



# Covid-19, Füllhörner und IT-Leiter:

## Der Bundesverband KH-IT als Helfer in schwierigen Zeiten

**Gut ein Jahr ist es nun her, dass sich durch die Pandemie so vieles in unserem Leben gewandelt hat. Viele Einschränkungen des täglichen Lebens, aber auch viele Chancen hat diese Situation mit sich gebracht. Die IT steht dabei, wie so oft, in einem der Brennpunkte des Geschehens. Nicht nur ist das Homeoffice seitdem viel selbstverständlicher als zuvor, auch Besprechungen und Treffen aller möglichen Art sind überwiegend virtuell geworden. Letzteres ist nur dank der IT überhaupt möglich. Man stelle sich nur dieselbe Situation in einer Welt ohne IT vor. Vieles an der derzeitigen Kommunikation wäre gar nicht oder nur weitaus erschwerter möglich.**

Im Krankenhausumfeld gibt es nun gar ein zuvor kaum mehr für möglich gehaltenes Szenario: Die Bundesregierung gibt im Rahmen des Krankenhaus-zukunftsgesetzes (KHZG) gleich drei Milliarden Euro an Fördermitteln aus, weil endlich erkannt wurde, dass gerade auch im Gesundheitsbereich vieles nur noch über ein gut entwickelte IT funktioniert. Die IT-Verantwortlichen, unsere Mitglieder des KH-IT also, sehen sich teils in einem ganz neuen Paradigma. Früher gab es die stereotype Forderung seitens der IT-Manager, dass die Investitionsmittel fehlen und deswegen eine zufriedenstellend funktionierende Infrastruktur nicht aufgebaut werden kann. Nun fließt unerwartet plötzlich Geld, aber es tauchen ganz neue Fragen auf. Welches Projekt hat denn im Haus

Vorrang? Wie kann man Anträge stellen, die dann auch Chancen auf Genehmigung und Umsetzung haben? Wer setzt in kurzer Zeit alle diese Projekte um? Woher kommt das Personal dafür? Was ist mit den Folgekosten, wer finanziert diese?

Nicht zuletzt erhebt sich auch die Frage, welche Rolle eigentlich der IT-Leiter in dem ganzen Konstrukt spielt. Wer setzt die Prioritäten im eigenen Haus? Wer stellt die Anträge auf Fördermittel? Macht das am Ende doch wieder einfach ein externer Berater, der ja letztlich von diesem Geld dann auch wieder bezahlt werden muss? Ganz viele Kolleginnen und Kollegen stellen sich diese Fragen. Viele finden sich dadurch auch etwas in einer Identitätskrise wieder. Warum?

Alle kommen zum IT-Manager, sobald irgendwo die beiden Buchstaben I und T auch nur anklingen. Gemessen wird er aber oft an ganz anderen Dingen. Wie gut ist der IT-Support im Haus, wie gut die Erreichbarkeit desselben? Wie viele Tickets sind offen, und wann werden diese endlich gelöst? So quasi nebenbei muss er sich dann noch um diese strategischen Dinge kümmern, bei denen aber alle möglichen Berufsgruppen, allen voran die Ärzteschaft, federführend mitreden wollen.

Zusätzlich bekommt er auch noch täglich Anrufe von IT-Lieferanten und -Dienstleistern, die zu Recht davon ausgehen, dass ein guter Teil des Fördergeldes letztlich bei ihnen landen wird. Diese Anrufe laufen meist im Kern darauf hinaus, wie denn die Firma letztlich mit Projekten zum Zug kommen kann, wo, wie und bei wem man dafür welche Knöpfe drücken muss.

Selbst wenn es vielleicht abgedroschen klingt, so gilt sicher auch hier das Sprichwort, dass man nicht alles zu persönlich nehmen darf, so schwer das vielleicht auch manchmal fällt. Sehen wir es doch einmal von der anderen Seite. Wen sollte denn jemand sonst ansprechen, wenn nicht den IT-Leiter, um seine grundsätzlichen Anliegen zu platzieren? Der Lieferant von außen kennt oft niemanden im Haus und weiß nicht um die Entscheidungsstrukturen. Also klopft er erst einmal an die Tür, an der „IT“ steht. Der Anwender andererseits, der einfach nur seine Arbeit tun muss und auf die IT zwingend angewiesen ist, braucht jemanden, bei dem er adressieren kann, was strukturell seiner Meinung nach nicht gut funktioniert. Führungskräfte des eigenen Krankenhauses sind da oft einfach nur Multiplikatoren und geben weiter, was an sie herangetragen wird. Der IT-Leiter muss dabei vieles können. Er muss ein offenes Ohr haben, starke Nerven, ein gesundes Maß an Pragmatismus und Lösungsorientiertheit. Er wird auch dann nicht alle Themen in vernünftiger Zeit vom Tisch bekommen, aber das liegt nun einmal in der Natur der Sache, in den seltensten Fällen an ihm selbst.

Man denke hierbei nur an eine professionelle Fußballmannschaft. Die Augen der Öffentlichkeit richten sich üblicherweise auf den Trainer. Wenn es nicht so gut läuft und das über einen längeren Zeitraum, dann möchte man eben als erstes am Trainer ansetzen. Das muss er nicht persönlich nehmen. So wird auch der IT-Leiter nicht allem und allen gerecht werden können.

Immerhin haben die IT-Leiterinnen und IT-Leiter etwas, was nicht zu unterschätzen ist, nämlich eine Plattform, wo sie Gleichgesinnte und Menschen in ähnlichen Rahmenbedingungen treffen, Ideen und Lösungen austauschen können: den Bundesverband der Krankenhaus-IT-Leiterinnen/-Leiter. Gerade das KH-ZG ist seit dem Herbst eines der großen

Themen unserer Mitglieder, wen wundert es. Im sogenannten Clubabend, jeden 2. Mittwoch im Monat, treffen sich dort seit ein paar Monaten, natürlich virtuell, alle interessierten ordentlichen Mitglieder, die dazu jedes Mal von uns eingeladen werden. Hier kann man erfahren, wie andere mit diesem und weiteren wichtigen IT-Themen umgehen und was man selbst daraus für sich und seine eigene Abteilung mitnehmen kann.

Anfang Mai trifft sich die Community zur bereits zweiten Onlinetagung des KH-IT. Erfreulich ist, wie schnell sich Menschen und Strukturen an neue Bedingungen anpassen können, war es doch noch vor einem Jahr so, dass wir, wie so viele Veranstalter, sehr kurzfristig unsere Frühjahrstagung ausfallen lassen mussten und erst einmal nicht recht wussten wie es weitergehen würde.

So hat der KH-IT neue Wege beschritten und entwickelt sich dahingehend weiter. Nicht verhehlen sollte man aber, dass trotz allem sich jeder Einzelne auf den Tag freut, an dem endlich wieder die persönliche Begegnung stattfinden kann, die letztlich durch nichts zu ersetzen ist. Bis es soweit ist, bleiben wir vermittels IT für die IT in Kontakt.

Wenn alles klappt, sehen wir uns dann im September in Berlin endlich alle wieder an einem Ort: zum gegenseitigen Austausch: zur Herbsttagung des KH-IT. Bleiben Sie bis dahin und darüber hinaus gesund!

*Ihr Horst-Dieter Beha, Vorsitzender Bundesverband der Krankenhaus IT-Leiterinnen/Leiter KH-IT*

[www.kh-it.de](http://www.kh-it.de)



**Horst-Dieter Beha, Vorsitzender Bundesverband der Krankenhaus IT-Leiterinnen/Leiter KH-IT**



## Goldgräber in medizinischen Daten – aussichtslos oder erfolgreich?

**„Daten sind das neue Gold“, so die Redewendung in den letzten Jahren. Doch wie steht es aktuell um die Erhebung medizinischer Daten sowie der kontinuierlich wachsenden Datenmengen in der Medizin? Bringt die Prozessänderung, weg von Stift und Papier hin zur Softwarenutzung, den goldenen Erfolg mit medizinischen Daten? Wo stehen wir Krankenhäuser im Bezug zu medizinischen Daten und bietet das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) einen innovativen Schwung? Von Jens Schulze, CIO, Universitätsklinikum Frankfurt, Vorstand KH-IT**

Schaut man sich aktuell in unserer Krankenhauslandschaft um, so erleben wir die medizinische Dokumentation mittels Stift und Papier, durch händische Eingabe in Softwareapplikationen, über Textbausteine in Softwareapplikationen, durch Scannen von Papier in Softwareapplikationen hinein, bis hin zu Sprachdiktaten und Spracherkennung. Die Art und Weise der medizinischen Datenerhebung hat einen enormen Einfluss auf das Ergebnis der medizinischen Daten und auch auf die Datenmengen.

Die Erkenntnisse der Vergangenheit zeigen uns bezogen auf die Erhebung und Nutzung der medizinischen Daten, dass es hierbei auf das WIE und WAS ankommt. Bei dem WIE liegt der Fokus auf der strukturierten, eindeutigen, redundanzvermeidenden und vergleichbaren Dokumentation medizinischer Daten. Es sollte zum WIE keinen Freitext oder auch nicht das Feld „Sonstiges“ in den Softwareapplikationen geben, sondern feste Strukturen durch z.B. Listenfelder, Checkboxes, Radio-button und Kombinationsfelder geben. Das WAS bezieht sich bei der Dokumentation medizinischer Daten zum gemeinsamen Verständnis der Informationseinheiten auf die semantische Ebene. Zum WAS gehören beispielweise die Verwendung von Nomenklaturen, Terminologien, Taxonomien, Klassifikationssystemen und klar festgelegten Einheiten/ Wertebereichen.



## Realität medizinischer Daten und Dokumentation

Doch wie sieht die täglich erlebte Realität zu medizinischen Daten und zur Dokumentation in den Krankenhäusern aus?

- Auf dem Papier besteht die individuelle Kreativität einer jeden einzelnen Person,
- Softwareapplikationen mit vielen Eingabe-/ Dokumentationsmöglichkeiten, durch Freitextfelder in verschiedenen Oberflächenansichten (z.B. zu einem Behandlungsfall einer Person können an vier verschiedenen Stellen in der Softwareapplikation die Größe und das Gewicht des Patienten in diesem Behandlungsfall eingegeben und verändert werden, ohne dass diese vier Dokumentationsmöglichkeiten in gemeinsamer Verbindung stehen),
- Textfelder in den Softwareapplikationen mit- und ohne Textbaustein- und/ oder Sprachdiktat bzw. Spracherkennungsfunktionen,
- Textbausteine fernab der medizinischen Semantik,
- Sprachdiktat- und Spracherkennungsfunktionen, mit denen sehr viel unnötiger Prosatext erzeugt wird.

Durch zuvor genannte Aspekte kommt es in den medizinischen Daten beispielsweise zu redundanten Informationen, Verwechslungen- oder Fehlinterpretationen in den Informationen und auch zu unnötigen Informationen. Ungenauigkeit ist ein weiteres Problem in der medizinischen Dokumentation, als Beispiel: „Der Patient hat ein tennisball-großes Karzinom“. Mit dieser Information kann ein Chirurg wenig anfangen, weil wie groß ist tennisball-groß? 4,5 Zentimeter,

5 Zentimeter oder 6 Zentimeter? An dieser Stelle könnte zukünftig die Künstliche Intelligenz (KI) bei der Erhebung medizinischer Daten ins Spiel kommen. Durch Künstliche Intelligenz können medizinische Daten bei ihrer Erhebung präzisieren lassen, in der Form, dass die Künstliche Intelligenz bei der datenerhebenden Person hinterfragt, beispielsweise bei dem Wort: „tennisball-groß“, wie viel Millimeter lang dieses Karzinom genau ist. Künstliche Intelligenz und auch Maschine Learning setzen jedoch qualitative Daten voraus, denn qualitative medizinische Daten und eine qualitative Datenerhebung sind der Schlüssel zum Erfolg.

## Strukturierung und Standardisierung

Kurzum, es gibt bezogen auf das WIE und WAS zu den medizinischen Daten und der Dokumentation in unseren bestehenden Softwaresystemen und Prozessen aktuell genug Hausaufgaben, die wir erledigen müssen, damit das Goldgraben in diesen medizinischen Daten und Datenmengen zum Erfolg wird. Zu diesen Hausaufgaben bedarf es nicht unbedingt neuer zusätzlicher Softwaresysteme, sondern einer Strukturierung und einem gewissen Maß an Standardisierung. Die bilderzeugenden Bereiche der Medizin, wie Radiologie und Pathologie, können hier als Vorbild dienen, weil sie bereits sehr strukturiert und standardisiert ihre Bild- und Befunddaten erheben.

Diese Strukturierung und Standardisierung darf keine Individualität einer jeden Klinik und eines jeden Krankenhauses sein, dies muss gemeinschaftlich hausübergreifend einheitlich erfolgen. Als gemeinsame Orientierung können Modelle wie HIMSS EMRAM und

auch die Gesetzgebung, z.B. das Patientendaten-Schutz-Gesetz (Stichworte: SNOMED und LOINC) oder auch Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG), dienen. Das Krankenhauszukunftsgesetz dient bei diesem Thema jedoch nicht nur als Orientierung, es fördert mit dem Fördertatbestand 3: Digitale Pflege- und Behandlungsdokumentation oder Fördertatbestand 4: Einrichtung von teil- oder vollautomatisierten klinischen Entscheidungsunterstützungssystemen sogar die Strukturierung und Standardisierung der medizinischen Daten in bestehenden Systemen. Nutzt man diese Chancen, dann sind die medizinischen Daten eine wahre Goldgrube!



Jens Schulze, Dezent / CIO, Universitätsklinikum Frankfurt, Dezent für Informations- u. Kommunikationstechnologie; Vorstand Bundesverband der Krankenhaus IT-Leiterinnen/Leiter KH-IT: „Nutzt man diese Chancen, dann sind die medizinischen Daten eine wahre Goldgrube!“

## **KHZG: Projekte, Produkte, Geschäftsmodelle – Anforderungen und Investitionen für den zukünftigen IT-Betrieb**

Mit dem KHZG sollen Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und eine bessere digitale Infrastruktur einschließlich der Verbesserung der Informationssicherheit finanziert werden. Das KHZG hat das Ziel, die medizinische Versorgung insbesondere in den Krankenhäusern mit Unterstützung der Digitalisierung spürbar voranzubringen. Dabei sollen die Patientensicherheit, sowie Effizienzgewinne in den Abläufen und Kooperation mit anderen beteiligten Leistungserbringern im Vordergrund stehen.

Digitalisierungslösungen brauchen IT-Systeme, um überhaupt verfügbar zu sein. Und IT-Systeme müssen ausreichend sicher ausgelegt werden. Das KHZG wird diesem Aspekt gerecht, indem der IT-Sicherheit in großem Maße Rechnung getragen wird.

Bei der Frage, welche Investitionen nun im Zuge der KHZG-Umsetzung im Fokus stehen werden, sind zunächst einige grundsätzliche Fragen zu klären.

Die primären Ziele des KHZG bedingen keine IT-Projekte im eigentlichen Sinne. Es geht ja nicht um die Modernisierung der Technik im Rechenzentrum, Projekte die von manchen zur besseren Verdeutlichung auch „Kellerprojekte“ genannt werden.

### **„Digitalisierungsprojekte“ und geeignete IT-Lösungen**

Die Kernziele des KHZG sind nur durch konsequenten und sinnhaften Einsatz von Digitalisierungslösungen erreichbar. Allerdings sind dies eher Organisations- oder besser Re-Organisationsprojekte. Das bedeutet, die Geschäftsführung muss die Unternehmensziele und die damit zu erstellende Unternehmensstrategie für jedes Unternehmen bereits erarbeitet haben oder nun ausarbeiten.

Anschließend steht der klassische SOLL-IST-Vergleich an – welche Prozesse müssen wie angepasst werden, welche müssen neu etabliert werden, um die Unternehmensziele zu erreichen? Welche Maßnahmen sind dafür nötig? Hier

kommen dann wieder die Fördertatbestände des KHZG ins Spiel.

Aus deren reichhaltigem Instrumentarium gilt es nun, die nötigen, sinnhaften und wahrscheinlich mit bestem Nutzen einzusetzenden Anforderungen mit den eigenen Vorstellungen in Deckung zu bringen. Damit stehen dann die „Digitalisierungsprojekte“ fest und die Suche nach geeigneten IT-Lösungen kann beginnen.

Es darf davon ausgegangen werden, dass – egal welche Organisationsprojekte identifiziert wurden – Krankenhaus-unabhängig zahlreiche IT-Projekte „im Keller“ notwendig sind.

### **Projekt- und Investitionsplanung Sicherheit**

Das KHZG fordert mehr technische IT-Sicherheit, bei der auch organisatorisch neue Strukturen aufgebaut werden können. Das kann z.B. ein ISMS sein. Im Hinterkopf sollte hierbei die Etablierung des „Stand der Technik“ auf Basis der KRITIS-Anforderungen ab 01.01.2022 sein.

In der Projekt- und Investitionsplanung wird mit Sicherheit auch die Modernisierung der bestehenden Sicherheitslösungen stehen, sowie ggf. deren Konsolidierung. Neue Aspekte wie u.a. IPS, IDS und SIEM werden Einzug in die Betrachtung finden. Selbst die IT-Dokumentation wird sicherlich einer kritischen Aktualisierung unterzogen werden.

Penetrationstests und andere Sicherheitschecks sind sicher sinnvoll, um die Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen nachzuweisen. Allerdings ist es damit nicht getan, diese sind wiederkehrend durchzuführen inklusive der Anpassung der Sicherheitslösungen bei Bedarf.

Ebenfalls wird jeder seine Netzwerkinfrastruktur dahingehend prüfen, ob und welche Erweiterungen oder Erneuerungen notwendig sind, um künftig einerseits die benötigte Bandbreite für die digitalen Prozesse innerhalb des Hauses und zur Außenwelt sicherzustellen.

Jeder, der noch kein WLAN hat oder zwar eines hat, das aber Patienten noch nicht mit nutzen können, wird sich um ein solches bemühen müssen.

Zum Netzwerk gehören natürlich auch wiederum Sicherheitsfragen – wie können unsichere Geräte trotzdem eingebunden werden, um deren Datenflüsse im digitalisierten Prozess nutzbar zu machen.

Weiterhin werden Aktivitäten zur sicheren Vernetzung mit externen Partnern auf der ToDo-Liste stehen. Dabei sind Patienten, niedergelassene Ärzte, andere Krankenhäuser bis hin zu Rettungs-, Pflege- und Krankentransportdiensten zu bedenken.

### **Schnittstelle zum Anwender**

Letztlich werden auch grundsätzliche Fragen an der Schnittstelle zum Anwender zu klären sein: Welche Endgeräte werden künftig benötigt? Ist die

Bereitstellung von Fat-Clients weiterhin sinnvoll oder sollten zentralisierte Terminalserverdienste neu implementiert oder ausgebaut werden? Werden Tablets oder auch Smartphones sogar derzeitige Rechner an einem festen Standort obsolet machen? Wie lässt sich der Anmeldeprozess an Rechnern und Anwendungen effizienter gestalten, kann das Passwort wegfallen, was gibt es als alternative, sichere Lösungen?

Auch Drucker sind ein Thema, wenn auch eher im Sinne der Kosteneinsparung. Der Drucker ist u.U. der Feind des digitalen Ablaufs. Gedruckte Dokumente widersprechen und behindern sogar den ggf. mühsam etablierten elektronischen, automatisierten Ablauf. Dennoch wird auch künftig auf Drucker nicht verzichtet werden können.

### **Basis-Infrastruktur: intern oder extern?**

Insgesamt wird sich jede IT-Abteilung die Frage stellen müssen, können und wollen wir noch weiterhin die Basis-Infrastruktur vollumfänglich selbst betreiben oder nehmen wir im Sinne von Cloud- oder Managed-Service-Diensten externe Unterstützung in Anspruch?

Dies kann sowohl aufgrund der wachsenden Komplexität der Systeme und der damit einhergehenden Qualifizierung in der Systemadministration, sowie des fehlenden Personals ein sinnhafter, denkbarer Weg sein.

Die beschriebenen Punkte sind jeder für sich betrachtet eine Herausforderung. Eines sollten sie aber nicht sein: aufgrund mangelnden Budgets nicht realisierbar. Das KHZG gibt die Möglichkeit, zumindest die Mittel zu beantragen und damit den Nachweis erbracht zu haben, den finanziellen Bedarf erhoben und benannt zu haben.

### **Strategie für moderne digitalisierte Gesundheitsversorgung**

Neben den technischen Fragen stehen weitere bzgl. der Datenhaltung und -struktur an. Ist es nicht sinnvoll oder sogar notwendig mit Implementierung der genannten Fördertatbestände auch die Strategie bzgl. der geschäftsrelevanten Anwendungen und Systeme zu überdenken? Soll weiterhin der monolithische Ansatz gewählt werden? Soll das KIS weiter der zentrale Besitzer der Daten sein? Sollen Best-of-Breed-Ansätze künftig mehr Einzug in die Anwendungslandschaft finden? Ist eine Plattformstrategie für die geschäftsrelevanten und medizinischen Daten sinnvoll?

Gerade die Überlegung, eine Plattform, in der außerhalb von KIS und sonstigen Subsystemen die Daten liegen, dürfte bei einigen Zielen des KHZG und seiner Fördertatbestände wichtig werden. Mittel- und langfristig wird kein Weg an einem IHE-basierten Datenpool vorbeiführen, der auch mittels MPI

die Patientenzuordnung fall- und einrichtungsübergreifend ermöglicht. Das dürfte auch vor dem Hintergrund der von Herrn Spahn gewollten elektronischen Patientenakte notwendig sein.

Somit wird also zwischen der klassischen Aufteilung IT-Infrastruktur und Anwendung/ digitalisiertem Prozess eine weitere Ebene Datenplattform notwendig sein, die es ermöglicht, „App“-basiert Funktionen bereitzustellen, die bisher kaum oder nur wenige etablierte KIS-Lösungen mitbringen. Da gibt es in den Förderrichtlinien einige MUSS-Kriterien, die solch einen strategischen Ansatz erforderlich machen. Die Hürde, dem innovativen Start-Up eine Chance zu geben, seine funktional abgegrenzte Anwendung zum Einsatz zu bringen, wird erheblich herunter-gesetzt.

Mit diesen beiden Bereichen steht dem „Hausbau“ einer modernen, digitalisierten Gesundheitsversorgung nichts mehr im Weg – im Keller die IT-Infrastruktur und ringsum der Sicherheitszaun, die Bodenplatte mit der Sammlung und Bereitstellung aller Daten und darauf die Stockwerke und Zimmer mit den digitalisierten Prozessen. Wie diese gestaltet werden, welche Projekte und Investitionen sich daraus ergeben und wie diese aus dem KHZG gefördert werden sollen, ist wieder eher eine individuelle strategische Aufgabe eines jeden Krankenhauses.



Autor: Reimar Engelhardt, Vorstand, KH-IT

# Das Service-Desk – Visitenkarte der IT

**Weshalb wird das Service-Desk (SD) als Visitenkarte der IT-Abteilung bezeichnet? Man nähert sich den Gründen, wenn man sich die Einbindung des SD in den Unterstützungsprozess der IT betrachtet. Für die überwiegende Anzahl der Anwender verbirgt sich hinter dem SD der größte Teil der sichtbaren Leistungen der IT.**

Die Telefon-Nummer des SD ist für fast alle Beschäftigten im Krankenhaus die meistbekannte Telefon-Nummer der IT. Auch aus diesem Grund wird für die Erreichbarkeit fast durchgängig eine leicht einprägsame Nummer gewählt. Die anrufenden Anwender erwarten bei einem Anruf beim SD, dass sie ohne lange Warteschlange Kontakt mit einer helfenden Hand erhalten, die im Idealfall das Problem sofort löst oder sich zumindest darum kümmert, dass ein kompetenter Beschäftigter der IT sich des Problems annimmt. Damit ist das SD für die Anwender auch mit dem Anspruch verbunden: „Wähle diese Nummer und Dir wird geholfen!“.

Dazu zählen die Anforderungen an das SD, die von Anwendern intrinsisch mit einem SD verbunden sind und zum größten Teil erfüllt werden sollten, damit aus diesen Hilfesuchenden überzeugte und zufriedene Anwender der IT werden:

- Schnelle und dauerhafte Erreichbarkeit
- Sofortige Hilfestellung (bei 60 %-Prozent der Anrufe mit max. einer Weiterverbindung)
- Alternativ verfügbare Meldewege zur Vermeidung von Wartezeiten
- Nachvollziehbarkeit des Status der Bearbeitung, wenn nicht sofort geholfen werden kann
- Transparenz zur Einstufung der Meldung, da der eingestufte Schweregrad der Störung die Priorität in der Bearbeitung ergibt
- Rückmeldungen zur erfolgten Lösung, wenn diese nicht sofort hat erfolgen können (wegen Schichtarbeit, Stellvertretermeldungen eventuell über nicht synchrone Kommunikation)

Natürlich existieren auch weitere Anforderungen, die aus ökonomischer oder organisatorischer Sicht nicht so leicht erfüllt werden können:

- Erreichbarkeit des SD über 7 Tage/24 Stunden (davon unabhängig muss natürlich eine Bereitschaftsregelung für die Störungsbearbeitung von unternehmenskritischen Systemen abgesichert und verfügbar sein)
- Die Ticket-Zuordnung zu einer festen Person
- Dass Anwender meist deren Problem mit Priorität „1“ bearbeiten sehen wollen und sich eine sofortige Bearbeitung wünschen
- Dass Anwender sich bei einer Störung meist schwer dazu bewegen lassen eine Ausweidlösung befristet zu nutzen (z.B. Ausdruck auf ein benachbartes Gerät umleiten, Nutzen eines alternativen PC in einem anderen Raum usw.)

- Dass für jedes Problem aus Sicht des Anwenders im SD immer personelle Fachkompetenz verfügbar sein muss

Leider werden den Anwendern in den Medien, von Beratern oder auch Anbietern vielfach unrealistische Anforderungen an das SD suggeriert. An dieser Stelle sollen zwei davon aufgeführt werden die leider immer noch zu oft „verkauft“ werden. In einem guten SD könne man eine Erstlösungsrate von 80 % erzielen und in einem guten SD sollten für alle potentiellen Störungen kompetente personelle Ressourcen verfügbar sein. Beide Forderungen weisen natürlich einen Zusammenhang auf. Selbst wenn man die vielen nur auf PCs installierte Einzellösungen abzieht laufen in großen Kliniken und natürlich in Unikliniken erst recht im Minimum zwischen 200 bis an die 1.000 Mehrplatz-Lösungen! Und für viele dieser Lösungen, die nicht als unternehmenskritisch eingestuft sind gibt es, wenn überhaupt, meist nur eine personelle Ressource in der IT.

Nun solle doch einer der Protagonisten der oben genannten Anforderungen erklären, wieviel Stellen man in einem SD dafür brauchen würde oder ob es High-Potentials gibt, die ausreichend Spezialwissen für „x“ Applikationen besitzen. Aus diesen Gründen spricht die Ökonomie auf jeden Fall dagegen für alle Anwendungen Kompetenz im SD nachweisen zu müssen.

Nun aber zur Fragestellung zurück, was kann man tun damit die Funktionsstelle SD zu einer von den Anwendern positiv bewerteten Visitenkarte wird? Vielleicht kann ein Teil der Antwort aus der Umfrage zur Zufriedenheit von IT-Anwendern geholt werden. Diese Umfrage wurde vor einigen Jahren durch die Duale Hochschule Baden-Württemberg unter der Leitung von Fr. Prof. Dr. Simon an einem großen Haus der höchsten Versorgungsstufe durchgeführt. Der Teil der Ergebnisse die das SD betroffen haben, wird in der Folge dargestellt: Frage an die Anwender Note Erreichbarkeit des SD 2,1 Fachkompetenz der MA im SD 1,9 Engagement und Freundlichkeit der MA/innen im SD 1,5 Angemessenheit der Bearbeitungszeit 2,1 Servicezeiten des SD 2,3 Bedeutung des SD für mich als MA/in im Klinikum 1,2 Zusammenfassende Zufriedenheit mit dem SD 1,7

Die damalige Besetzung des SD war überrascht über die hohe Bedeutung seitens der Beschäftigten des Klinikums, über die Bewertung zur Gesamtzufriedenheit und auch zur Angemessenheit der Bearbeitungszeit, wobei hier natürlich die Zeiten des Second-Level-Support mit inkludiert war. In die-



sem Zusammenhang wurde auch eine repräsentative Auswahl an Führungskräften des Klinikums (im Service-Vokabular der Kunden, denn deren Budget wird ja belastet) quer über alle Bereiche zu deren Sicht zum SD die wichtigsten Aussagen, die sich fast bei allen Befragten wiederholten. Wobei man dazu anmerken muss, dass für die Führungskräfte das Wort Problem stellvertretend für Störungsmeldung (Incident) als auch Service-Anforderungen (Service-Request) stand:

- Man habe einen eindeutigen Kontaktpunkt (Telefon, Fax, Mail usw.)
  - Man müsse nicht suchen, wer für die Lösung eines Problems zuständig wäre
  - Man werde sein Problem los
  - Man habe das Gefühl, dass die Meldung nicht verloren gehe
  - Ein Großteil der Probleme werde sofort gelöst
  - Einziger Kritikpunkt war bei den Führungskräften, dass nicht für alle Themen Kompetenz im SD anzufinden wäre
- Alleine aus der Zusammenfassung der Antworten der IT-Nutzer, als auch von deren Vorgesetzten, kann man erkennen, wie schon hier die Funktionsstelle SD für die gesamte IT steht und Meinungsbildend ist bzw. sein kann.

Was sind Grundlagen im SD, die eine Zufriedenheit mit diesem Service der IT begründen und damit auch zur Zufriedenheit mit der gesamten IT beitragen?

Dem IT-Anwendern müssen transparent Regelungen kommuniziert werden bzw. im Intranet leicht find- und zugreifbar sein. Dazu muss auch kommuniziert sein, was man unter dem SD versteht (Der Service Desk ist die zentrale und zu festgelegten Zeiten erreichbare Anlaufstelle für alle Anwender zu allen IT-Problemen und IT-Hilfestellungen. Der Service Desk ist das Bindeglied zwischen den Anwendern und dem IT-Bereich und koordiniert die nachfolgenden Supporteinheiten) und was die Zielsetzung eines SD ist (Die schnellstmögliche Wiederherstellung des Service und damit die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Anwender der Services. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass die Störung eine möglichst geringe Auswirkung auf das Business hat). Zu einigen weiteren Festlegungen, die für den Anwender zugreifbar sein müssen, soll hier kurz eingegangen werden:

- Nach welchen Kriterien erfolgt die Einstufung einer Störungsmeldung in ein Prioritätenranking (z.B. Priorität 4 'NORMAL', Reaktionszeit 8 Std. Die Störung führt zur – temporären – Beeinträchtigung einzelner Randfunktionen einer Anwendung. Ein Anwender ist betroffen. Das Problem führt zu Verzögerungen im unterstützten Unternehmensprozess, die durch andere Mittel weitgehend abgewendet werden können).
- Für welche Anwendungen und technische Störungen ist die personelle Ausstattung des SD mit Fachkompetenz ausgestattet (z.B. KAS, MS Office, Client-OS, Intranet, DV-Zugänge, SW-Verteilung, PW-Freischaltung, Freischaltung von Ressourcen usw.).

- Welche Eskalationswege vorhanden sind (nach Ablauf der Reaktionszeit die Stufen der personellen Eskalation in Abhängigkeit von der eingestuften Priorität der Störung).
  - Die Zielsetzung des SD zur Erstlösungsrate.
  - Die Begründung zu den Verfügbarkeitszeiten des SD sollte ebenfalls für den Anwender nachvollziehbar dargelegt sein.
- Ob alle SLAs den Anwendern offengelegt sein sollten, muss die Unternehmenskultur des jeweiligen Hauses entscheiden. Meist sind diese für Anwender zu detailliert, teilweise in zu atomisierter Struktur vorhanden und durch Prozentanteile für die Erfüllungen in gewissen Zeiten nicht auf den Einzelfall abbildbar. Bei der Personalauswahl für den Dienst im SD kann nur geraten werden auf folgende Schwerpunkte zu achten:
- Eine hohe Lernbereitschaft
  - Bereitschaft sich als Repräsentant der IT gegenüber dem Anwender zu verhalten
  - Besitz hoher Fachkompetenz als auch von Sozialkompetenz wie Teamfähigkeit usw.

Weiterhin gibt es weitere kommunikative Verpflichtungen, die helfen die Akzeptanz und die Zufriedenheit mit dem SD zu steigern. Dazu gehört ein regelmäßiges Reporting, ein interaktives Vorschlagswesen als auch die direkte Bewertungsmöglichkeit nach einer Lösungsmeldung für Anwender die Bearbeitung bewerten zu können.

Zusammenfassung (lessons learned) was für ein funktionierendes und akzeptiertes SD wichtig ist:

Erfolgsfaktoren +++Engagiertes, motiviertes und fachlich kompetentes Personal +++Qualität der Basisdaten (Inventory-DB, User-Directory, Vertrags- bzw. Lizenz-DB usw.) +++Prozesse innerhalb des SD, zur Interaktion mit dem Second-Level und zum Service-Center IT ++Das Service-Desk-Tool incl. der Einbindung in additive Tools ++Sonstige Tools und Werkzeuge (Remote-Access, Spiegelung, SW-Verteilung, Inventory-SW usw.) +Eindeutigen SLAs (die aber mehr intern für die MA/innen der IT, da die User diese ignorieren) +Knowledge-Base (individuell intern als auch extern)

Wenn man all diese Anregungen berücksichtigt, das passende Personal für den Dienst im SD motiviert (das ist leider vielfach gerade bei Akademikern nicht so leicht) sollte die Reputation der IT mit der Visitenkarte SD eigentlich nichts mehr im Wege stehen.



Autor: Helmut Schlegel, Vorstand KH-IT, ehemals CIO Klinikum Nürnberg





## KH-IT-Clubabend: Nachdenken über KHZG-Projekte

Was IT-Leiter am meisten erörtern, ist das KHZG. Das war daher Thema auch beim Clubabend des KH-IT am 10.03.2021. Vortrag und Austausch der Ergebnisse in kleinen Gruppen brachten verschiedene Unklarheiten bei vermeintlich eindeutigen Vorgaben zu Tage. Über 50 Teilnehmer des virtuellen Meetings diskutierten Vorgehensweisen und Erfahrungen.

Das Ziel des Krankenhauszukunftsgesetzes ist es, die Modernisierung der Krankenhäuser voranzutreiben. Aktuell beschäftigen dazu IT-Verantwortliche wie Thomas Dehne, Vorgehensweise, Erfahrungen und Meinungen rund ums KHZG. Der IT-Leiter Universitätsmedizin Rostock gab beim KH-IT-Clubabend Einblicke in den Stand der Dinge und die Entwicklung in seinem Haus. Diese Impulse führten zu weiteren Clubabend-Aspekten.

### Standards und Reifegrad

Das betraf etwa den besonderen Fokus auf Digitalisierung der Krankenhäuser und Ausgestaltung in Form eines bundesweiten Standards. Damit soll ein höherer Grad der Vernetzung innerhalb des Gesundheitswesens angestrebt und die Patientenversorgung verbessert werden. Der Standard ist noch zu finden.

Ein weiterer Aspekt der lebhaften Diskussion war der digitale Reifegrad. Er findet in Form einer Selbsteinschätzung statt. Hierzu soll im Rahmen eines Forschungsvorhabens ein Tool entwickelt werden, welches den Krankenhäusern zur standardisierten Erhebung des Digitalisierungsgrades zur Verfügung gestellt wird, sodass eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse gegeben ist.

Einige Modelle sind bereits vorhanden. Welches beim KHZG den Zuschlag erhält, ist offen. Praktiker meinen, es gehe darum, nicht Systeme zu zählen, sondern den Nutzen bestimmen zu können.

### Angebote und Personal

Kritisch angesprochen wurde auch das Angebotsverhalten der Hersteller. Statt Lösungen zu verkaufen, verkaufen manche Hersteller „Luftblasen“, Lösungen stehen lediglich auf dem Papier, was zu hören.

Auch Personalprobleme beschäftigen den IT-Verantwortlichen. Qualifizierte Dienstleister zu finden scheint schwer, im eigenen Verbund Wissenstransfer zu betreiben ist eine Alternative. Mittelfristig sind Fortbildung und Ausbildung und Höherqualifizierung, auch duales Studium Impulse. Allerdings ist die Finanzierung manchmal „wackelig“, wobei Geld nicht immer alles ist, wenn das Team und die Kultur stimmen.

Angesprochen war auch IT-Sicherheit als Förderschwerpunkt 10. Ein Anteil von mindestens 15 % der beantragten sowie gewährten Fördermittel ist zur Verbesserung der Informationssicherheit vorzusehen. Dies betrifft Informationssicherheit, darunter fallen indes auch Verfügbarkeit und Integrität. Wie diese Vielschichtigkeit in die Antragsgestaltung einzubauen ist, bedarf der Diskussion. Oftmals werden harte Fakten und kaum die weichen wie Personalkosten gesehen.

Krankenhäuser mit kritischen Infrastrukturen sind von der Förderung über den Krankenhauszukunftsfonds ausgeschlossen. Dadurch soll eine Doppelförderung ausgeschlossen werden.

In den Blick kamen auch Ausnahmeregelungen für das Vergaberecht. „Die Vorgaben des nationalen und europäischen Vergaberechts sind durchgehend zu berücksichtigen“, so das KHZG. Doch: Ausschreibungen müssen kommunale Häuser vornehmen, andere Häuser offenbar nicht. Eine Beschwerde an die Länder läuft, da eine Ungleichbehandlung als unfair wahrgenommen wird.

IT und/oder Organisation

Kernziele des KHZG sind durch Digitalisierungslösungen erreichbar. Allerdings sind dies eher Organisations- oder besser Re-Organisationsprojekte. Das Nachdenken über Projekte geht weiter. Welches Projekt hat im Haus Vorrang? Wer setzt in kurzer Zeit alle diese Projekte um?

## KH-IT-Frühjahrstagung 2021: Projektmanagement im Krankenhaus

Die Frühjahrstagung des Bundesverbandes der Krankenhaus-IT-Leiterinnen/Leiter e.V. KH-IT findet am 5. und 6.5.2021 virtuell statt. IT-Projekte haben den Ruf, länger zu dauern, mehr zu kosten und weniger zu liefern als geplant. Die Realität sieht oft genug genau so aus, aber es gibt auch Hoffnung. Die Teilnehmer aus dem IT-Management erhalten von Praktikern umsetzbare Hinweise, wie sich Chancen für erfolgreiche Projekte deutlich verbessern lassen.

„Im Rahmen der Frühjahrstagung wollen wir anhand von realen Beispielen lernen, warum manche Projekte scheitern, aber vor allem warum manche Projekte einfach super laufen“, meint Agendaverantwortlicher Jürgen Flemming, Vorstand des KH-IT. Sind es die externen Partner, die professionell agieren? Sind es die internen Stakeholder, die dem Projekt die notwendige Unterstützung zukommen lassen? Sind es die Projektleiter, die ihren Job richtig machen? Oder ist es nur Glück?

### Aus Fehlern lernen

Der Agendaverantwortliche weiter über das Ziel der Frühjahrstagung: „Wir wollen im Rahmen der Tagung deutlich machen, dass Projektmanagement in Krankenhäusern noch unterentwickelt ist. Dass das Gelingen von Projekten eher dem Zufall als der strukturierten und methodischen Umsetzung zu verdanken ist. Aber dass wir aus den Fehlern lernen können und sollten.“

Zu den TakeHome-Points sollen daher die wichtigsten Empfehlungen enthalten, die vermutlich zu den Ursachen für das Scheitern kritischer Projekte gehören: Klarer Scope, der auch hart gemanaged wird, Erwartungshaltung der Auftraggeber damit verbinden, strukturiertes Stakeholder- und Kommunikationsmanagement, strukturierter Prozess für die Auswahl / Priorisierung von Projekten sowie qualifizierte Ausbildung.

Gerade durch die Projekte im Rahmen des Krankenhaus-zukunftsgesetzes KHZG wird klar, dass bis Ende 2024 die IT im Krankenhaus besonderen Herausforderungen entgegen sieht. Auch wenn zahlreiche KHZG-Projekte eigentlich Organisationsprojekte sind, bleibt viel Arbeit an der IT hängen. IT-Projekte haben den Ruf, länger zu dauern, mehr zu kosten und weniger zu liefern als geplant. Die Realität sieht oft genug genau so aus, aber es gibt auch Hoffnung: So manches Projekt verläuft nahezu problemlos und liefert im Budget und rechtzeitig alle geforderten Ergebnisse ab.

### Chancen auf erfolgreiche Projekte verbessern

Agendaverantwortlicher Jürgen Flemming macht Mut. „Wir wollen den Teilnehmern der Frühjahrstagung Hinweise geben, wo Stolperfallen liegen, wie sie unter Umständen vermieden werden können und wo sie Unterstützung finden können, um entweder Projekte mit externer Unterstützung erfolgreich umsetzen zu können, oder aber wo sie lernen können, wie man selber die Chance auf ein erfolgreiches Projekt deutlich verbessern kann.“

### Projektmanagement im Krankenhaus – Themen und Referenten

05.05.2021

Eröffnung und Begrüßung

Horst-Dieter Beha, Vorsitzender KH-IT e.V.,

Walid Sbaih, Operativer Leiter der Innovation und Technologie Rhein Neckar MA und LU GmbH

#### Einführung in das Tagungsthema

Jürgen Flemming, Vorstand KH-IT e.V.

Bastian Stockhausen, Bereichsleiter IT Valeo-Kliniken GmbH

#### Keynote

Prof. Dr. Haas Fachhochschule Dortmund

#### Rollout Fluency

Andreas Lange, Kliniken Südost-Bayern

#### Implementierung von Caseform

Philipp Köppen, UK Bonn Mathias Schmon, nubedian

#### Projektmanagement im KHZG

Christian Friedhoff, AUGUSTA-KRANKEN-ANSTALT GmbH Bochum

#### Projektsteuerung im Konzern – Impulsvortrag und Diskussion der unterschiedlichen Modelle

Klaus Auner, Sana IT Services GmbH

#### Projektmanagement auf Distanz

Heike Röhrich, TÜV SÜD Industrie Service GmbH

06.05.2019

#### Projektmanagement und Reifegrad

Dr. Ralf Friedrich, GePros GmbH

#### Projektmanagement im GB-IT Charité

Dr. Carsten Jacobsen, Charité Marcus Beck, eHealth.Business

#### Rollout nach Blueprint-Methode

Sebastian Prokop, Asklepios Kliniken, Thomas Ahlig, NEXUS AG

#### Turnaround – was tun wenn ein Projekt schiefläuft

Benjamin Teicher, Lungenklinik Hemer

#### KH-IT-News aus der Verbandsarbeit

Rückblick auf die Frühjahrstagung, Take-Home-Points und Ausblick auf die Herbsttagung 2021