungsvoll unterstützen und dadurch für eine Optimierung von Verweildauern und DRG-Entgelten sorgen. Jan Bürger, Leiter Vertrieb und Marketing der Meierhofer AG, nahm sich Zeit, unsere Fragen zu beantworten.

Ähnlich wie bei Paracelsus?

Wie steht es denn nun mit dem Extrempositionen Monolith oder «best of breed»?

Jan Bürger: «Es kommt auf die Dosis an. Schon Paracelsus sagte ja im Mittelalter zum Arzneimiteleinsatz, dass die richtige Menge und Mischung darüber entscheide, ob es Gift oder Medikament sei, und ausserdem komme es sehr auf den jeweiligen Patienten an. Ich meine, das trifft auch auf die KIS-Diskussion zu. Extrempositionen sind sicher nicht die Lösung, eine Einheitsmischung, die zwischen den Extremen liegt, aber ebenfalls nicht. Zu unterschiedlich sind die Anforderungen der einzelnen Spitäler.

Diese sehen sich unter der neuen Spitalfinanzierung einem erhöhten Kostendruck ausgesetzt. Die Krankenversicherer, die zu Beginn von SwissDRG noch äusserst fair und zurückhaltend in die Verhandlungen gestiegen sind und damit den Spitalern Zeit zur Anpassung gegeben haben, dürften ihre Gangart bald verschärfen, mehr Transparenz fordern und für wirtschaftlichere Prozesse und höhere Fallzahlen plädieren. Damit sind die «Hausaufgaben» gegeben: Prozesse optimieren, Verweildauern Richtung unterste mittlere DRG-Dauer senken und Auslastung teurer Infrastruktur und Medizintechnik erhöhen.»

Vieles ist morgen ziemlich anders

Da kommen massive Veränderungen auf die Häuser zu ...

J.B.: «Gewiss, das hat bereits die DRG-Einführung in Deutschland gezeigt: Es sind effektiv massive Veränderungen. Nun kann man das nicht tel-quel aufs schweizerische Gesundheitswesen übertragen; das Qualitätsbewusstsein

und die IT-Investitionen zur Verbesserung von Transparenz und Qualität waren in der Schweiz immer schon sehr hoch, aber eben auch die Kosten. Und deshalb wird eine Effizienzsteigerung zwangsläufig erfolgen müssen. In einer solchen Situation verhalten sich Unternehmen – und als solche müssen wir die Spitäler unter SwissDRG heute verstehen – häufig nach der sog. «Mäusestrategie». Dieses erfolgreiche amerikanische Fachbuch hat gezeigt, dass Betriebe angesichts von Veränderungen zuerst gerne versuchen, das Bestehende zu flicken und die neue Marktsituation geistig zu verdrängen. Meist stellt sich dabei heraus, dass sich das eigentliche Problem dadurch nicht lösen lässt, sondern sich die strategische Neuausrichtung nur verzögert, beileibe nicht zum Vorteil von Reputation und Ertragskraft.

Weitsichtige, unternehmerisch denkende Spitalleitungen empfinden daher eine Fallpauschalen-Abgeltung nicht als Bedrohung, sondern als Herausforderung und als Chance, über ein leistungsstarkes KIS die Abrechnung in den gesamten Prozess zu integrieren. Ein solches KIS dient als Controlling-Instrument im Sinne einer systematischen Nachkalkulation und wird somit zur Basis für die strategische Planung und zur ständig verbesserten Ausrichtung des angebotenen Leistungsspektrums. Wenn ein neues KIS nicht nur die Qualität der Behandlungen positiv mitbeeinflusst, sondern auch Produktivität und Wirtschaftlichkeit erhöht, ist bereits viel gewonnen.»

Dabei stellen sich aber oft Begehren einzelner Spital-Bereiche nach individuellen dezentralen IT-Lösungen, weil sie auf bestimmte Angebote schwören. Individualität kann wohl für die Benutzer sinnvoll sein, birgt aber auch die Gefahr

einer Verzettlung der Kräfte und damit hoher Investitions- und Betriebskosten. Wie beurteilen Sie diese Ausgangslage?

J.B.: «Wir müssen diese Anliegen ernst nehmen, schliesslich sind es die Fachleute in der verschiedenen Bereichen, von der Medizin bis zur Administration, die gerne mit einer bestimmten Software arbeiten wollen. Das ist sehr wichtig. Andererseits sagt schon das Sprichwort: «Zu viele Igel sind des Hasen Tod». Es muss daher darum gehen, ein vernünftiges Mass an Speziallösungen zu fahren, diese aber um klassische KIS-Funktionalitäten zu erweitern.

Teilweise stellen wir fest, dass gewisse IT-Leiter am liebsten ein KIS mit allen dezentralen Zusatzfunktionen aus einer Hand haben möchten. Sie nehmen dafür funktionale und technologische Einbussen in Kauf. Das wollen die grossen Fachabteilungen eines Spitals wie die Kardiologie oder der OP-Bereich aber oft nicht mehr hinnehmen. Eine aktuelle Studie von CapGemini macht deutlich, dass sich die Fachbereiche einer Klinik ein immer grösseres Stück vom Kuchen der IT-Budgets abschneiden.

Wir machen die Erfahrung, dass sie auf der einen Seite Spezialsysteme fordern, dabei aber auch eine Ergänzung um klassische KIS-Funktionalitäten, wie z.B. ein klinikweites Anforderungs- und Terminmanagement oder die Medikation, brauchen. Das hauseigene KIS kann die gewünschten Funktionalitäten meist nicht ausreichend abbilden oder der bisherige KIS-Hersteller will sie nur unter grossem monetärem und Ressourcenaufwand umsetzen. Immer mehr Häuser haben deshalb erkannt, dass es sich lohnt, auf Anbieter zu setzen, die in der Lage sind, einzelne Funktionen aus dem «Baukasten KIS» herauszulösen und diese zusammen mit einer abteilungsspezifischen Fachlösung zur Verfügung zu stellen.»

Wollen nicht auch Berater von Spitälern häufig trotzdem die Lösung aus einer Hand?

J.B.: «Das kommt schon vor. Diese Berater begeben sich aber tendenziell selber in eine Sackgasse. Es liegt zwar in der Natur der Sache, dass sich eine Beratungs- oder IT-Outsourcingfirma an einen einzelnen, speziellen KIS-Anbieter anlehnt und sich auf die Implementation dessen Lösung

konzentriert. Wenn sich dabei aber mit der Zeit eine mangelnde Migrationsfähigkeit oder Innovationskraft zeigt, entsteht für das beratene Spital eine gefährliche und inakzeptable Unsicherheit.»

Innovation und Prozess-orientiertes Denken sind gefragt

Worin besteht denn Ihr Rezept?

J.B.: «Wir bieten eine Fülle innovativer Funktionen, die wir ständig weiterentwickeln. Damit können wir den Arbeitsalltag von Ärzten, Pflegefachkräften und administrativen Klinikmitarbeitern nachhaltig entlasten. Ein Beispiel ist das integrierte Termin- und Ressourcenmanagement. Damit disponieren Kliniken abteilungsübergreifend sämtliche Ressourcen, Termine und Behandlungen und können dadurch die Durchlaufzeit erheblich reduzieren. Von der OP-Anmeldung und OP-Saalbelegung über die Bettendisposition bis hin zum Anforderungs- und Terminmanagement für die Planung weiterer Diagnostik und Therapien stehen praktische Werkzeuge zur Verfügung – spitalweit.



Bachelorstudium in Medizininformatik

**Zukunftsorientiert, interdisziplinär,
schweizweit einzigartig.**

Besuchen Sie unsere Infotage in Biel und Bern:

- 21. November 2013
- 9. Januar 2014
- 13. März 2014
- 15. Mai 2014
- 12. Juni 2014

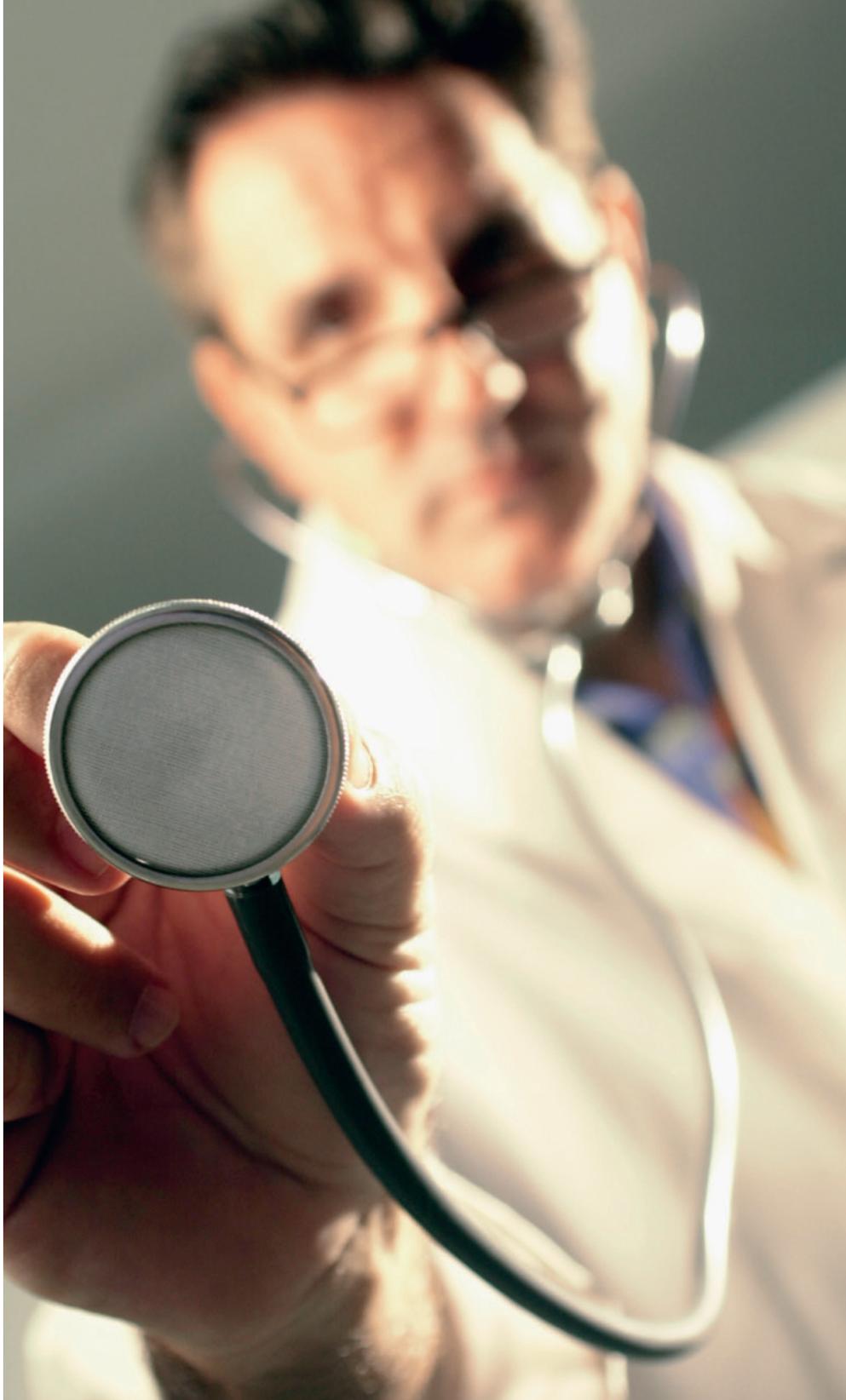
Infos und Anmeldung:
ti.bfh.ch/infotage





Berner
Fachhochschule

► Medizininformatik



Steht beispielsweise die OP eines Patienten an, ermittelt der Disponent in MCC nicht nur den nächstmöglichen OP-Termin, sondern reserviert auch gleich ein freies Bett auf der Station des operierenden Fachbereiches, bucht einen Termin in der chirurgischen Ambulanz zur Vorbesprechung und trägt den Patienten in der Anästhesie-Sprechstunde ein. Für die Tage nach der OP fordert er die Physiotherapie an. Damit sind alle kritischen Ressourcen im Vorfeld eingeplant und die Behandlung läuft reibungslos von der Aufnahme bis zur Entlassung. Mehr noch: Weil MCC nicht an der Abteilungsgrenze Halt macht, können Anwender mit wenigen Klicks nicht nur planen, sondern auch dokumentieren.

Der Behandler dokumentiert dabei die Therapie, leitet Leistungen ab und schliesst den Fall. Hier überzeugt MCC vor allem durch seine einfache Handhabung. Die Anwender navigieren routiniert durch die ihnen vertraute, an MS Outlook angelehnte Oberfläche.»

Manchmal will ein Spital ein Subsystem aber auch von einem anderen Lieferanten haben, vor allem deshalb, um nicht in eine neue Abhängigkeit eines neuen Anbieters zu geraten ...

J.B.: «Diese Überlegung ist auch richtig und sinnvoll. Es gibt gute Lösungen, die wir dann selber

zu integrieren haben. IT-Landschaften in Spitälern bestehen meist aus unterschiedlichen Systemen. Die Implementierung einer funktionellen und ökonomischen Kommunikation zwischen den Systemen ist eine unsere Kernaufgaben.

Als patientenführendes System bietet MCC die Möglichkeit, Fremdsysteme zu integrieren. Ausserdem lässt es sich in bestehende IT-Landschaften z.B. auch in eigenentwickelte Informationssysteme, einfügen. Im Sinne eines gut durchdachten «best-of-breed»-Ansatzes schaffen unsere Kunden genau die IT-Struktur, die ihrer Einrichtung entspricht. Die Integration von Partnerprodukten ermöglicht es uns auf diese Weise, Systemlandschaften nach dem Wunsch unserer Kunden zu gestalten. So schaffen wir IT-Strukturen, die für die individuellen Bedürfnisse ihres Hauses die bestmögliche Unterstützung liefern.

Interessant ist auch noch ein weiterer Aspekt. Es gibt spannende Beispiele, bei denen Subsysteme von uns an ein KIS eines andern Anbieters angedockt sind. Ich nenne dabei als best bekanntes Beispiel das Universitäre Herzzentrum Hamburg, ein Tochterunternehmen des Universitäts-Klinikum Hamburg-Eppendorf, wo Soarian von Siemens als KIS im Einsatz steht und MCC in der Kardiologie installiert wird. Gerade in einem solchen Haus fallen naturgemäss einige Integrationsaufgaben an. In diesem Zusammenhang kommt es einer «Bestrafung» der Kunden gleich, wenn Anbieter fremde Subsysteme nur mit enormem Aufwand integrieren oder schlichtweg schlechte Schnittstellen realisieren, die im hektischen Spitalalltag für viel Aufwand sorgen. Als kluger Anbieter ist man da offener. In Hamburg ist daher eine sehr sinnvolle Kombination entstanden, die sich bestens bewährt.»

Der Codier-Arbeitsplatz wird immer mehr zur wichtigen Drehscheibe

Wir haben gesehen: Die Optimierung der Prozesse muss in jedem Fall der springende Punkt sein. Trifft das auch auf den Codier-Arbeitsplatz zu?

J.B.: «Selbstverständlich. Ein guter Codier-Arbeitsplatz unterstützt den Medizincontroller bei der Prüfung auf Vollständigkeit oder der Bearbeitung von Kassen-Anfragen. Mit Hilfe einer Ampel kann der Codier-Spezialist beispielsweise in MCC das Entlassmanagement seiner Klinik optimieren. Die Verweildauer des Patienten beeinflusst die Erlössituation eines Spitals. Sie kann nach der Entlassung des Patienten nicht mehr korrigiert werden. Um das Erlösmanagement, aber auch die Patientensicherheit zu verbessern, ermöglicht MCC bereits bei der

Aufnahme eines Patienten eine Plan-DRG. Diese wird in Abhängigkeit neuer Informationen – zum Beispiel bei Dokumentation der Hauptdiagnose – angepasst. Aus der Plan-DRG leitet MCC ab, ob ein Patient die zu seiner Diagnose vorgesehene Verweildauer unter- oder überschreitet. Dies wird über Ampelfarben visualisiert. So warnt das System sowohl vor Kurz- und Langliegern, als auch vor zu frühen Weiterverlegungen.

MCC bietet ausserdem ein äusserst flexibles Berichtswesen und Analysewerkzeug: Dokumentations- und Abrechnungskennzahlen, DRG-Leistungen, DRG-Fehler und Ungereimtheiten in der Dokumentation können mit MCC tagesaktuell ausgewertet werden.»

Werfen wir noch einen Blick auf die mobilen Informationssysteme. Sie scheinen ja immer mehr an Bedeutung zu gewinnen. Aber gehört den mobilen Endgeräten wirklich die Zukunft?

J.B.: «Sie liegen zweifellos im Trend. Aber manchmal erweisen sie sich auch als «toter Hund», denn die Endgeräte allein sind ja nicht die Lösung. Es

müssen entsprechende Apps gebaut werden, welche die Infos auf die Geräte bringen. Nun sind hier aber technische und insbesondere handhabungsmässige Grenzen gesetzt. Ein komplettes KIS auf ein iPhone oder iPad zu bringen, macht wenig Sinn, eher hingegen prozessspezialisierte Apps für z.B. die Kardiologie, Chirurgie, Visite oder Patientenaufnahme. Diese Apps wiederum kommunizieren dann über einen Kommunikations-Layer mit dem eigentlichen KIS und verbessern damit die Flexibilität am Point of Care.

Fragen müssen wir uns aber beim mobilen Informationsmanagement: Welches Betriebssystem setzt sich durch? Welche Plattformen soll man unterstützen? – Apple nahm in jüngster Zeit an Bedeutung ab, hat jetzt einen Stillstand erreicht, Microsoft harmonisiert am besten mit andern Geräten. Die Antwort kann eine betriebssystemunabhängige Middleware darstellen.

Man kann sich aber auch auf den Standpunkt stellen, ob denn wirklich soviel mit mobilen Endgeräten gearbeitet werden soll. In den USA besteht vielmehr ein deutlicher Trend zu mobilen Standgeräten. Hier steht einfach fast an jeder

Ecke ein PC oder Laptop auf einem leichtgängigen Rollwagen. Die entscheidende Frage ist hier: Welche Art des Arbeitens ist benutzerfreundlicher und unterstützt die Prozesse am besten?»

Was bringt uns die Zukunft von MCC?

Lassen Sie uns zum Schluss noch einen Ausblick machen. Was bringt uns das bald anbrechende Jahr 2014 aus dem Hause Meierhofer?

J.B.: «Das bereits erwähnte MCC 2013 ist weiterentwickelt worden. Wir bieten neu eine selbst entwickelte DRG-Abrechnungs-Software. Auch das Termin-Management wurde erweitert und enthält neu komplexe Termin-Funktionen, namentlich im Reha-Bereich. Schliesslich laufen die Arbeiten am bestehenden Pfad-Tool intensiv weiter, das 2015 auf den Markt kommen wird. Hier geht es vor allem ums Zerlegen in detaillierte Teilschritte mit hoher Praxis-Relevanz und ums Integrieren des Dokumentations-Managements.»

Text und Interview: Dr. Hans Balmer

PDMS CONFERENCE
SWITZERLAND
2014

Presented by



www.himss.eu/pdms

24. Januar 2014 | Universitätsspital Bern

PDMS Conference Switzerland

Interdisziplinäre Konferenz für
Patientendatenmanagement Systeme

- Systemeinführung und Nutzung
- Datennutzung und Betriebsstatistik
- Diagnostik und Therapie

Kooperationspartner

