



IT im Gesundheitswesen

Zukunft gesichert

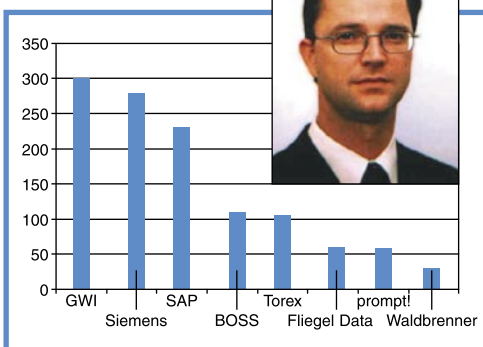
Im EDV-Bereich investierten Krankenhäuser seit der Millenniumsumstellung eher rückläufig. Doch angesichts der anstehenden Aufgaben der Gesundheitsreform wird sich dieser Trend bald wieder umkehren. Im Juni ging die Spezialmesse ITeG mit großem Erfolg an den Start.

Wennes um Zukunftstechnologien und Innovation im Gesundheitswesen geht, wird die Informationstechnologie stets an vorderer Stelle genannt. Effizienzsteigerung, Qualitätssicherung, Digitalisierung der Patienten- und Behandlungsdaten und natürlich auch die für Anfang 2006 geplante Einführung der elektronischen Gesundheitskarte mit der dafür nötigen Telematik-Infrastruktur in Deutschland sind nur einige der Schlagworte, die die Bedeutung des IT-Themas unterstreichen.

Die Herstellerverbände erwarten für den Absatz von Produkten der Informationstechnik im Gesundheitswesen zwar eine positive Entwicklung, doch wird derzeit gerade in Krankenhäusern eher zurückhaltend investiert. Die EDV-

Investitionen erreichten hier im Jahr 2001 wegen der Millenniums-Umstellung einen Höhepunkt von über drei Milliarden Euro, sind aber seither leicht rückläufig. Nach einer Marktstudie von Alex & Gross Communications, Schwetzingen müssen sich drei Viertel der Kliniken mit einem Etat auf dem Niveau des Vorjahres begnügen oder sogar Kürzungen in Kauf nehmen. Etwa 250 Krankenhäuser rechnen 2004 allerdings mit einer deutlichen IT-Budgeterhöhung von über 15 Prozent. Sie wollen vor allem in Software-Lösungen investieren, die interne Arbeitsabläufe standardisieren und Kommunikationsprozesse verbessern. Jeweils rund drei Viertel der Kliniken planen in den kommenden drei Jahren Investitionen in Krankenhaus-Informationssysteme (KIS) und die elektronische Patientenakte (EPA). Mit über 60% stehen Dokumentations- und Workflow-Systeme ebenfalls hoch im Kurs.

Edgar Wippel von -apparet- EDV- und Organisationsberatung im Gesundheitswesen (www.apparet.de) befragte 2.242 Einrichtungen in Deutschland nach deren eingesetzter Software und erhielt von 1.431 eine Rückantwort. Danach teilen sich die drei größten Anbieter GWI, Siemens und SAP über 50% des Marktes. Eigenentwicklungen machen weniger als 2% aus.



Zehn Beratungs-Pavillons, elf Fachpressestände und weit über 100 Einzel- und Gemeinschaftsstände füllten die Halle 5 der Frankfurter Messe.

Die DRG-Umsetzung erfordert PC-Arbeitsplätze auf jeder Station, z.B. für erlös-sichernde Kodierung, Kostenträger-Rechnung, papierlose Leistungsanforderung und Patientenzpfade. Für ein mittelgroßes Haus mit 60 Ärzten fallen nach Berechnungen von apparat Anschaffungskosten in der Größenordnung von 50.000 bis 100.000 Euro für Hardware und Software an. Dazu kommen laufende Ausgaben für Lizenzen und Schulungen, Wartungsverträge, jährliche Updates usw. Die Zukunft der Branche dürfte also gesichert sein.

Im „Jahr der Innovation“ wurde hierzu eigens eine neue Messe aus der Taufe gehoben, die ITeG (IT-Messe & Dialog im Gesundheitswesen), die vom 23. –25. Juni 2004 in Frankfurt am Main stattfand. Sie war mit über 140 Ausstellern schon im Premierenjahr Deutschlands größter auf das Thema IT im Gesundheitswesen spezialisierter Branchentreffpunkt, der seine Zielgruppe aus Geschäftsführern, Ärztlichen Direktoren, Einkäufern und Controllern durch ein fokussiertes und dialogorientiertes Programm erreichte. Über 20 Anwenderberichte auf dem ITeG-Forum gaben detaillierte Praxiserfahrungen weiter und beleuchteten den Einfluss von IT auf Qualitätsmanagement, Kostenstruktur und Organisationsablauf. Gegliedert nach den Themen Management-Informationssysteme, medizinische und pflegerische Informationssysteme und Integrierte Versorgung wurden sie ergänzt durch Expertenvorträge und Diskussionsrunden.

Das deutsche Komitee der Initiative „IHE-D“ (Integrating the Healthcare Enterprise) und die HL7-Benutzergruppe in Deutschland e.V. traten im Rahmen der ITeG erstmalig mit einem gemeinsamen Stand auf. Innovative Neueinsteiger zum Thema IT im Gesundheitswesen präsentierten sich auf dem Gemeinschaftsstand „Exploring Health Care IT“.

Der VHitG Verband der Hersteller von IT-Lösungen im Gesundheitswesen e.V. stellte als ideeller Träger der ITeG die zielgruppengenaue Ansprache der Besucher und die marktnahe Ausrichtung der Messe sicher.

Die nächste ITeG findet vom 22. bis 24. Juni 2005 wieder in Frankfurt statt. ■

Presse-Informationen:
Mesago Messe Frankfurt GmbH
Kontakt: Tanja Waglöchner
Tel. 0711-61946-72
waglochner@mesago.de
www.mesago.de



Cornelia Höfer (links) ist die Kundenbetreuerin von Technidata Deutschland. Zum 1. Juli 2004 übergibt Bernd Bolduan (Mitte), der die GmbH 1998 mit großem Erfolg aufbaute, seinen Posten an Wim Malcontent (rechts). Er ist Niederländer und leitet bereits die holländische Technidata-Niederlassung.

Wechsel an der Spitze von Technidata Deutschland

Länderübergreifende Märkte tun sich auf

Technidata, ein weltweit operierendes französisches EDV-Unternehmen der Diagnostikbranche, ist seit sechs Jahren auch in Deutschland aktiv. Hier hat ein Holländer, Wim Malcontent, die Geschäftsführung übernommen, der für grenzübergreifende Konzepte plädiert. Europa rückt zusammen.

Wenn über Europa gesprochen wird, dann richten sich zur Zeit alle Blicke nach Osten, denn von dort kommt Bewegung in den oftmals behäbigen „alten“ Kontinent. Doch auch im Westen gibt es Neues: Länderübergreifende Märkte tun sich auf, die das stagnieren-

de Inlandsgeschäft beleben könnten. Neue Märkte zu erschließen ist daher gerade in Deutschland eine der großen Chancen für das Gesundheitswesen - und westliche Nachbarn wie Frankreich, Benelux und Großbritannien haben hier einiges zu bieten (s.a. unsere Titelgeschichte).

Bei labordiagnostischen EDV-Systemen gibt man sich allerdings hierzulande bisher eher zugeknöpft, denn der Markt von Deutschland, Österreich und der Schweiz ist mit fast hundert Millionen Einwohnern groß genug für rein deutschsprachige Systeme. Dies macht das Leben für Lokalmatadore zwar leichter, kann aber die internationale Wettbewerbsfähigkeit ihrer Produkte auch einschränken.

„Mit einem rein holländischen System könnte man kaum überleben, dafür wäre der Kundenkreis viel zu klein“, meint Wim Malcontent, der neue Mann an der Spitze von Technidata Deutschland. Als Niederländer arbeitet er seit Jahrzehnten in internationalen Firmen und ist derzeit Geschäftsführer der Technidata Holland. Seine Devise: „Wenn die ganze Welt die gleiche Software benützt, so kann jeder Anwender von den Erfahrungen in anderen Ländern nur profitieren.“ In der Tat wurde die Entwicklung des neuen Mikrobiologie-Moduls *TDMicro* aus den Ideen von Kunden in Frankreich, Kanada und

den Niederlanden gespeist: Mit flexiblen Ablaufdefinitionen in Abhängigkeit vom Untersuchungsmaterial, einem „Audit Trail“ zur Nachverfolgung aller Aktionen oder Statistiken über Nosokomialinfektionen flossen hier viele Anforderungen aus verschiedenen Ländern ein.

Der Grund, warum dieses Traditionsunternehmen von vornherein weltweit operierte, liegt in seinen Wurzeln: Es ging aus dem Diagnostik-Konzern Technicon hervor – daher auch der Name – der in den 60er-Jahren mit dem „Autoanalyzer“ den Markt eroberte. Anfang der 90er gründete der Franzose François Falco, Leiter der Software-Entwicklung, ein eigenes Unternehmen. Der damals noch visionäre „Technicon-Datamanager“ wurde zum *Technidata Laboratory Information Management System*, kurz *TDLims*. Mit einem Aufwand von 20 Mio. US-Dollar entstand eine hochmoderne Netzwerk-Plattform, die im Serverbereich auf dem Betriebssystem UNIX mit relationaler Datenbank Oracle oder SQL-Server, bei den peripheren Clients auf Windows basiert. Damit sind Zuverlässigkeit auf der einen und benutzerfreundliche Programmführung auf der anderen Seite gewährleistet.

Von der weltweiten Präsenz und Erfahrung profitieren vor allem diejenigen Kunden, die ihr Geschäft über die Grenzen des eigenen Landes ausweiten möchten. Das heißt aber nicht, dass *TDLims* nur für Laborketten und Universitätskliniken in Frage käme. Auch kleine und mittlere medizinische Einrichtungen profitieren vom günstigen Preis-Leistungs-Verhältnis eines Großanbieters und von den Möglichkeiten der Vernetzung mehrerer kleiner Einheiten zu einem größeren Verbund. Verbundinstallationen sind ein Schwerpunkt von Technidata, ob es sich nun im weiträumigen Kanada um 16 Systeme oder in Ballungsgebieten wie Barcelona und Singapur um drei bzw. fünf handelt. In Deutschland gibt es beispielsweise einen Verbund von sieben kleinen bis mittelgroßen Krankenhäusern im Raum Borna zu besichtigen. ■

Technidata Medical Software Engineering GmbH
Konrad-Zuse-Str. 15, 99099 Erfurt
Tel. 0361/42 62 82-0, Fax -1
www.technidata-web.de



Technidata S.A. ist in Grenoble, einem Hochtechnologie-Zentrum am Fuße der französischen Alpen, ansässig und hat sich auf Softwareentwicklung für die medizinische Diagnostik spezialisiert. Vier Niederlassungen in Frankreich, Deutschland, Benelux und England/Irland sowie über 20 Handelspartner im übrigen Europa, in Nord- und Südamerika und in Asien sorgen für eine weltweite Basis von fast 1.000 Installationen für mehr als 6.000 Online-Arbeitsplätze – vom kleinen Einzellabor bis zum Großlabor-Verbund.

Der Autor
Dr. Oliver Harzer
(vorn) und sein
Projektteam.



IT-Netze im Laborverbund

Konzepte zur Nachahmung

Als „einmalige Chance“ zum grundsätzlichen Überdenken alter Gewohnheiten bezeichnete Prof. Heicke in unserer letzten Ausgabe die Modernisierung der Labor-EDV. Wie ein solches Projekt konkret zum Erfolg geführt werden kann, schildert einer der Beteiligten.

Bei der Bildung vernetzter Laborstrukturen haben die niedergelassenen Fachärzte eine Vorreiterstellung eingenommen. Dabei stellt sich immer wieder heraus: Ohne Datenverbund ist auch ein Organisationsverbund nicht lebensfähig.

Derzeit steht bei Bioscientia, Ingelheim ein Großprojekt zur Vernetzung dezentraler Laborstandorte unter Einbezug von regionalen Krankenhäusern kurz vor dem Abschluss. Bioscientia ist ein Laboranbieter mit zahlreichen Standorten in Deutschland, gehörte früher zu Boehringer Ingelheim und tritt seit 1995 selbständig als Labordienstleister im Markt auf. Im Laufe der Jahre kam ein Standort nach dem anderen dazu, und so wie sich die Organisation vergrößerte, wuchsen auch die Ansprüche an die Datenverarbeitung. Allein in Ingelheim waren sieben verschiedene Subsysteme, die teils von kommerziellen Anbietern, teils aus eigener Entwicklung stammten, im Einsatz. Die Funktionalitäten waren zum Teil klar voneinander abgrenzbar, mitunter gab es aber auch Überlappungen bzw. wurden vorhandene Funktionalitäten in den Subsystemen nicht genutzt. Nur für die Laborgemeinschaften gab es bereits eine einheitliche Softwarelösung.

Vor etwa acht Jahren begannen intensive Anstrengungen für eine Art Flurbereinigung dieser EDV-Landschaft, die sich jedoch trotz Einbindung kommerzieller Hersteller, eines externen Beraters sowie eines hohen zeitlichen und finanziellen Aufwandes als erfolglos erwiesen. Dies

Partnerschaftliche Realisierung

Die MELOS GmbH aus Gessertshausen bei Augsburg hat einen wesentlichen Beitrag zur IT-Vernetzung im Laborverbund der Bioscientia-Gruppe geleistet: Sie wurde im Zuge einer Ausschreibung unter sechs Anbietern ausgewählt, das ehrgeizige Projekt programmtechnisch zu realisieren und in allen BIOSCIENTIA-Laboratorien zu implementieren.

Der geschäftsführende Gesellschafter und Gründer von MELOS Herbert Mayer (links) und Geschäftsführer Helmut Welsch (rechts) leiten die Geschicke der Firma seit vielen Jahren. Ihr Schwerpunkt sind Innovationen im Laborbereich rund um das Thema „Kommunikation und Vernetzung“.

Andreas Mantzt, Mitglied der Geschäftsleitung (Mitte), sieht zwei Trends in der Labor-EDV, denen sich das Unter-



nehmen mit Erfolg stellt: Die Vernetzung niedergelassener Laborarzt-Praxen mit mittleren und kleinen Krankenhäusern und die Kooperation großer Krankenhausverbände mit Facharztlaboren.

In beiden Bereichen ist MELOS für die Zukunft gut gerüstet. Über Labor-,

Klinik- und Standort-ID kann gesteuert werden, dass Proben – gleichgültig woher sie kommen – erfasst und wahlweise vor Ort bearbeitet oder „elektronisch weitergereicht“ werden können. Essentiell ist, dass die Kommunikation zwischen Krankenhaus und Facharztlabor über optimierte HL7-Treiber zu einem höchst effizienten Austausch von Patienten-, Auftrags-, Befund- und Leistungsdaten führt.

Neben dieser Grundvoraussetzung moderner Datenkommunikation in der Medizin verfügt MELOS über ein offenes Datenmodell (Linux, Oracle), an dem mehr als zehn Entwickler seit 2002 intensiv gearbeitet haben und das bei BIOSCIENTIA erstmals zum Einsatz kam. Darin werden alle Stammdaten über Logfiles auf Versionsebene protokolliert, Laborprozesse über ein Patientenprotokoll umfassend

hatte zum Teil externe, zum Teil aber auch interne Gründe: Die Mitarbeiter beschrieben im Rahmen der Erstellung von Anforderungskatalogen im wesentlichen immer wieder ihre bekannten Abläufe, die häufig aus den Begrenzungen der EDV erwachsen, anstatt ein neues Konzept aus einem Guss zu wagen.

Im Jahr 2000 stand Bioscientia vor der Grundsatzfrage, aufzugeben oder einen neuen Weg zu gehen. Kurz vor Silvester fiel die Entscheidung für den „großen Wurf“. Ein Projektteam unter Leitung des Autors und seiner Kollegin Dr. Ute Schönian wurde etabliert, und als IT-Partner kristallisierte sich im Rahmen einer Ausschreibung die Firma MELOS (Medizinische Labor-Organisations-Systeme GmbH, www.melosgmbh.de) heraus. Sie erhielt im Februar 2002 den endgültigen Auftrag, alle Facharzt-EDV-Systeme zu erneuern. Anstelle einer Auflistung von Details wurde ein genereller Anforderungskatalog, kurz GAK erarbeitet, der die Basis-konzepte für ein EDV-System der „Generation 2010“ enthielt. Die Erstellung eines geeigneten Datenmodells und seine programmtechnische Umsetzung wurden dem Hersteller überlassen. Diese Trennung von Labor- und EDV-Konzept kann zur Nachahmung nur empfohlen werden.

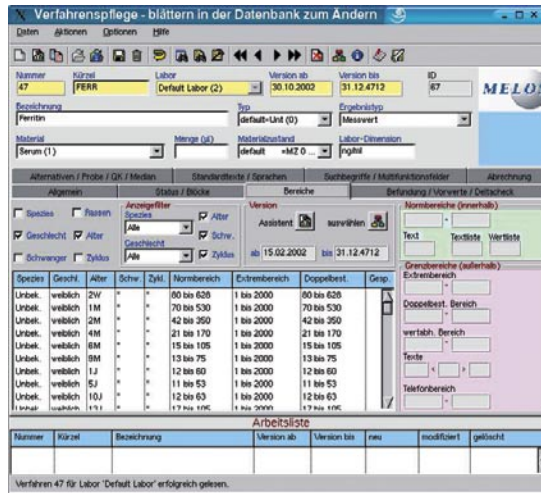
Für die Implementierung wählte man eine Variante, bei der zunächst der regionale Standort Karlsfeld bei München das neue System erhielt, ehe das wesentlich

größere Labor in Ingelheim, in dem auch Zentralfunktionen abgebildet werden mussten, umgestellt wurde - auch dies in der Retrospektive ein gutes Konzept für den raschen Erfolg. Bereits am 1.4.2003 ging das Regionallabor in München Karlsfeld in Betrieb, drei Monate später startete das Zentrallabor, gefolgt von den

Natürlich war der Umstieg von alt auf neu im laufenden Betrieb nicht einfach, aber das hatte neben EDV-technischen vor allem organisatorische Gründe. Die Mitarbeiter waren über Jahrzehnte an bestimmte Arbeitsschritte gewöhnt, die zum Teil sogar gerade durch die Schwächen der alten Subsysteme bedingt waren. Das beinhaltete u.a. eine Reduktion der EDV-technischen wie auch der organisatorischen und „zwischenmenschlichen“ Schnittstellen - ein Kraftakt, da die Reorganisation auch in den Köpfen der Mitarbeiter stattfinden muss. Dazu kam die Ablösung sämtlicher Fremd- und Eigenprogramme mit stets parallelen IT-Reengineering-Prozessen. Wer vom Eingang der Aufträge bis zur Rechnungsschreibung so stark von elektronischen Daten abhängt wie das Labor, kann sich leicht ausmalen, was das für den laufenden Betrieb bedeutet.

Letztlich ist das Projekt nun aber so gut wie gemeistert. Voraussetzung für das Gelingen waren neben aller Technik vor allem der Teamgeist der kleinen Implementations-Gruppe und die menschlich überzeugende Zusammenarbeit mit dem IT-Partner MELOS. Wie so oft entschieden bei dieser großen Herausforderung die kleinen Dinge über den Erfolg. ■

Dr. Oliver Harzer
Bioscientia Institut für Laboruntersuchungen Ingelheim GmbH
Konrad-Adenauer-Str. 17
55218 Ingelheim
harzer@bioscientia.de



Die Stammdaten können auf einfache Weise vom Benutzer selbst gepflegt werden.

Krankenhäusern in Alfeld bei Hannover und Büdingen bei Frankfurt sowie im Mai 2004 einem zentralen Stammdatenserver in Ingelheim. Kurz vor dem Abschluss stehen nun noch ein Krankenhaus der Rhöngruppe (DKD Wiesbaden) und ein weiteres Facharzt-Labor in Moers bei Düsseldorf.

dokumentiert und arbeitsplatzspezifische Protokolle zukünftig mitgeführt. Rückverfolgbarkeit aller Ereignisse ist somit die Kernidee des Modells und Voraussetzung für umfassendes Qualitätsmanagement der Kunden.

Weitere Merkmale sind grafische Postscript-Befundgestaltung, ausgiebige Befundkommentierung, Validation der Befunde nach medizinischen Klassen und eine besondere Konzentration auf die Probengefäßdaten und den Probeneingang. Hier sind durch integrierte OCR-/OMR-Lesesysteme mit professionellen Korrekturmöglichkeiten im Labor besonders große Prozessverbesserungen und Einsparungen zu erzielen.

Wie sieht MELOS die Zukunft? Herbert Mayer möchte seinen Kunden vor allem Zukunftssicherheit in einem sich wan-

MELOS-Solutions
Zeit für einen innovativen Partner Ihres Vertrauens

Melos Medizinische Labor-Organisations-Systeme GmbH
Franz-Beer-Straße 6
D-86459 Gessertshausen
Telefon 08238-9611-0
Telefax 08238-9611-99
www.melosgmbh.de

Softwarelösungen auf den Punkt gebracht



Wir danken unserem Kunden BIOSCIENTIA und hoffen auf eine langjährige Partnerschaft.

delnden technologischen und politischen Umfeld geben. Bereits heute sind Befunde im Hinblick auf die europäische Erweiterung mehrsprachig möglich, können in der Qualitätskontrolle im Vorgriff auf künftige Regelungen zusätzliche Reagenzien und Kalibratoren verwaltet werden. Für aktuelle Trends wie IGeL oder integrierte Versorgung dürfte bedeutsam werden, dass individuelle Sonderwünsche jedes

einzelnen Einsenders an Anforderungsprofile, Befundlayouts, Preislisten bereits heute realisiert sind, Kostenvorschläge, Sofortabrechnung in künftigen MELOS-Versionen möglich sein werden.

Insgesamt trägt das MELOS-Datenmodell der zunehmenden Komplexität und Vernetzung der Labordiagnostik schon heute Rechnung und wird ständig weiterentwickelt.

Handlungsoptionen für das Labor im Rahmen der DRGs

Der kategorische Konsens

Am 1. Januar 2004 löste die Fallpauschalenabrechnung nach Diagnosis-Related Groups (DRG) das herkömmliche Vergütungssystem endgültig ab. Dass die Diagnostik in diesem „diagnosebasierten“ System eine wichtige Rolle spielt, versteht sich von selbst. Jetzt geht es um die praktische Ausgestaltung.

Wer noch immer nicht weiß, wie der Medizin-Controller seines Hauses überhaupt heißt oder wie der Grupper funktioniert, der aus Diagnosen Erlöse berechnet, der darf nicht verwundert sein, wenn er in der gegenwärtigen Situation des „Sparens um jeden noch so hohen Preis“ auf die Streichliste kommt.

Im Frühjahr begab sich eine Gruppe von Rednern - darunter auch der Herausgeber dieser Zeitschrift - auf Tournee, um über die neuen Handlungsoptionen im DRG-System zu informieren. Stationen der Reise waren Hamburg, Leverkusen, Berlin, Frankfurt, Stuttgart und München. Dort ging es um verbesserte Erlössicherung (Hoffmann, München) und Kooperationsmodelle im Verbund (Sietzen, Hamburg) inkl. Vernetzung von EDV (Müller, Wuppertal) und Einkauf (Borrmann, Mannheim).

„Wir wollten mit dieser Serie dazu beitragen, die Position des Labors im Krankenhaus zu festigen“, so der Moderator der Reihe, Henning von Eicke (Roche Diagnostics, Mannheim), „und ich glaube, es ist uns gelungen, eine intensive Auseinandersetzung mit den drei zukunfts-



Henning von Eicke
(Roche Diagnostics,
Mannheim)

entscheidenden Herausforderungen an das Labormanagement in Gang zu setzen: Indikations-bezogenes Arbeiten, Optimierung von Strukturen und Prozessen sowie eine verstärkte Dienstleistungsorientierung“.

In der Vergangenheit wurde der Indikationsbezug der Labordiagnostik zwar immer propagiert, aber nicht ernst genug genommen. Das DRG-System erzwingt nun klare Entscheidungen, welche Verfahren für die Festlegung einer Diagnose – und damit letztlich der Fallvergütung – geeignet sind und welche nicht. Laborverfahren stehen dabei hinsichtlich Preis, Geschwindigkeit und Treffsicherheit in Konkurrenz mit anderen Disziplinen wie Radiologie und Endoskopie, und sie haben keine schlechten Karten, weil sie besonders gut standardisiert sind, wenig organisatorischen Aufwand verursachen und schwarz auf weiß dokumentiert werden können.

„Diagnosepfad“ lautet das neue Schlüsselwort für eine alte Forderung: Von ihm hängt es nun allerdings nicht mehr nur ab, wie viel es kostet, einen Krankheitsfall korrekt abzubilden, sondern auch was es dem Haus finanziell bringt. Nur eine vollständige Kodierung aller vergütungsrelevanten Diagnosen und Nebendiagnosen sichert einen ausreichenden Fallerlös. Das Labor sollte deshalb den Kontakt mit anfordernden Ärzten und vor allem auch dem Medizin-Controlling suchen und seine Hilfe anbieten – z.B. bei der EDV-gestützten Ableitung von ICD-Codes aus Laborwerten. Als Argumentationshilfe für das Labor wurde bei den Veranstaltungen der neue DRG Watchdog vorgestellt, der im Internet kostenlos bereitsteht (www.trillium.de).

Der zweite große Themenblock war die Bildung von Verbundlösungen, dargestellt anhand von Beispielen aus Hamburg und Wuppertal. Aus technischer Sicht besteht der erste Schritt zumeist in einem EDV-Verbund mit nur einem Anbieter und gemeinsamer Datenhaltung (Müller), gefolgt von einem gemeinsamen Automationskonzept, das ebenfalls nur wenige Anbieter umfassen darf (Sietzen). In der Industrie sind innovative Beschaffungskonzepte wie System-Lieferantentum und „Single Sourcing“ längst bewährte Verfahren

zur Kostensenkung und Verbesserung der eigenen Position (Borrmann).

„Das Labor in seiner konventionellen Form mit diversifiziertem Gerätepark und breiter Testpalette ist nur noch mäßig überlebensfähig“, meint PD Dr. Walter Sietzen, der seinen Chefarztposten als Mikrobiologe am AK Altona gegen eine Geschäftsführerposition tauschte, um sich ganz dem Management eines Laborverbunds für sieben Häuser zu widmen.

Was Sietzen an Lösungsvorschlägen vortrug, war gleichermaßen umfassend wie innovativ: Das Testangebot der sieben Häuser wurde vereinheitlicht und bereinigt, vor Ort verblieben leistungsfähige Basislaboratorien mit gleicher Struktur und reduziertem Personal. Geld und Kompetenz für seltene und aufwändige Untersuchungen wurden an zentraler Stelle neu gebündelt, und die traditionell



PD Dr. med.
Walter Sietzen
(Medilys, Hamburg)

„steile Hierarchie“ wurde in eine moderne Matrixstruktur überführt, bei der sich vertikale Linienverantwortung und horizontale Fachkompetenz ergänzen.

Trotz aller Einschnitte ist die Versorgung der Häuser laut Sietzen durch Bündelung der Kompetenz, Insourcing von Untersuchungen und günstigere finanzielle Konditionen nicht schlechter, sondern eher besser geworden: In den Basislaboratorien können über 80% des bisherigen Testvolumens mit weniger als 20% des traditionellen Spektrums erbracht werden, bei Ausfall eines wichtigen Geräts stehen sechs identische Laboratorien zum Ersatz parat, der Transport von Spezialanalysen quer durch die Stadt und zu niedergelassenen Fachärzten ist nun unter eigener Regie gebündelt usw.

„Wer die Labormedizin als eigenständige Kompetenz erhalten will, muss den Verbund bejahen“, so Sietzens Fazit. Es dürfe aber nicht bei Lippenbekenntnissen bleiben und setze die Bereitschaft zu persönlichen Konzessionen voraus. Das nennt Sietzen in Analogie zum kategorischen Imperativ den „kategorischen Konsens“.

gh