docs

Magazin für medizinische Dokumentation
Nr. 02 // März 2011

Vernetzte Radiologie

Effiziente klinische Prozesse durch integrierte PACS- und RIS-Systeme

Medical Office // Schlanke Administration
Telemedizin // Noch weitgehend unbekannt
Nützliche Helfer // Tablet-Computer in der Klinik
Risikofest // Die neue EU-Norm IEC 80001-1

Diktat
MARIS
conhIT
Halle 1.2
Stand D-114

Ihre Visitenkarte -
Der Entlassbrief am Entlasstag

Digitales Diktieren - mobil/ stationär
mit elektronischer Patientenzuordnung
und integrierter Spracherkennung

Workflow-basierte
Diktat- und Dokumentensteuerung
zur Beschleunigung der Befund- und Arztbriefschreibung

Dokumentencockpit/ -controlling
zur Analyse/ Steuerung der Diktat- und Schreibprozesse

www.maris-healthcare.de

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser!

Am 8. November 1895 „durchleuchtete“ Wilhelm Conrad Röntgen mit Hilfe elektromagnetischer Strahlen die Hand seiner Frau und markierte damit, wenn man so will, die Geburtsstunde der Radiologie. Denn die Mediziner erkannten schnell die Möglichkeiten, die ihnen das „Röntgen“, wie es fortan hieß, doch bot: sie konnten in den Körper eines Menschen schauen und sehr viel sicherere Diagnosen stellen. Seither hat sich Radiologie mit immer differenzierteren Verfahren bis hin zur digitalen Radiologie zu einem bedeutenden Teilgebiet der Medizin entwickelt. In unserem Gesundheitssystem jedenfalls kommen bildgebende Verfahren breit zum Einsatz, wie der jüngste Barmer GEK Arztreport zeigt: Demnach liegt Deutschland gemessen an der Bevölkerungszahl bei den Untersuchungen mittels Magnetresonanztomographie weltweit an der Spitze, bei der Computertomographie immerhin im Mittelfeld.

Dieses Ergebnis macht nicht nur deutlich, dass die Deutschen vom medizinischen Fortschritt profitieren, es ist zudem ein Beleg für die Leistungsfähigkeit des heimischen Gesundheitssystems und der Medizintechnik. Die Experten gehen davon aus, dass die deutschen Krankenhäuser künftig weiter verstärkt in Medizintechnik und IT-Unterstützung investieren werden, schon um dem Kostendruck mit Effizienzsteigerungen zu begegnen und gleichzeitig das eigene Leistungsprofil zu stärken.

Und auch neue Märkte öffnen sich. Auf der jährlich in Dubai stattfindenden Arab Health, der weltweit größten Messe für Medizintechnik, warb Gesundheitsminister Philipp Rösler jetzt für die deutschen Produkte und Verfahren. Offenbar mit guten Erfolgsaussichten. Der arabische Gesundheitsmarkt boomt, sein Volumen soll sich bis 2020 mit 55 Milliarden Dollar verdreifacht haben. Von der rasanten Entwicklung „eines der wichtigsten Zukunftsmärkte“ (Rösler) könnten die heimischen Exporteure ordentlich profitieren. Gestärkt wird deren Auftritt auf den neuen Märkten zweifellos auch von Erfolgsmeldungen aus dem Gesundheitssystem im eigenen Land – also gar nicht so schlecht, wenn wir in dem einen oder anderen Bereich (siehe oben) weltweit führend sind.

Mit freundlichen Grüßen
Gerhard Thomssen

Foto: IMAGO

„Die Radiologie liefert für die medizinische Diagnostik und Therapie eine Fülle wertvoller Bilddaten. Die rasant wachsenden Datenmengen werden vielfach noch traditionell bearbeitet und archiviert – ein kostenträchtiger Aufwand“

MELDUNGEN // 06
Gebündelte Kompetenz; Krankenhausärzte am Limit; Licht und Schatten

VERNETZTE RADIOLOGIE // 08
Bildgebende Verfahren ins Krankenhausinformationssystem eingebunden ermöglichen effizientere Arbeitsabläufe

WELTMEISTER DEUTSCHLAND // 12
Gemessen an der Bevölkerungszahl ist Deutschland bei Untersuchungen mittels einer Magnetresonanztomographie weltweit führend

APPLE IN DER KLINIK // 14
Der Markt der Tablet-Computer boomt und es scheint ganz so, als ob die flachen Geräte auch im klinischen Bereich ganz nützlich sein können

DIKTIEREN NEU ERFUNDEN // 16
Mit dem Diktiergerät Digta 7 präsentiert Grundig Business Systems (GBS) eine neue Generation der digitalen Handdiktiergeräte

DIE LÄRCHE AUF DER LERCHE // 18
Ein kurzer historischer Rückblick zeigt: Spracherkennungssysteme sind mit den Jahren immer leistungsfähiger geworden, heimtückische Homophone aber bleiben ein Problem

DIGITAL DIKTIEREN, KOSTEN SENKEN // 20
Der Aufwand der medizinischen Dokumentation wächst unaufhörlich, digitale Diktiersysteme und Spracherkennungssoftware helfen die Kosten senken

TEAMWORK IM MEDICAL OFFICE // 22
Das Beratungsunternehmen Siegel Consulting bietet mit dem Konzept des Medical Office eine neue Lösung, um administrative Abläufe in den Kliniken zu verschlanken

EXTERNE PROFIS // 24
In den Kliniken fehlt es häufig an qualifizierten Schreibkräften. Eine Lösung: den Schreibdienst Stück für Stück an einen professionellen externen Dienstleister zu vergeben

LEISTUNGSKATALOGE VERMEIDEN HONORARVERLUSTE // 26
Die medipa GmbH bietet Krankenhäusern neben der Beratung zur Leistungsabrechnung auch die Übernahme der kompletten Rechnungslegung für ambulante Leistungen nach § 116 b SGB V

INNOVATION TELEMEDIZIN // 28
Obgleich längst Teil des ärztlichen Handelns ist die Telemedizin bei der Mehrheit der Patienten nicht bekannt

RISIKOFESTE KLINIK // 30
Die europäische Norm IEC 80001-1 setzt neue Normen für das Risikomanagement vernetzter medizinischer Geräte in den Krankenhäusern

Die Universitätsklinik Bonn: In einer standortübergreifenden Organisationseinheit mit der Universitätsklinik Köln wird künftig in der Informations- und Datenverarbeitung zusammengearbeitet

Gebündelte Kompetenz

KÖLN-BONN // Nach einer erfolgreichen Pilotphase arbeiten die Universitätskliniken Köln und Bonn jetzt bei der Informations- und Datenverarbeitung zusammen und haben eine standortübergreifende Organisationseinheit, die UK-IT Köln Bonn, gegründet. Ziel der Kooperation ist es, in Zeiten des immer höher werdenden Kosten- und Konkurrenzdrucks im Gesundheitswesen den Einsatz der Informationstechnologie (IT) an beiden Standorten zu optimieren und unter anderem Projekte effizienter umzusetzen. Seit dem 1. Januar 2011 realisieren die Häuser in Köln und Bonn als erste Universitätskliniken Deutschlands einen standortübergreifenden internen IT-Dienstleister. Trotz der rechtlichen Selbständigkeit wurden zwei Abteilungen auf Basis einer Kooperation zusammengelegt.

„Die Bedeutung von IT nimmt auch in den Universitätskliniken grundsätzlich zu. Allerdings stehen den hohen Anforderungen nicht immer ausreichend Personal gegenüber", so Günter Zwilling, Kaufmännischer Direktor der Uniklinik Köln. „Durch die Gründung der UK-IT Köln Bonn gab es keine Stellenstreichungen. Denn die Kooperation ist nicht der Versuch, durch Streichung von Stellen zu sparen, sondern das vorhandene Personal optimal einzusetzen. Unser Ziel ist demnach vor allem Effizienzsteigerung."

Die Vorteile der zukünftigen Kooperation sind zahlreich. Die UK-IT Köln Bonn bietet unter anderem einen stabilen IT-Betrieb und einen besseren Service. So können Teams größer und flexibler eingesetzt werden. Außerdem erhöht mehr verfügbares Wissen die Fachkompetenz beider Standorte: Ein Experte in Bonn kann auch die Kölner Kollegen unterstützen. Zudem können IT-Lösungen untereinander ausgetauscht und übernommen werden. Den größten Vorteil der Kooperation sieht Dr. Hans-Jürgen Hackenberg, Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Bonn, darin: „Wir können Projekte schneller umsetzen. Zudem bekommen wir durch das gemeinsame Vorgehen bessere Konditionen beim Einkauf von Software und Hardware."

Nach der Pilotphase haben jeweils circa 70 Mitarbeiter beider Universitätskliniken in der neuen IT-Abteilung das gemeinsame Tages- und Projektgeschäft an den Unikliniken Köln und Bonn übernommen.

Foto: Michael Timm

Arbeitsbelastung unerträglich hoch: Krankenhausärzte bringen es im Durchschnitt auf 55 Wochenstunden

Krankenhausärzte arbeiten am Limit

BERLIN // Die Arbeitsbelastung der rund 140.000 Krankenhausärzte ist nach wie vor sehr hoch, auch bedingt durch Tausende unbesetzter Arztstellen in den deutschen Kliniken. So das zentrale Ergebnis einer Mitgliederbefragung der Ärztegewerkschaft Marburger Bund zur beruflichen Situation der angestellten Ärztinnen und Ärzte, die im Herbst 2010 durchgeführt wurde. Mit mehr als 12.000 Teilnehmern handelt es sich um die größte Ärztebefragung dieser Art in Deutschland. „Die Krankenhausärzte arbeiten nach wie vor am Limit. Die Arbeitsbelastung ist teilweise unerträglich hoch", konstatiert der 1. Vorsitzende des Marburger Bundes, Rudolf Henke. Positiv im Vergleich zur Mitgliederbefragung 2007 sei aber die sinkende Bereitschaft der angestellten Ärzte, dem Krankenhaus den Rücken zu kehren. „Neun Prozent weniger Ärzte als noch 2007 erwägen, ihre Tätigkeit im Krankenhaus aufzugeben". Erklärten 2007 noch 53 Prozent der Befragten, dass sie mit dem Gedanken spielen, ihre Tätigkeit im Krankenhaus aufzugeben, sind es jetzt 44 Prozent. Auch wenn die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen gestiegen ist, gibt es noch große Defizite: 41 Prozent der Befragten bezeichnen ihre Arbeitsbedingungen als schlecht oder sehr schlecht. Die Unzufriedenheit resultiert auch aus der Personalnot der Kliniken. In 71 Prozent der Abteilungen sind nach Angaben der Befragten eine oder mehrere Arztstellen vakant. Im Mittel arbeiten vollzeitbeschäftigte Ärztinnen und Ärzte rund 55 Stunden pro Woche.

Als besonders störend empfinden die Ärzte die Schreibtischarbeit im Krankenhaus: Der tägliche Zeitaufwand für Verwaltungstätigkeiten ist zwar leicht gesunken, aber immer noch viel zu hoch. Mehr als die Hälfte der Ärzte benötigt täglich mehr als zwei Stunden für Verwaltungstätigkeiten.

Licht und Schatten

BERLIN // Für Gerhard Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), hat das bekannt gewordene Positionspapier des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sowohl Licht- als auch Schattenseiten. So sei zu begrüßen, dass die ambulante Leistung der Kliniken nicht den starren bürokratischen Zulassungsverfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen unterworfen werde. Gerhard Baum: „Die Kliniken bewerten es als positiv, dass nur die nachgewiesene Qualität in der Patientenversorgung zur Leistungserbringung berechtigt. Damit bleibt schwerkranken Patienten der Zugang zur spezialärztlichen Versorgung im Krankenhaus erhalten". Es gebe keinen Grund, die ambulanten Leistungen der Kliniken mit einem Vergütungsabschlag zu versehen. Weder rechtlich noch faktisch unterstehe diese den staatlichen Krankenhausinvestitionen. „Es ist kaum einzusehen, dass die Krankenhäuser in ihrer Möglichkeit beschränkt werden sollen, Medizinische Versorgungszentren einzurichten". Vor dem Hintergrund des Ärztemangels und des gewollten Wettbewerbs im Gesundheitssystem wäre das kontraproduktiv, so Baum weiter. Ausdrücklich zu begrüßen sei, dass die Diskussion um Abschläge für die Versorgung in ‚Zweibettzimmern' vom Tisch ist.

Gerhard Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Vernetzte Radiologie

Die Radiologie liefert für die medizinische Diagnostik und Therapie eine Fülle wertvoller Bilddaten. Die rasant wachsenden Datenmengen werden in den Krankenhäusern vielfach noch traditionell bearbeitet und archiviert – ein kostenträchtiger Aufwand. Eine Lösung, die digitale Bildbearbeitung: **INTEGRIERTE PACS- UND RIS-SYSTEME,** die es erlauben, die klinischen Arbeitsabläufe effizienter zu gestalten und die Leistungsstärke eines Krankenhauses deutlich zu steigern

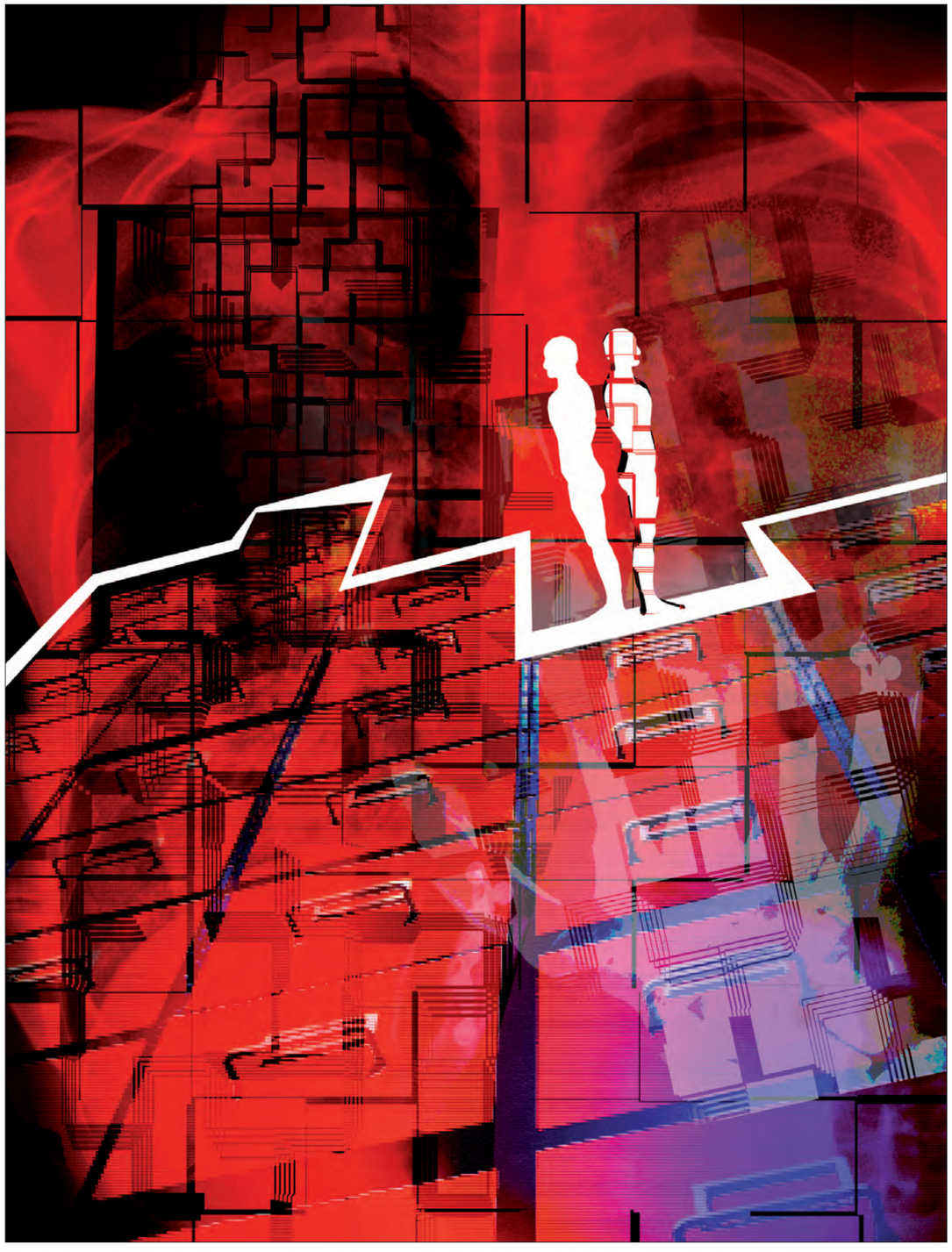
Foto: picture-alliance / dpa

Gymnasialprofessor Bömmel 1944 in dem Film „Die Feuerzangenbowle“. Über PACS hat er nicht unterrichtet, wohl aber über „en Dampfmaschin“

WÜRDE GYMNASIALPROFESSOR BÖMMEL wie zu Zeiten der Feuerzangenbowle immer noch unterrichten, würde er im Fach Informatik seine Schüler vielleicht fragen: „Wat is en PACS?“ Um dann, wie bekannt, fortzufahren: „Da stelle mer uns mal janz dumm, und da sage mer so: Dat is ene jroße Schrank ... und wat da drin is, dat krieje mer später“. Recht hätte Bömmel gehabt, wenn er PACS als einen Schrank beschrieben hätte. Ein Schrank allerdings, der es in sich hat – als Herzstück des Picture Archiving and Communicating Systems, in dem buchstäblich alle Strippen der verschiedenen Komponenten des digitalen Bildmanagements zusammenlaufen – die Systeme zur Bilderzeugung, der Bilddarstellung, der Speicherung der Bilder und der Bildauswertumg.

Historisch betrachtet haben PACS wie auch RIS (Radiologisches Informationssystem) ihre Anfänge in der Radiologie. Während RIS im wesentlichen Verwaltungsaufgaben in den radiologischen Arbeitsabläufen übernimmt (Bereitstellung von Patientendaten, Organisation von Untersuchungsterminen und Untersuchungsabläufen, Befundung etc.) übernimmt PACS das Management der Bilddaten. Seit Wilhelm Röntgen 1896 erstmals mit Hilfe der von ihm entdeckten „X-Strahlung“ die Hand seiner Frau „durchleuchtete“ haben Mediziner die Segnungen der Radiologie erkannt, radiologische Aufnahmen sind seither ein wesentlicher Bestandteil für einen Großteil medizinischer Diagnosen. In den herkömmlichen Verfahren werden die so entstandenen Bilder auf Papier oder Filmmaterial dokumentiert und archiviert. PACS-Systeme hingegen arbeiten mit digitalen Bilddaten. Die zeitweise rasante technische Weiterentwicklung der Radiologie bis hin zur Digitalisierung erlaubt den Ärzten inzwischen eine sehr viel schnellere und sicherere Diagnostik sowie eine bessere Nachbearbeitung der Aufnahmen. Zahlreiche Bilddaten werden bereits digital erzeugt, in den röntgenbasierten Verfahren, in der Nuklearmedizin,

Illustration: Ricke Penaranda



Von einst ausufernden Archiven zu modernen Lösungen: Die Digitalisierung ist die Grundlage für eine schnelle, sichere und vor allem patientengerechte Radiologie

Foto: Markus Milde / VISUM

PACS im Universitätsklinikum Essen: Das digitale Bildmanagement ermöglicht es in der Diagnostischen Radiologie, durch Magnetresonanz-tomographie aufgezeichnete Durchblutungsstörungen und Veränderungen des Gehirns an jedem Arbeitsplatz einsehen zu können

im Ultraschall, in der Magnetresonanz- und Computertomographie oder in anderen optischen Modalitäten von der Fotografie über die Endoskopie bis zur Mikroskopie.

Diese Daten digital zu bearbeiten, zu speichern, zu archivieren und zu kommunizieren liegt also nahe, zumal die wachsende Leistungsfähigkeit der Radiologie dazu führt, dass die Datenmengen in den Kliniken rasant zunehmen. Somit gewinnt das digitale Bildmanagement weiter an Bedeutung. Und auch das dürfte ein nicht unbeträchtlicher Kostenfaktor sein: Die digitale Speicherung und Archivierung der Bilddaten beansprucht nur einen Bruchteil des Platzes, der in traditionellen Archiven für Filmrollen oder Papier vorgehalten werden muss.

DER ENTSCHEIDENDE VORZUG EINES PACS findet sich jedoch nicht in dem „große Schrank", wo die Bilddaten vom PACS-Controller gesichert und archiviert werden. Der liegt vor allem in der augenblicklichen Verfügbarkeit der Bilder entlang des klinischen Workflows und in den Kommunikationsmöglichkeiten, die das System bietet. Denn das digitale Bildmanagement eröffnet den behandelnden Ärzten ganz neue Perspektiven eines effektiven Arbeitens. Sie können während der Behandlung ihrer Patienten an den PACS-Workstations sekundenschnell auf die Bilder zugreifen, die Bilder können über Datennetze auch zu externen Partnern transportiert werden und somit an verschiedenen Orten gleichzeitig verfügbar sein. Die Bilder können zudem, falls erforderlich, digital nachbearbeitet werden und auch die Befundung ist zeitsparend und effizient: Die Ärzte diktieren ihre Befunde mit einem integriertem Spracherkennungsprogramm direkt in das System.

Die Steigerung der Effizienz und damit auch des Leistungsprofils einer Klinik lässt sich vor allem dann realisieren, wenn die beteiligten Systeme in einem integrierten Gesamtsystem zusammenwirken. Mit anderen Worten: Es gilt, die bildgebenden Geräte, das PACS und andere Systeme wie KIS und RIS zu einer Gesamtlösung zusammenzuführen. Für die durchgängige Kommunikation der verschiedenen Komponenten untereinander und die Einbettung von PACS in ein Krankenhausinformationssystem (KIS) sorgen offene Standards wie etwa DICOM und HL7, die inzwischen bei allen führenden PACS-Anbietern obligatorisch sind. Die optimale Integration des Bildmanagements in ein KIS unterstützt die klinischen Arbeitsabläufe wie beispielsweise die Befundung, aber auch klinische Konferenzen und das Management der Patiententermine, der Geräteauslastung und der Mitarbeiterdisposition.

Angesichts der Komplexität der Systeme raten Fachleute den Krankenhäusern, die sich mit der Einführung eines PACS befassen, zunächst die klinischen Abläufe sorgfältig zu analysieren, um herauszufinden, welche Abschnitte durch IT-Unterstützung technisch und wirtschaftlich sinnvoll optimiert werden können. Dabei sollte insbesondere auch berücksichtigt werden, wie das bis dahin konventionell bearbeitete und gelagerte Bildmaterial aufgenommen werden kann. Am Ende dieses Prozesses, in dem alle beteiligten Abteilungen und Institutionen einzubinden sind, sollte ein Leistungsverzeichnis stehen, das in einem Benchmarking mit anderen Anwendern oder PACS-Anbietern auch als Referenzwert dienen kann. Auch die Beratung durch unabhängige, externe Consultants sollte nicht zuletzt bei komplexen Detailfragen in Erwägung gezogen werden. Denn soviel ist sicher: Der Trend bei der PACS-Einführung geht nach Meinung der Experten eindeutig in Richtung ganzheitlicher Lösungen – gefragt sind Gesamtsysteme mit einem möglichst hohen Integrationsgrad mit anderen Systemen im Krankenhaus und im Gesundheitsbereich. Erst dann lassen sich die Vorzüge der Informations- und Bildverarbeitung in der Radiologie optimal nutzen und das „filmlose Krankenhaus" rückt einen Schritt näher.

Martin Schuster

▶ PACS IN KÜRZE

PACS „Picture Archiving and Communication Systems" ist das Informationsystem, welches auf Basis des DICOM-Standard die Bildkommunikation zwischen den Modalitäten, dem digitalen Archiv und den Informationssystemen ermöglicht.

RIS Radiologie Informationssystem ist im Krankenhaus ein Subsystem und bekommt die Daten vom Mastersystem, dem KIS.

KIS Krankenhausinformationssystem ist das oberste Informationssystem einer Klinik. In diesem System wird der Patient mit einer eindeutigen Kennung (ID) versehen.

DICOM „Digital Imaging and Communication in Medicine" ist ein weltweiter Standard für die Kommunikation, Verarbeitung und Speicherung von digitalisierten Röntgenbildern.

HL-7 „Health Level 7" ist ein weltweiter Standard zur Kommunikation mit Patientendaten in heterogenen Informationssystemen.

Gefragt sind Gesamtsysteme mit einem möglichst hohen Integrationsgrad mit anderen Systemen im Krankenhaus und im Gesundheitswesen

Weltmeister Deutschland

Gemessen an der Bevölkerungszahl ist Deutschland bei **UNTERSUCHUNGEN** mittels einer Magnetresonanztomographie weltweit führend, bei der Computertomographie liegen wir im Mittelfeld

Differenzierte Diagnostik durch Computertomographie. Dazu Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stellvertretender Vorsitzender der Barmer GEK: „Unsere Versicherten profitieren damit vom medizinischen Fortschritt“

BILDGEBENDE DIAGNOSEVERFAHREN kommen in der Medizin breit zum Einsatz. Laut aktuellem Barmer GEK Arztreport erhielten im Jahr 2009 rund sechs Prozent der deutschen Bevölkerung beziehungsweise 4,88 Millionen Personen mindestens eine Computertomographie (CT) und 7,2Prozent beziehungsweise 5,89 Millionen Personen mindestens eine Magnetresonanztomographie (MRT), auch bekannt als Kernspintomographie. Allein 2009 kamen auf 1.000 Einwohner 114 CT-Untersuchungen und 97 MRT-Untersuchungen. Damit liegt Deutschland bei den CT-Untersuchungen international im Mittelfeld, bei den MRT-Untersuchungen aber an der Spitze.

Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Barmer GEK, Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, erkennt darin durchaus Positives: „Unsere Versicherten profitieren vom medizinischen Fortschritt und das Solidarsystem der Gesetzlichen Krankenversicherung zeigt seine Leistungsfähigkeit.” Gleichzeitig verweist der Kassenvize auf geschätzte Gesamtkosten von 1,76 Milliarden Euro pro Jahr für CT und MRT-Untersuchungen. Dabei entfällt ein Anteil von rund 1,25 Milliarden Euro auf den ambulanten Bereich (ca. 3,2 Prozent der ärztlichen Behandlungskosten im ambulanten Bereich). Die zunehmende Strahlenbelastung durch CT-Nutzung sieht Schlenker kritisch. „Wir dürfen diese Medizintechnik nicht nur einsetzen, weil sie modern ist. Die medizinischen Möglichkeiten nehmen zu, eine differenzierte Diagnostik wird immer wichtiger. Aber jede Diagnostik muss zu therapeutischen Entscheidungen führen.”

Wissenschaftler des Hannoveraner Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) haben für Deutschlands größte Krankenkasse die Untersuchungsraten der letzten Jahre unter die Lupe genommen. Der Trend zeigt konstant nach oben, ein Ende der Entwicklung ist nicht in Sicht. Zwischen 2004 und 2009 stieg die Zahl der Personen mit mindestens einer Computertomographie (CT) um insgesamt 26 Prozent. Der Bevölkerungsanteil mit mindestens einer Magnetresonanztomographie (MRT) erhöhte sich im selben Zeitraum um insgesamt 41 Prozent. Zieht man den Alterungseffekt ab, liegen die Steigerungsraten noch bei insgesamt 20 beziehungsweise 38 Prozent. Die jährliche Steigerungsrate seit 2004 liegt damit bei durchschnittlich 4,8 Prozent (CT) und 7,1 Prozent (MRT) beziehungsweise bereinigt um demografische Effekte bei 3,7 und 6,6 Prozent. Nicht nur bei Ärzten, auch bei Patienten steht die bildgebende Diagnostik hoch im Kurs. Bei einer Patientenbefragung wurde danach gefragt, wie wichtig die Untersuchung mit MRT zur Abklärung der eigenen Kniebeschwerden gewesen sei. 90 Prozent hielten sie für „sehr wichtig”, nur ein Prozent gab an, dies nicht beurteilen zu können.

www.abc-office24.de

Was auch immer Sie zu sagen haben...

... wir sorgen dafür, dass es geschrieben wird. Ganz gleich aus welchem Fachgebiet – wir bearbeiten Ihre medizinische Dokumentation innerhalb von 24 Stunden und immer in höchster Qualität: **Nehmen Sie uns beim Wort!**

Medizinische Schreibdienstleistung • Planung und Beratung • Prozessoptimierung

ABC Office 24
Was auch immer Sie sagen

Apple in der Klinik

Der Hype um den iPad von Apple hat der Branche der **TABLET-COMPUTER** einen neuen Push gegeben. So stellt sich die Frage, ob und wie die flachen Geräte auch im klinischen Bereich nützlich sein können. Vor allem die Bildschirmgröße, die Ergonomie, die systemtechnischen Anforderungen der dezentralen Dateneingabe, Sicherheits-aspekte und nicht zuletzt hygienische Aspekte scheinen für die Kliniktauglichkeit der Tablet-Computer zu sprechen – ein speziell auf die Anforderungen von Krankenhäusern zugeschnittenes iPad befindet sich derzeit in der Erprobung

Foto: gettyimages

Flach, leicht und immer drahtlos: Tablet-Computer können in der Klinik bei Visiten, Patientengesprächen oder dem schnellen Zugriff auf Datenbanken von Nutzen sein

NICHT WENIGER ALS 15 MILLIONEN iPads konnte Apple bis Februar dieses Jahres verkaufen. Mit dem Verkaufserfolg kreierte die Marke mit dem Apfel nicht nur einen bisher beispiellosen Hype um die silberne Flunder, vielmehr ebnete sie der gesamten Branche einen völlig neuen Markt: Den der Tablet-Computer. Sie sind flach, leicht und immer drahtlos. Technisch gesehen kein Quantensprung, Anbieter der Vor-iPad-Zeit fristeten jedoch bisher ein Nischendasein, erst der Aufmerksamkeitsschub durch den iPad ermöglichte es auch anderen Anbietern, das Interesse einer breiten Masse zu erreichen. Trotz Millionen verkaufter Geräte ist noch längst nicht klar, wo und wie sich iPad & Co im Leben ihrer Besitzer endgültig etablieren werden. Ein Gerät fürs heimische Sofa, ein reines Medienkonsuminstrument zum Lesen, Surfen oder Fernsehen? Oder doch der lang ersehnte Laptop-Ersatz mit ernstzunehmenden Office-Applikationen? Apples Vizechef Tim Cook überraschte den Markt jüngst mit der Aussage, dass mittlerweile die Hälfte der 100 größten Firmen in den USA eigene Anwendungen auf dem iPad testet oder diesen bereits seinen Mitarbeitern zur Verfügung stellt.

Kaum überraschend, dass auch im Hinblick auf den Einsatz im klinischen Bereich die Frage auftaucht: Wie lassen sich dort die Vorteile von Tablet-Computern nutzen? Noch gibt es nicht viele Erfahrungswerte mit Systemen wie dem iPad, die Nachfrage steigt jedoch auch hier. „IT-Endgeräte im Gesundheitswesen stellen besondere Anforderungen, da die Prozesse speziell in Krankenhäusern sich deutlich von Prozessen anderer Branchen unterscheiden“, gibt Prof. Wolfgang Riedel, Leiter des Instituts für Krankenhauswesen, zu bedenken. Vor allem die Bildschirmgröße, die Ergonomie, die systemtechnischen Anforderungen der dezentralen Dateneingabe, Sicherheitsaspekte und nicht zuletzt hygienische Aspekte spielen dabei eine wichtige Rolle. „Die bisherige Diskussion zu Endgeräten im Krankenhausbereich konzentrierte sich im Wesentlichen auf die Visitenbegleitung. Diese Geräte waren nicht für alle Einsatzzwecke in einer Klinik geeignet. Mehrere Ärzte oder Pflegekräfte mussten sich ein Gerät teilen“ so Riedel.

DER SIEGESZUG VON SMARTPHONES im privaten Bereich sorgt mittlerweile jedoch für viele Denkanstöße, die mobilen Endgeräte auch im beruflichen Alltag häufiger zu nutzen. Die kleinen Geräte eigneten sich aufgrund ihrer recht kleinen Displays und der unkomfortablem Eingabemöglichkeiten eher für die Steuerung und Überwachung logistischer Prozesse beim Patiententransport, in der Küche oder Apotheke oder bei der Betten- und Geräteverwaltung. Tablet-PCs können jedoch als vollwertige mobile Arbeitsplätze bei Visiten, Patientengesprächen oder der schnellen Recherche in medizinischen Datenbanken hilfreich sein. Darstellung von Grafiken, Kurven und Verläufen medizinischer Daten sind auf den hochauflösenden Displays wesentlich besser darstellbar als es mit kleineren Geräten aus dem Hause Apple oder Blackberry bisher möglich war.

So befindet sich mittlerweile ein speziell auf die Anforderungen von Krankenhäusern zugeschnittenes iPad in der Erprobung. „Wir testen derzeit in einer Klinik das Checkpad MED auf seine Alltagstauglichkeit“, berichtet Rüdiger Lohmann, Geschäftsführer der Lohmann & Birkner Health Care Consulting GmbH: „Es ist noch zu früh, um den Probebetrieb endgültig zu bewerten – aber die Ärzte scheinen vom Apple-Verkaufsschlager angetan zu sein.“ Mit dem 730 Gramm leichten Gerät können Ärzte Stammdaten der Patienten, Krankengeschichte, Arztbriefe, Labor- und OP-Berichte, aber auch Röntgen- und CT-Bilder in hochauflösender Qualität abrufen – Daten die auf herkömmlichen Smartphones nur schwer darstellbar wären. Weiterer Vorteil: Bereits mit Dienstbeginn sorgen die flachen Geräte für tiefe Einblicke in klinische Prozesse: Neue Patienten oder aktuelle Untersuchungsergebnisse sind schnell und auf einen Blick abrufbar. „Auch während der Gespräche mit den Patienten oder bei Besprechungen können Ärzte auftretende Fragen unmittelbar beantworten und mit Hilfe von Werten und Bildern erklären“, so Lohmann über die mobilen Helfer.

DER NUTZEN DIESER GERÄTE steht und fällt jedoch mit der optimalen Integration in die Krankenhaus-IT. Nur wenn die Tablet-PC über geeignete Schnittstellen auf die zentralen Datenquellen des KIS oder auf untergeordnete Systeme und Archive von Radiologie, Laboren oder OP's zugreifen, kann der Arzt optimalen Nutzen ziehen. Beim Beispiel des Checkpad MED findet diese Datenübertragung über einen herkömmlichen Internet-Browser statt, der dem jeweiligen Nutzer die Verwaltung seiner persönlichen Daten ermöglicht. Gleichzeitig lassen sich personenbezogene Berechtigungen definieren, die das Betrachten bestimmter Daten zulassen oder sperren. Wird ein Gerät einmal als vermisst gemeldet, löscht der Server zudem per Fernzugriff sofort alle auf dem iPad gespeicherten Daten. Die Notwendigkeit, sensible Patientendaten lokal zu speichern, entfällt somit.

Egal ob Apples iPad oder Tablet-PC anderer Hersteller – das richtige Endgerät für den jeweiligen Einsatzzweck zu finden ist aufgrund der rasanten Entwicklungen am Markt nicht immer einfach. Dass der klassische PC-Arbeitsplatz im Krankenhaus an Bedeutung verlieren wird, gilt für Wolfgang Riedel jedoch als sicher: „Nach meiner Auffassung werden sich in Zukunft personenbezogene Endgeräte im medizinisch-pflegerischen Bereich durchsetzen,“ so der Leiter des IfK, der aber zu bedenken gibt: „Hier ist keine Technikverliebtheit gefordert, vielmehr sollte die Unterstützung der Prozesse die Auswahl der Endgeräte bestimmen.“

Christian Koch

Diktieren neu erfunden

Mit dem Diktiergerät „Digta 7“ präsentiert das Bayreuther Traditionsunternehmen Grundig Business Systems (GBS) eine neue Generation von **DIGITALEN HANDDIKTIERGERÄTEN.** Vor allem die Top-Modelle „Digta 7 Premium“ und „Digta 7 Premium BT“ bieten eine Reihe innovativer Features, die Maßstäbe für Einfachheit, Effizienz, Sicherheit, Qualität und Mobilität setzen

MIT DEM DIKTIERGERÄT „DIGTA 7“ stellt das Bayreuther Traditionsunternehmen Grundig Business Systems (GBS) eine neue Generation von digitalen Handdiktiergeräten vor. „Diktieren neu erfunden“ lautet der passende Slogan zu diesen Produkten, denn vor allem die Premium-Geräte „Digta 7 Premium“ und „Digta 7 Premium BT“ verfügen über zahlreiche Innovationen, mit denen neue Maßstäbe für Einfachheit, Effizienz, Sicherheit, Qualität und Mobilität gesetzt werden. Die neue Diktierplattform darf somit zu Recht als neue Referenz für digitales Diktieren bezeichnet werden. In die Entwicklung der neuen Produkte flossen auch Ideen von Kunden ein, zum Beispiel über den eigenen Kundenbeirat von GBS.

EINFACH, INTUITIV UND SICHER. Das „Digta 7 Premium“ und das „Digta 7 Premium BT“ sind besonders einfach und intuitiv zu bedienen. So besitzen sie beispielsweise einen neuartigen Schiebeschalter mit „Touch Pin“. Er erlaubt, die Schiebeschalterstellung beim Diktieren zu erfühlen, denn der „Touch Pin“ tritt in der „Stop“-Stellung aus dem Schiebeschalter hervor. In der Einstellung „Easy Mode“ ist die Anzeige im Display auf das Wesentliche reduziert und auch die Tasten sind nur mit wichtigen Funktionen belegt. Neu und praktisch ist eine dynamische Anzeige der Diktatlänge und der minutengenauen Akku-Restlaufzeit.

Für einen effizienten Arbeitsablauf beim Diktieren und anschließendem Transkribieren ist eine exakte Zuordnung von Diktaten zu Aktennummern unerlässlich. Die Diktat-IDs können über Verwendung der Nuance VoCon Spracherkennung, einen anpassbaren Texteditor oder mithilfe eines Barcodescanners eingegeben werden. Alternativ können vorab Datenlisten auf das Diktiergerät geladen werden. Eine Datenliste liefert dem Diktanten, beispielsweise einem Arzt, vorab zusätzliche Details wie die Patientennummer, Name und Geburtsdatum. Diese Informationen müssen zuvor im PC als csv-Datei angelegt und auf das Diktiergerät geladen werden. Dies spart zum einen viel Zeit, zum anderen können auf diese Weise aber auch Fehler bei der Eingabe, wie das Zuordnen von Notizen oder Bemerkungen zum falschen Patienten, ausgeschlossen werden.

Für mehr Effizienz sorgt außerdem das „Nachrichtensystem“, denn an das Diktiergerät können Informationen wie der Bearbeitungsstatus der Aufnahmen im Sekretariat weitergegeben werden. Die Anpassung an bestehende IT-Strukturen verhilft ebenfalls zu besseren Arbeitsabläufen: In Krankenhäusern beispielsweise, wo sehr häufig sogenannte Linux Thin Clients in einer Terminal-Server-Umgebung zum Einsatz kommen, können die neuen digitalen Diktiergeräte ebenfalls genutzt werden. Sie sind mit unterschiedlichen Terminal-Server-Umgebungen unter Citrix und Windows kompatibel. So hat jeder Arzt von jeder Außenstelle Zugriff auf das Diktiersystem.

Auch der Datensicherheit tragen die „Digta 7“-Modelle Rechnung. Der interne Speicher kann durch einen Geräte-PIN geschützt werden. Zusammen mit der 256-Bit-Verschlüsselung ist damit ein höchstmöglicher Schutz gegen den Verlust von sensiblen Daten gegeben.

QUALITÄT „MADE IN GERMANY“. Die „Digta 7“-Diktiergeräte wurden in Deutschland entwickelt und designt und werden „Made in Germany“ hergestellt. Hervorzuheben ist die hohe Audioqualität. Beide Geräte besitzen je zwei Mikrofone, sodass in Stereo aufgenommen werden kann. Die Diktate können nicht nur in den Sprachformaten DSS und DSSPro, sondern auch in WAV gespeichert werden. Das Gehäuse besteht aus einem hochwertigen, schockabsorbierenden Composite-Kunststoff mit einer angenehmen rutschfesten Softtouch-Lackierung. Das Gerät liegt so besonders gut in der Hand und ist ideal für langes Arbeiten.

Mehr Mobilität ermöglicht vor allem die Modellvariante „Digta 7 Premium BT“, denn sie verfügt über Bluetooth, sodass Diktate zum mobilen Versand beispielsweise an ein Smartphone übertragen werden können. Beide Premium-Geräte sind zudem mit einem Lithium-Ionen-Akku ausgestattet – für eine besonders lange Aufnahmezeit. Der interne Speicher von zwei Gigabyte kann über SD-Karten erweitert werden.

ANSPRECHPARTNER
Grundig Business Systems GmbH
Telefon +49.911.4758-1
info@grundig-gbs.com • www.grundig-gbs.com
www.digta7.com

Die Diktiergeräte sind einfach und intuitiv zu bedienen, insbesondere durch den neuartigen Schiebeschalter „Touch Pin“, und verschaffen Ärztinnen und Ärzten mehr Mobilität beim Diktieren

Foto: IBM Corporate Archives

Wo die Sprache erkannt wurde: Das IBM Voice Recognition Laboratory im kalifornischen San José

Die Lärche auf der Lerche

Ein kurzer historischer Rückblick zeigt: **SPRACHERKENNUNGSSYSTEME** sind mit den Jahren immer leistungsfähiger geworden und zwischenzeitlich dort, wo eine formalisierte Fachsprache vorherrscht, eine ausgezeichnete Hilfe bei der Sprachverarbeitung. Doch die Lärche von der Lerche zu unterscheiden, fällt ihnen nach wie vor schwer und auch vor Wortungetümen, Nuschlern und Grantlern müssen sie noch allzu oft kapitulieren

SPRACHE HAT EINZIGARTIGE EIGENSCHAFTEN: Sie ist ausgesprochen kurzlebig, Sprachsignale existieren nur für den Bruchteil einer Sekunde und verschwinden zudem völlig rückstandsfrei. Zwischen dem Gesagten und Verstandenen liegt nichts als Luft, in die menschliche Stimme einen Schwall von akustischen Signalen absondert. „Menschen verstehen einen gesprochenen Satz, indem das Gehirn versucht, die plausibelste Erklärung für das Gehörte zu finden," erklärt Ernst Günther Schukat-Talamazzini und gibt damit einen Hinweis darauf, was das Verständnis von menschlicher Sprache ausmacht: Instinkt, Intuition, vernetztes Denken. Eigenschaften, die binären Computerhirnen völlig fehlen. Der Informatiker beschäftigt sich bereits seit den 1990er Jahren mit den Möglich- und Schwierigkeiten der Spracherkennung und somit mit der Frage, wie man Computern beibringen kann, aus den Datenmassen digitalisierter Schallwellen, diejenigen Informationen zu destillieren, aus denen Wörter gebildet werden.

Obwohl die elektronische Datenverarbeitung bereits in den sechziger Jahren Wissenschaft und Wirtschaft durchdrang und revolutionierte, gelang es im Bereich der Spracherkennung erst 1984 ein leidlich funktionsfähiges Erkennungssystem zu präsentieren. Dem System von IBM gelang es, rund 5.000 englische Einzelwörter zu identifizieren – zu mehr Rechenleistung war der Großrechner in Wohnzimmergröße nicht in der Lage. Der Vorgang dauerte auch mehrere Minuten, der damalige IBM-Sprecher Hermann-Josef Winter gab sich dennoch optimistisch: „Der hörende und schreibende Personalcomputer versteht rund 5.000 Wörter. Das ist weit mehr als der aktive Sprachschatz von Konrad Adenauer", so Winter, der jedoch einräumen musste, dass „die Kommunikation nur klappt, wenn der Sprecher nach jedem Wort eine deutliche Pause macht."

AUCH DIE DAMALIGE Fachpresse war nicht restlos vom Siegeszug der Spracherkennung überzeugt. Zeitgleich zur Präsentation des IBM-Gerätes prognostizierte die Wirtschaftswoche zur Erkennung von fließend gesprochenem Text: „Realisierung auch in absehbarer Zeit nicht möglich". Das Blatt irrte, Spracherkennung ist mittlerweile ein Milliarden schwerer Markt geworden. Heute wie damals liegt der Spracherkennung das gleiche Prinzip zugrunde: Akustische Schwingungen werden in digitale Signale umgewandelt und mit gespeicherten digitalen Mustern verglichen, die bestimmten Wörtern zugeordnet werden. Seit den ersten Gehversuchen der Spracherkennung galt es eine Schwierigkeit zu meistern: Der Computer versteht eigentlich kein Wort. Eigentlich „rät" er, was sein Nutzer ihm sagt und nutzt dafür die gespeicherten Schwingungsmuster und vergleicht sie mit dem, was ihn durch ein Mikrofon erreicht. Ständiges Problem: Nebengeräusche müssen möglichst reduziert oder ganz ausgeblendet werden. Dazu ist es notwendig, dass der Nutzer in ein leistungsfähiges Nahbesprechungsmikrofon spricht. Moderne Mikrofone würden heutzutage selbst neben einem startenden Düsenjet funktionieren – als IBM im Jahre 1991 auf der CeBIT das System TANGORA 4 vorstellte, musste die Präsentation noch in einem vom Messelärm abgeschirmten Raum stattfinden, um Störgeräusche zu eliminieren.

1992 war dann die TANGORA Technik auch in einem Produkt verfügbar: Der IBM Speech Server Series (ISSS) arbeitete mit einem Grundwortschatz von bereits 20.000 Wortformen, doch kam er damit bei weitem nicht an die rund eine Million Wortformen heran, die ein Mensch benutzen kann. „Wir werden nie den gesamten Wortschatz eines Menschen beherrschen", gab man damals von IBM-Seite zu bedenken. Man sah deshalb die Einsatzmöglichkeiten für das System vor allem in Berufszweigen, in denen umfangreiche Texte in möglichst formalisierter Fachsprache mit wiederkehrenden Wortkonstrukten benutzt werden, was vor allem zu einem Einsatz des Systems in Krankenhäusern und Kliniken führte. Mit einem Preis von rund 30.000 bis 40.000 Euro war das ISSS außerdem nicht gerade massenmarkttauglich.

Die CeBIT 2011: Auf der weltweit größten Computermesse war auch die Spracherkennung wieder ein Thema

Besondere Probleme machte Entwicklern zunächst auch die deutsche Sprache, die zu monströsen Gebilden neigt. Heidelberger Sprachforscher fanden heraus, dass man im Deutschen rund 400.000 Wortformen benötige, um 98 Prozent der Wirtschaftsberichte in Zeitungen abzudecken. Die englische Sprache hingegen meidet Wortungeheuer wie „Quadraturamplitudenmodulation" und benötigt für die gleiche Aufgabe nur rund 20.000 Wörter. Doch grundsätzlich waren die anfänglichen Probleme in allen Sprachen gleich. Dialekte, Nuschler und Nebengeräusche waren ständige Fehlerquellen. Auch heimtückische Homophone waren eine ständige Herausforderung. Enthielt ein Satz beispielsweise „Lärche" und „Lerche" musste der Rechner die Wahrscheinlichkeiten bestimmter Wortmuster nutzen. Trat beispielsweise das Wort „sitzt" im Satz auf, so bedient sich das Programm eben jener Wahrscheinlichkeiten – und die Wahrscheinlichkeit, dass eine Lärche wirklich auf einer Lerche sitzt war und ist doch verschwindend gering.

SPRACHERKENNUNG wurde deshalb immer besser, weil die Leistungsfähigkeit von Computern stetig stieg und in kürzerer Zeit wesentlich mehr Varianten, Algorithmen oder statistische Vorhersagen durchgerechnet werden konnten. Kurz gesagt: Spracherkennungssoftware kompensiert den Mangel an gesundem Menschenverstand mit reiner Rechenleistung. So war das 1994 vorgestellte IBM Personal Dictation System eine kleine Sensation: Für weniger als 1.000 Dollar erhielten Nutzer ein System mit stattlicher Rechenleistung, das 1995 zudem mit speziellem Fachvokabular für Mediziner und Anwälte ausgestattet wurde – sogar die Präsentation in lautem Messegetümmel der CeBIT 1995 gelang problemlos. Bereits im Jahr 1994 gelang es der Philips Tochter Philips Dictation Systems ein marktreifes Produkt für die Erfassung kontinuierlicher Sprache auf den Markt zu bringen. Philips etablierte sich damit als Pionier der Spracherkennung und entwickelte sich in den folgenden Jahren zum Marktführer, spätestens mit dem FreeSpeech98 wurde 1998 ein erschwingliches System für den Massenmarkt eingeführt.

Inzwischen bieten die Marktführer in Sachen Spracherkennung nicht zuletzt für Krankenhäuser Systeme an, die sich hervorragend in den klinischen Workflow integrieren lassen und bei der medizinischen Dokumentation mit einer nur mehr geringen Fehlerquote arbeiten und somit die Prozesse enorm beschleunigen. Gleichwohl: Vollends werden diese Systeme die menschliche Intuition bei der Sprachverarbeitung nicht ersetzen können. Vielleicht eine Chance für Nuschler und Grantler. *Christian Koch*

Digital diktieren, Kosten senken

Der Aufwand der medizinischen Dokumentation wächst unaufhörlich und bindet in den Krankenhäusern Kapazitäten von Ärzten und dem Pflegepersonal. Die Lösung: **DIGITALE DIKTIERSYSTEME** und Spracherkennungssoftware – eine Kombination, mit der sich in den Kliniken Kosten spürbar senken lassen

EIN ARZT HAT FÜR SEINE PATIENTEN DA ZU SEIN. Das erwarten nicht nur die ihm Anvertrauten, sondern auch die Leitung der Klinik. Schließlich zählt der Arzt zu den wichtigen Leistungsträgern eines Krankenhauses und weshalb sollte der seine knappe Zeit mit Tätigkeiten verbringen, die nun wahrlich nicht zu seinen Kernkompetenzen gehören – etwa Berichte zu schreiben oder gar Tippfehlern in den Texten von Befunden oder Gutachten nachzuspüren.

Doch die Zahl der Bescheinigungen, Verlegungsberichte, Untersuchungsbefunde, Entlassungsbriefe und Gutachten, die vom klinischen Personal zu erstellen ist, wächst unaufhörlich. So wird die medizinische Dokumentation für die Krankenhäuser zunehmend zu einem erheblichen Kostenfaktor.

Effizient gegensteuern lässt sich mit Hilfe der Technik. Konkret: Die Ärzte nutzen zunehmend die Technik des digitalen Diktierens, um den wachsenden Anforderungen der medizinischen Dokumentation gerecht werden zu können.

DAZU STEHEN IHNEN IM PRINZIP zwei Verfahren zur Verfügung: Sie diktieren die Texte entweder in den Computer, von wo aus sie von internen oder externen Schreibdiensten weiterverarbeitet werden. Oder sie bedienen sich einer Spracherkennungssoftware, die ihr Diktat direkt in eine Textdatei übersetzt. Die Kontrolle eines erstellten Textes übernehmen die Ärzte anschließend selbst.

„Die Fehlerquote ist inzwischen aber ausgesprochen gering“, weiß Alexander Fuchs, Geschäftsführer von Voice & Words. Das Unternehmen bietet nach wie vor umfangreiches Zubehör für die „gute, alte“ analoge Diktierwelt, hat sich aber längst vor allem auf die modernen digitalen Systeme spezialisiert. „Wir bieten innovative Lösungen aller großen Hersteller wie Grundig, Olympus, Philips und Uher“, beschreibt Fuchs sein Leistungspaket, „alle bieten für den Gesundheitsbereich hochprofessionelle Lösungen und haben im Hinblick auf spezifische Anforderungen ihre Stärken“.

Auch das weiß Alexander Fuchs nunmehr aus langjähriger Erfahrung: Die Erkennungsquote moderner Spracherkennungs - software ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. „Das gilt vor allem, wenn System und Nutzer sich erst einmal aneinander gewöhnt haben“, erklärt der Experte. Dann sei eine Genauigkeit von über 99 Prozent nicht ungewöhnlich und mache kaum mehr als einen Fehler auf einer DIN-A-4-Seite aus.

„Sie sprechen, die Software tippt“ werben Anbieter von Profi-Versionen – wie beispielsweise Nuance – inzwischen ganz selbstbewusst. Da liegt es auf der Hand, dass sich mit Hilfe digitaler Diktiertechnik und moderner Spracherkennungssoftware Kosten spürbar senken lassen. „Wie hoch die Einspareffekte sind, das hängt am Ende davon ab, wie professionell und wie intensiv moderne Systeme eingesetzt werden“, erläutert Alexander Fuchs. Konstantinos Nikolopoulos, Programme Manager Healthcare-IT beim Beratungsunternehmen Frost & Sullivan, nennt in einem Interview im eHealth Compendium eine konkrete Zahl: „Das Universitätskrankenhaus Oslo hat ausgerechnet, dass es seit Einführung der Spracherkennung rund eine Million Euro jährlich einspart“.

FÜR EINEN MÖGLICHST EFFIZIENTEN EINSATZ digitaler Sprachsysteme und von Spracherkennungssoftware ist natürlich eine auf die spezifischen Anforderungen zugeschnittene Lösung ausschlaggebend. So ist für den Erfolg entscheidend, dass die Spracherkennungslösung in die Systeme des Krankenhauses wie KIS, RIS und PACS integrierbar und flexibel zu handhaben sind – Anforderungen, die von den Anbietern professioneller Lösungen längst erfüllt werden. Damit eine professionelle Lösung am Ende auch eine maßgeschneiderte ist, bietet die technische Supportabteilung Voice & Words umfassende Produktberatung und Planung. und steht auch nach dem Kauf mit profunder Hilfe und Unterstützung zur Verfügung. Für Alexander Fuchs eine Selbstverständlichkeit. „So können unsere Kunden von unseren langjährigen Erfahrungen im Bereich der digitalen Diktiersysteme profitieren“.

ANSPRECHPARTNER
Voice & Words GmbH
Telefon +49.6021.44996-0
E-Mail info@voicewords.de
www.voicewords.de

Teamwork im Medical Office

Effiziente und wirtschaftliche Abläufe in der Administration eines Krankenhauses senken die Kosten, im optimalen Zusammenspiel von Kliniksekretariaten, Verwaltung, Ärzten und externen Dienstleistern steckt ein erhebliches Potenzial. Mit dem Konzept des **MEDICAL OFFICE** bietet Siegel Consulting jetzt einen neuen Ansatz, Prozesse zu optimieren und dabei zu gewinnen – das Medical Office als Schnittstelle wichtiger administrativer Aufgaben und Abläufe

Das Medical Office im Web: www.medicaloffice.de ist das Portal für effiziente Office-Organisation in Gesundheitseinrichtungen. Ziel ist es, durch praxisorientierte Information in Seminaren, Veranstaltungen und Beratung effizienten Ressourceneinsatz zu fördern und dadurch Kosten in Gesundheitseinrichtungen zu senken

ZAHLREICHE DEUTSCHE KRANKENHÄUSER befinden sich in einem Dilemma: Einerseits nimmt der Kostendruck zu, andererseits sind sie gefordert, ihr Leistungsangebot zu erweitern. So gilt es nicht zuletzt auch angesichts knapper Personalressourcen, die Prozesse im klinischen Workflow effizienter zu gestalten und die Organisation der Häuser zu optimieren. Doch allzu oft sind die Prozessabläufe in Gesundheitseinrichtungen, die künftig noch enger in interdisziplinären Teams zusammenarbeiten müssen, wenig transparent und deshalb im Einzelnen nicht bekannt. Erst eine gründliche Analyse bringt Licht ins Dunkel und deckt Störungen auf. Dabei genügt es nicht, die zunehmend arbeitsteiligen Abläufe in nur einem Bereich isoliert zu betrachten. Unter dem zunehmenden Kostendruck werden Krankenhausbereiche künftig noch enger in interdisziplinären Teams zusammenarbeiten müssen, ambulante und stationäre Bereiche werden zu leistungsfähigen Gesundheitsnetzwerken verknüpft – mit weitreichenden Auswirkungen auf Aufgaben und Abläufe auch im administrativen Bereich. Entscheidend für Effizienz und Wirtschaftlichkeit einer Klinik ist also nicht zuletzt die Optimierung der Administration klinischer Prozesse. Sind diese Abläufe nicht koordiniert und abgestimmt, entstehen den Kliniken erhebliche Mehrkosten – Studien berichten von mehr als einem Drittel.

Um die in diesem Bereich verborgenen Ressourcen nutzen und Kosten senken zu können, bietet jetzt das Lüdenscheider Unternehmen Siegel Consulting eine völlig neue Lösung – das Medical Office. Für Sabine Siegel, Spezialistin für effiziente Organisationslösungen in Gesundheitseinrichtungen mit der Erfahrung aus 30 Jahren praktischer Tätigkeit im Gesundheitswesen, übernimmt das Medical Office die Schnittstelle bei der Steuerung wichtiger administrativer Aufgaben und Abläufe: bei der Umsetzung effizienter Abläufe und Tätigkeiten in Sekretariat und Assistenz, beim Personal- und Poolmanagement, in der Implementierung von Krankenhaus-IT, im medizinischen Schreibdienst und im Praxismanagement. Der Schwerpunkt von Siegel Consulting liegt in der Analyse von Engpasssituationen in der klinischen Administration sowie in der Entwicklung und Umsetzung neuer Organisationskonzepte für effiziente und sichere Prozessabläufe. Sabine Siegel hat keine Zweifel, dass dadurch die Kosten in den Krankenhäusern gesenkt werden können: „Lean-Office-Studien zeigen: Schlanke Administrationsprozesse sind längst überfällig, denn bis zu 30 Prozent der Arbeitszeit bleiben ansonsten auf der Strecke“.

▶ LEISTUNGEN MEDICAL OFFICE

Lösungen für Klinikmanager
- Effektives Erlös- und Risikomanagement
- Aktives Fehlermanagement
- Richtige Kommunikation im Schadensfall
- Flexibler Sekretariats-Service für Ärzte
- Integrierter Schreibdienst

Lösungen für Sekretariat
- Büromanagement klinikweit einheitlich
- Vertretung kompetent und verlässlich
- Ärzteservice flexibel und mobil
- Kommunikation stilsicher und souverän

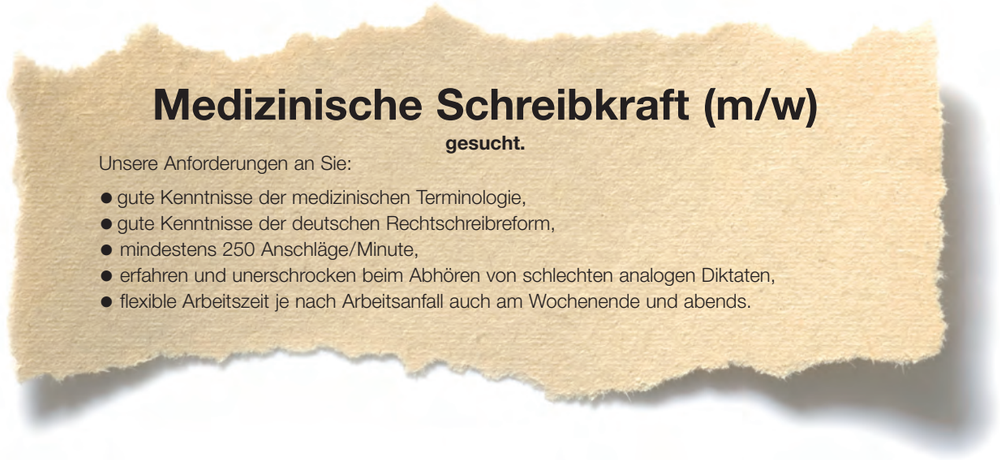
Lösungen für Schreibdienst
- Engpässe erkennen und vermeiden
- Qualität messen und verbessern
- Regeln aufstellen und einhalten, Leistung steigern und halten

Beim Aufbau eines leistungsfähigen Medical Office bietet Siegel Consulting den Kliniken kompetente Unterstützung mit dem Ziel, durch praxisorientierte Information in Seminaren, Veranstaltungen und Beratung zu effizientem Ressourceneinsatz beizutragen. So werden an Fachtagen, die von Siegel Consulting angeboten werden, Themen aufgegriffen, die im Medical Office von Bedeutung sind. Auf dem Fachtag „Kliniksekretariat und medizinischer Schreibtisch“ am 14. April in Fulda wird von Experten in Impulsreferaten und mit anschaulichen Praxisbeispielen erläutert, wie das Medical Office in diesem für eine Klinik so wichtigen Bereich Schritt für Schritt die Effizienz steigern kann. „Ein wohlorganisiertes Chefarztsekretariat ist nach wie vor ein Garant für zuverlässige Erledigung und Überwachung der Abläufe“, erläutert Sabine Siegel, „allerdings hat sich mit der engeren Vernetzung der verschiedenen Klinikbereiche das Profil der klassischen Chefsekretärin verändert“. Heute komme es im klinischen Sekretariat zunehmend darauf an, die vielen Unterstützungsleistungen zu identifizieren und adäquat zu verteilen, um den Ärzten jederzeit ein zuverlässiges Backoffice zu bieten und sie von Organisationsaufgaben zu entlasten.

Die Zielgruppe des Fachtags sind Verwaltungsleiter, Projektverantwortliche, Leiter und Leiterinnen von Schreibdiensten sowie Sekretärinnen mit Teamverantwortung – die Mitarbeiter eines Krankenhauses also, die im Medical Office die administrativen Prozesse steuern und optimieren sollen. Um dabei Erfolg zu haben, benötigt das Team im Medical Office besondere Qualifikationen, die auf dem Fachtag von Experten, die täglich Theorie und Praxis verknüpfen, aufgezeigt und vermittelt werden. Dazu zählt etwa das spezifische Fach- und Methodenwissen, aber auch – um die Zusammenhänge der klinischen Prozesse zu verstehen – medizinisches Wissen und nicht zuletzt – um im Team erfolgreich zu sein – soziale Kompetenz. Doch trotz der hochgesteckten Ansprüche, Fachtage sind keine trockenen Seminare, sondern bieten den Teilnehmern auch Gelegenheit zur Diskussion und zum lockeren Networking.

Im Mittelpunkt des Medical Office steht ganz klar die praxisorientierte Ausrichtung. Die Leistungsfähigkeit des administrativen Bereiches ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Im Zusammenspiel von Ärzten und Pflegepersonal, technischen und medizinischen Fachkräften, Verwaltungspersonal und Management ist das Medical Office Dreh- und Angelpunkt für die Entlastung von organisatorischen Aufgaben. Das gilt nicht zuletzt auch für die Einbindung externer Dienstleister, etwa für den Schreibdienst einer Klinik. Spracherkennungssysteme ersetzen ganz sicher nicht die letzte Schreibkraft und Ärzte sind nicht die besseren Schreibkräfte. Doch wann lohnt sich Outsourcing, kann man eventuell den internen mit einem externen Schreibdienst kombinieren oder macht es Sinn, einen eigenen Schreibpool besser auszubauen? „Da gibt es zweifellos interessante Konstellationen“, ist sich Sabine Siegel sicher, „wir werden auf unserem Fachtag darüber diskutieren und effiziente Lösungen erarbeiten.“

ANSPRECHPARTNER
Sabine Siegel Consulting
Telefon +49.2351.1751286
mail@siegelconsulting.de
www.siegelconsulting.de



Externe Profis

Angenommen, Sie sind in der komfortablen Situation, dass Ärzte und Verwaltung mit der medizinischen Dokumentation in Ihrem Haus hochzufrieden sind. Dann können Sie weiterblättern. Suchen Sie jedoch eine **SCHREIBKRAFT** mit den geforderten Qualitäten, dann mag es sich lohnen, weiterzulesen, um vielleicht eine Lösung für die missliche Situation zu finden – eine Lösung, die ein professioneller medizinischer Schreibdienstleister anbietet

JEDES BERUFSBILD HAT SEINE GLANZZEITEN und sein Ende. Dem der Stenotypistin folgte das der Phonotypistin und der Datentypistin – allesamt flinke Hände, die in den alten Bundesländern bis Ende der siebziger Jahre im Büroalltag prägend waren. In den neuen Bundesländern hießen die Damen, die sich darauf verstanden, Diktate in unglaublichem Tempo in fehlerfreie Texte um - zuwandeln, Fachkraft für Schreibtechnik. Das gilt natürlich auch für viele medizinische Schreibkräfte, die einst einen dieser Berufe erlernt haben, um später in einer Arztpraxis oder einem Kranken - haus eingestellt zu werden.

Doch ob im Osten oder im Westen, die Berufsbilder ereilte das gleiche Schicksal – es gibt sie nicht mehr. Am längsten hielt sich noch die Fachkraft für Schreibtechnik, die mit Beginn der Wende verschwand. Was der letztliche Grund dafür war, ist heute nicht mehr genau zu erfahren. Vielleicht aber war – und ist – die Berufsgruppe einfach zu klein, um ein Berufsbildungskonzept zu rechtfertigen.

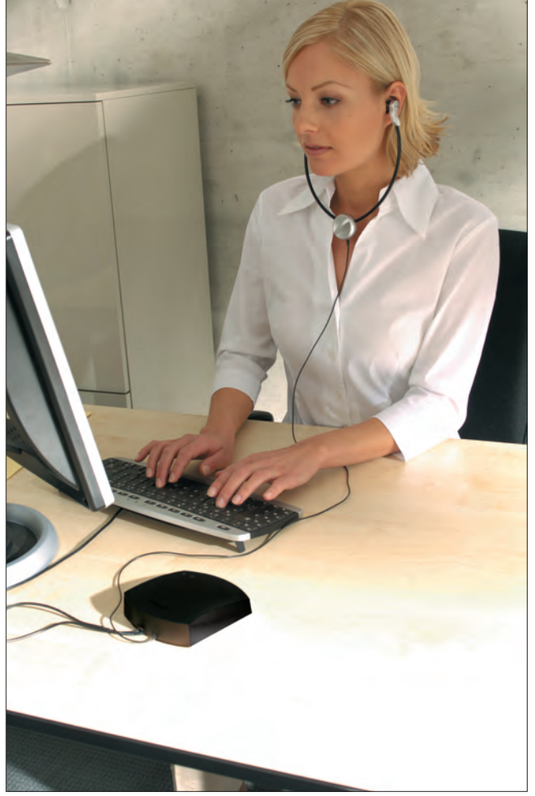
Um die Ausbildungsinhalte für den Beruf der Sekretärin neu zu ordnen, hat das Bundesministerium für Bildung 1991 eine Sekretariats-Aufgabenanalyse vorgenommen. In den Berufsbildern der Stenotypistin, Phonotypistin und Datentypistin waren noch ausgesprochen hohe schreibtechnische Fähigkeiten gefordert, beispielsweise 250 Anschläge pro Minute; bei der spezialisierten Fachkraft für Schreibtechnik in der ehemaligen DDR sogar 300 Anschläge. Um das Ergebnis der Neuordnung zusammenzufassen: Das Thema „Schreiben“ war insgesamt nur noch ein Thema von vielen und im neu geordneten Berufsbild der „geprüften Sekretärin“ hat man es bei 140 Anschlägen pro Minute belassen.

Ein wichtiger Bestandteil der neu geordneten Ausbildung war nun die Arbeit am PC. Dass in bestimmten Bereichen, etwa in der Medizin und der Juristerei, auch künftig Schreibkräfte vonnöten sein würden, wurde schlichtweg übersehen. Gemessen am Gesamtmarkt der Sekretärinnen in Deutschland gab es für die reinen „Schreibkräfte“ bestenfalls eine enge Nische, wenn auch eine interessante. Auch das mag ein Grund für die Vernachlässigung einer höheren Qualifizierung im Berufsbild der Sekretärin gewesen sein.

Mitte der neunziger Jahre gab es auch noch zwei weitere Entwicklungen in Deutschland. Der erste Trend: Es wurde mehr und mehr selbst geschrieben, das Diktieren – jedenfalls außerhalb des medizinischen und des juristischen Bereichs – wurde immer weniger als effiziente Methodik eingestuft und war auch einfach nicht mehr „in“. Die zweite Entwicklung: Ende der neunziger Jahre schwappte die Begeisterung der Spracherkennung über uns her; zu leichtfertig glaubte man den Verkündungen, schon bald nur noch in den PC sprechen zu müssen und der fertige Text würde Sekunden später aus dem Drucker flutschen. Doch die Erwartungshaltung war zu hoch. Einmal abgesehen davon, dass seinerzeit Hard- und Software noch muckten – für die Diktierenden galt es zunächst ein Sprechertraining zu absolvieren, Menubefehle zu lernen, sich mit Formatierungen herumzuplagen und schließlich am vermeintlich fertigen Text auch noch reichlich Korrekturen vorzunehmen.

GLEICHWOHL HABEN DIESE ENTWICKLUNGEN vermutlich dazugeführt, dass die „Schreibkraft“ als Auslaufmodell eingestuft wurde. Für viele Branchen in Deutschland mag das mittlerweile auch zutreffen, nicht jedoch für den medizinischen und juristischen Bereich. In nur wenigen medizinischen Disziplinen, wie beispielsweise in der Radiologie, mag die Spracherkennung die Schreibkraft weitestgehend ersetzt haben. Dafür gibt es eine Reihe von Gründen, die zu erläutern an dieser Stelle zu weit führen würde. Und ob die Spracherkennung (und vor allem: wann) die Schreibkraft vollends ersetzen kann – und dies ohne großen zusätzlichen Aufwand für den Autoren – steht noch dahin.

Die Praxis in den Krankenhäusern zeigt, dass häufig genau an diesem Punkt das Problem für die Kliniken beginnt, die aus unterschiedlichen Gründen gute medizinische Schreibkräfte suchen. In Deutschland sind für die rund 150.000 diktierenden Klinikärzte derzeit noch etwa 12.000 bis 15.000 medizinische Schreibkräfte tätig. Weil es, wie beschrieben, an einer qualifizierten Ausbildung mangelt und der Beruf offensichtlich jede Attraktivität verloren hat und nicht zuletzt wegen der demografischen Entwicklung in Deutschland fehlen jährlich rund 500 medizinische Schreibkräfte – ein Fehlbestand, der durch Kräfte von Zeitarbeitsfirmen, Aushilfen, kleineren Schreibbüros und durch die Spracherkennung nur schwerlich ausgeglichen werden kann.



Medizinischer Schreibdienst: In den deutschen Kliniken arbeiten derzeit noch 12.000 bis 15.000 Schreibkräfte

Die Nachfrage nach qualifizierten Schreibkräften ist heute schon um ein Vielfaches höher als das Angebot. Ein Ausgleich ist nur dann möglich, wenn Schreibkräfte mit bis dahin geringen Vorkenntnissen oder beispielsweise Arzthelferinnen zu medizinischen Schreibkräften qualifiziert werden. Professionelle Schreibdienstleister wie die ABC Office 24 GmbH arbeiten seit Jahren gemeinsam mit IHK, Bildungsträgern und der Arge mit sehr gutem Erfolg an solchen Qualifikationsmaßnahmen. Nicht zuletzt auch, um den eigenen Bedarf decken zu können. Denn nur mit gut ausgebildeten Kräften ist ABC Office 24 in der Lage, die notwendigen Kapazitäten für eine externe medizinische Schreibdienstleistung zur Verfügung zu stellen und eine kontinuierlich hohe Qualität bei der medizinischen Dokumentation garantieren zu können.

WIE EINGANGS GESAGT: Sollten Sie sich in einer Situation befinden wie oben beschrieben, dann bieten sich verschiedene Möglichkeiten, die Lage zu verbessern oder das Problem zu lösen. Eine Möglichkeit: Sie suchen sich einen Bildungsträger und qualifizieren Ihre zukünftigen Schreibkräfte selbst (und gegebenenfalls die heutigen dazu). Sie setzen zudem in geeigneten Fachbereichen Spracherkennung ein und lassen einige Ärzte ihre Arztbriefe selber schreiben. Die noch vorhandenen guten eigenen Schreibkräfte nutzen Sie für andere Fachbereiche weiter und vergeben Restarbeiten an kleinere, in der Nähe befindliche medizinische Schreibbüros.

Die zweite Möglichkeit: Sie vergeben den Schreibdienst Stück für Stück, wie es die Situation erfordert, an einen externen medizinischen Schreibdienst. Der große Vorteil: Sie haben keinen Organisationsaufwand mehr und die Qualifizierung der Schreibkräfte entfällt, da die vom externen Dienstleister übernommen wird. Ihre Dokumentation wird innerhalb von 24 Stunden erledigt, egal welchen Volumens. Der externe Schreibdienst ist nie krank und nie im Urlaub und fast rund um die Uhr, wenn Sie es wollen, für Sie und die Bearbeitung der medizinischen Dokumentation da. Es schreiben hochqualifizierte medizinische Schreibkräfte für Sie. Sie sparen die Infrastruktur für den Schreibdienst und in den meisten Fällen sparen Sie auch noch ziemlich viel Geld.

Ein Partner für die zweite Möglichkeit wäre ein Dienstleister wie die ABC Office 24 GmbH, der größte deutsche medizinische Schreibdienst, der bereits seit 1998 am Markt ist. Dabei sind die Profis von ABC Office nicht allein darauf fixiert, aus Diktaten fertige Texte zu machen. Sie untersuchen auch die Arbeitsabläufe rund ums Diktat in Ihrem Haus, sie helfen, die Abläufe zu optimieren und sie bieten ihr Know-how in Sachen digitaler Diktiersysteme und der Datenkommunikation in den Krankenhausinformationssystemen (KIS). Sie organisieren auch den hausinternen Schreibdienst neu, sie qualifizieren Ihre Schreibkräfte und schreiben als externe Dienstleister Ihre medizinische Dokumentation. Kurz: ABC Office 24 ist ein kompetenter Ansprechpartner für beinahe jedes Thema der medizinischen Dokumentation.

ANSPRECHPARTNER
ABC Office 24 GmbH
Telefon +49.3991.634241
info@abc-office24.de
www.abc-office24.de

Komplette Leistungskataloge vermeiden Honorarverluste

Nach Inkrafttreten des **PARAGRAF 116 B SGB V** am 01. April 2007 hat das Katharinen-Hospital Unna den Antrag bei der Bezirksregierung in Arnsberg zur Erbringung von onkologischen Behandlungen für Dermatologie, Gynäkologie, Hämatologie, Pneumologie und Gastroenterologie gestellt. Die Genehmigung hierzu erhielt die Klinik im Frühjahr 2010. Im Interview dazu Thorsten Roy, leitender Controller des Katharinen-Hospitals

▶ KATHARINEN-HOSPITAL UNNA

Das Katharinen-Hospital besteht seit seiner Gründung 1888 in der Tradition seiner Philosophie als christlich-katholisches Haus. Heute ist es mit 340 Betten das größte Krankenhaus in der Kreisstadt Unna und ein modernes medizinisches Dienstleistungsunternehmen mit einem ganzheitlichen Spektrum. In acht Fachdisziplinen werden jährlich 15.500 Patienten interdisziplinär versorgt, hinzu kommen über 22.000 Menschen in ambulanter Betreuung. Fortschrittliche Hochleistungsmedizin und eine professionelle Pflege in der Tradition christlicher Werte stehen für Kompetenz und Nächstenliebe. Die Klinik wächst kontinuierlich und wird konzeptionell und baulich dabei stets erweitert.

Herr Roy, warum haben Sie sich für die Erbringung von hochspezialisierten Leistungen entschieden?
Wir haben das entsprechende ärztliche Fachpersonal und verfügen bereits seit einigen Jahren über eine große onkologische Ambulanz. Viele Patienten kennen uns und unsere Ärzte bereits seit längerer Zeit und haben ein langjähriges Vertrauen entwickelt. Uns ist bekannt, dass die Genehmigungsverfahren recht langwierig sind und sich nicht selten die einweisenden niedergelassenen Ärzte gegen die Vergabe von Paragraf 116 b Zulassungen an die Krankenhäuser wehren. Die Zeit von der Beantragung bis zur endgültigen Genehmigung betrug bei uns über zwei Jahre. Der Paragraf 116 b bietet uns nun die Grundlage, die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten zu verstärken, indem wir sie fest in den Behandlungsprozess mit einbinden.

Wie mussten Sie weiter vorgehen?
Vor Beginn der ersten Abrechnung mussten wir einen Leistungskatalog erstellen und den Krankenkassen melden.

War die Erarbeitung des Kataloges sehr aufwendig?
Nein. Wir arbeiten schon seit vielen Jahren mit einem Abrechnungs- und Beratungsdienstleister zusammen. Daher brauchten wir im ersten Schritt nur die Leistungen, die wir bereits im Rahmen der Ermächtigung mit der KV abrechnen, in den Katalog zu übertragen.

Wie sah der zweite Schritt aus?
Die medipa hat den Leistungskatalog geprüft und um EBM-Leistungen ergänzt, an die wir überhaupt nicht gedacht hatten. Zusätzlich ließen wir eine hausinterne Schulung mit allen Mitarbeitern und beteiligten Ärzten durchführen.

„Uns ist bekannt, dass die Genehmigungsverfahren recht langwierig sind. Die Zeit von der Beantragung bis zur Genehmigung betrug bei uns über zwei Jahre“

Thorsten Roy, leitender Controller des Katharinen-Hospitals

▶ PARAGRAF 116 B SGB V

Seit 2007 besteht die Möglichkeit für Krankenhäuser, zur Leistungserbringung von hochspezialisierten Leistungen (§ 116 b SGB V) zugelassen zu werden. Eine Bestimmung zur ambulanten Behandlung von seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen erfolgt auf Antrag. Nach erfolgter Zulassung muss ein Leistungskatalog auf Grundlage des EBM an die Krankenkassen gemeldet werden, der den geplanten Leistungsumfang enthält. Die medipa GmbH bietet Krankenhäusern mit ihrem Beratungsservice eine Hilfestellung im Antragsverfahren und zur Vorbereitung der Leistungsabrechnung. Mit dem Abrechnungsservice bietet das Unternehmen auch die Übernahme der kompletten Rechnungslegung für ambulante Leistungen nach § 116 b SGB V an.

- Hilfestellungen im Antragsverfahren
- Prüfung und Ergänzung des Leistungskataloges
- Sichtung der Dokumentation auf Vollständigkeit
- Entwicklung von Abrechnungsbögen für die Rechnungslegung
- Mitarbeiterschulungen, Informationen für Kooperationspartner
- Auswertung der Patientendokumentation und Umsetzung in EBM-Ziffern
- Datenträgeraustausch nach § 301
- Buchhaltung
- Mahnverfahren
- Schriftwechsel

Welche Besonderheiten haben sich bei der Schulung herausgestellt?
Ziel der Schulung war, ein Umdenken bei den Ärzten und Mitarbeitern der Abteilungen zu erwirken. Im Gegensatz zur KV-Ermächtigung, die sich je Facharzt auf wenige Leistungen beschränkt, ist die Abrechnung der hochspezialisierten Leistungen komplexer. Hier dürfen nicht nur abteilungsübergreifende Leistungen erbracht, sondern auch der gesamte EBM genutzt werden.

Wie erfolgt nun die Vergütung?
Die Leistungen nach Paragraf 116 b werden nicht mit der KV, sondern direkt mit den jeweiligen Krankenkassen abgerechnet. In die Abrechnung fließen die Leistungen des Krankenhauses sowie auch die der kooperierenden Ärzte ein.

Welche Konsequenz haben Sie aus dieser Erfahrung gezogen?
Um Honorarverluste von vorneherein auszuschließen, haben wir die medipa mit der Auswertung und Abrechnung unserer onkologischen Leistungen nach Paragraf 116 b SGB V beauftragt.

ANSPRECHPARTNER
medipa GmbH
Telefon +49.208.378250
info@medipa.de
www.medipa.de

Informationsdefizit: Auch Ärztinnen und Ärzte sind gefordert, ihren Patienten Geräte der Telemedizin und den Umgang damit zu erläutern

Foto: BIOTRONIK

Telemedizin noch weitgehend unbekannt

DÜSSELDORF // Zu den Innovationen im Gesundheitswesen zählen auch telemedizinische Geräte, die bei einer Patientin oder einem Patienten zu Hause stehen. Diese Geräte können über die Telefonleitung oder das Internet direkt Informationen zum Gesundheitszustand der Erkrankten in die Arztpraxis oder an das Krankenhaus senden. Die meisten Patienten wissen nichts über Telemedizin und ihre Einsatzmöglichkeiten. Zu diesem Ergebnis kommt der NRW-Gesundheitssurvey des Landesinstituts für Arbeit und Gesundheit (LIGA NRW), in dem erstmals auch Daten zur Bekanntheit der Telemedizin erhoben wurden. Der Mehrheit der Befragten waren telemedizinische Geräte unbekannt. Nur etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmer (37 Prozent) bejahte die Frage, ob ihnen telemedizinische Geräte bekannt seien. Bei Männern lag der Anteil mit 42 Prozent deutlich höher als bei Frauen (32 Prozent). Von allen Befragten berichteten nur zwei Prozent, dass sie selbst ein telemedizinisches Gerät benutzen oder benutzt haben. Diejenigen, die telemedizinische Geräte kennen, haben meistens in Zeitschriften darüber gelesen oder Fernsehsendungen gesehen, in denen davon berichtet wurde. Frauen berichten etwas häufiger als Männer, dass sie die telemedizinischen Geräte bei Verwandten oder Bekannten kennengelernt haben, die solche Geräte benutzen. Männer dagegen berichten deutlich häufiger als Frauen, dass sie ihre Informationen zu telemedizinischen Geräten im Internet gefunden hatten. Viele haben auch beim Arzt oder am Arbeitsplatz von dieser Technik erfahren.

Symposium der Ärztekammer

Prof. Dr. Christoph Fuchs

BERLIN // „Telemedizin ist heute schon ein Teil des ärztlichen Handelns. Sie ersetzt nicht die Ärztin oder den Arzt vor Ort, sondern sie trägt durch bessere Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Ärzten und Patienten sowie zwischen Ärzten verschiedener Fachrichtungen zu einer besseren Patientenversorgung bei.“ Das sagte Prof. Dr. Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer auf dem Symposium „Telemedizin und Versorgungsforschung“ der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Universitätsmedizin Mainz und der Charité, Universitätsmedizin Berlin. Prof. Dr. Peter Scriba, Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, betonte, die Telemedizin müsse mit der nötigen wissenschaftlichen Sorgfalt begleitet werden. Das Symposium, an dem neben Vertretern aus der Politik und der Selbstverwaltung insbesondere Experten aus Wissenschaft und Praxis teilnahmen, fand im Rahmen der Förderinitiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung statt.

VOICEWORDS

Gelnhäuser Straße 18 • 63867 Johannesberg • Telefon 06021.44996-0 • info@voicewords.de

www.voicewords.de

Ihr kompetenter Partner für digitale und analoge

Diktiersysteme

Risikofeste Klinik

Die Vernetzung medizinischer Geräte hat in den Krankenhäusern in den vergangenen Jahren enorm zugenommen, die **IT-LANDSCHAFT** ist sehr viel komplexer, nicht selten aber auch störanfälliger geworden. Die europäische Norm IEC 80001-1 setzt jetzt neue Standards für das Risikomanagement und überträgt die Verantwortung für die System- und Datensicherheit den Klinikbetreibern

Beim Puzzle macht der letzte Baustein das Gesamtbild perfekt – für die störungsfreie Funktion klinischer Netzwerke sorgt jetzt IEC 80001-1

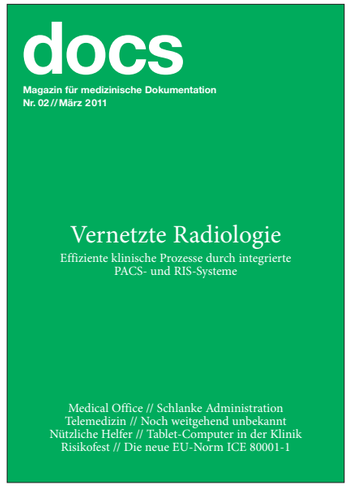
NAHEZU VIER JAHRE HAT ES GEDAUERT, dann endlich konnte IEC 80001-1 im Oktober vergangenen Jahres veröffentlicht werden. Hinter dem Kürzel verbirgt sich die europaweite Norm zum „Risk Management for IT Networks incorporating Medical Devices“ . Die Norm, die zum 1. März in Kraft getreten ist, definiert die Standards für die Einbindung von Medizinprodukten in die IT-Netzwerke von Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen.

Nach Meinung von Oliver P. Christ, Vorstand der Hamburger Prosystem AG, war die IEC 80001-1 längst überfällig. „Die Komplexität von Medizinprodukten hat in den letzten Jahren sowohl innerhalb als auch außerhalb der Kliniken durch die steigenden Anforderungen an Interoperabilität und Flexibilität dramatisch zugenommen“, begründet Christ, der maßgeblich an der Erarbeitung der Norm beteiligt war, seine Einschätzung. In den vergangenen Jahren sind immer mehr medizinische Geräte in den IT-Netzwerken der Kliniken integriert worden, auch solche, die ursprünglich als Einzellösungen konzipiert waren. Dabei blieben nicht selten die störungsfreie Funktion und die Datensicherheit auf der Strecke – in einer Klinik ein ausgesprochen hohes Risiko. Denn die Störung im Netzwerk der Medizintechnik – etwa wenn ein Virus ein System lahmlegt – kann schmerzliche Folgen haben und gar Gesundheit und Leben von Patienten gefährden.

GLEICHWOHL SIND DIE KRANKENHÄUSER angesichts des Kostendrucks, dem sie ausgesetzt sind, geradezu gefordert, die klinischen Abläufe durch verstärkte IT-Unterstützung effizienter zu gestalten. Das bedeutet: An die IT-Abteilungen der Häuser werden wachsende Anforderungen gestellt. Die neue Norm bietet nun den Verantwortlichen in den Kliniken Standards, die helfen, Risiken an den Schnittstellen zwischen IT und Medizintechnik zu erkennen und zu minimieren. Dabei überträgt die IEC 80001-1 den Kliniken ein hohes Maß an Verantwortung. Für Oliver P. Christ ist es wichtig, „dass sich alle Beteiligten, sprich Kliniken, Arztpraxen, IT-Provider und die Hersteller von Medizinprodukten, an einen Tisch setzen und die Verantwortlichkeiten und Aufgaben für die Einbindung von Medizinprodukten in das IT-Netzwerk klären“. Danach sollte die Klinikleitung einen Risikomanager ernennen, der die Vorgaben der IEC 80001-1 in die Praxis umsetzt und als Moderator zwischen allen Beteiligten fungiert. Denn auch das ist ein Novum der neuen europaweiten Norm: War in der Vergangenheit primär der Hersteller für den störungsfreien Betrieb der Geräte untereinander verantwortlich, so wird künftig der Systembetreiber in die Pflicht und die daraus abzuleitende Haftung genommen. Das bedeutet: Störungen in klinischen Netzwerken können nicht nur die Gesundheit von Patienten gefährden, sie können für die Kliniken auch sehr teuer werden.

In Zukunft hat also der Klinikbetreiber dafür zu sorgen, dass die von dem „Risiko-Management für medizinische IT-Netzwerke“ geforderten Ziele auf Dauer umgesetzt werden: Die Daten- und Systemsicherheit der IT-gestützten Prozesse, die Effizienz des klinischen Workflows und vor allem die Sicherheit der Patienten und der Anwender.

▶ IMPRESSUM



HERAUSGEBER
thomssen.communication
Kollaustraße 122, 22453 Hamburg
Telefon 040.58916950
info@thomssen.com
CHEFREDAKTION
Gerhard Thomssen
BERATER DER REDAKTION
Rolf Zeuschner, Dr. Dieter Koch
REDAKTION
Christian Koch, Detlef Schlottmann,
Norbert Schmidt, Martin Schuster,
Gerhard Thomssen
GESTALTUNG UND PRODUKTION
www.1A-Layout.de
ANZEIGEN-MARKETUNG
Sebastian Ludwig
Telefon 05841.958071
cd@sebizz.de
LITHOGRAFIE Ute Ruschmeyer
DRUCK Bahruth Druck & Medien
ERSCHEINUNGSWEISE
viermal pro Jahr
AUFLAGE 3.000

www.thomssen.com