



Foto: © momius - Adobe Stock

Digitale Patientendokumentation

Auf dem Weg zum papierlosen Krankenhaus

Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten müssen einen Teil ihrer Zeit für die Dokumentation der täglichen Arbeit am Patienten aufwenden. Von der Anamnese über die durchgeführten Untersuchungen bis hin zur Diagnose oder zu sich anschließenden Therapiemaßnahmen muss alles nachvollziehbar erfasst sein. Der Einsatz einer für alle verfügbaren digitalen Patientenakte schafft hier erhebliche Vereinfachungen.

Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sind dazu verpflichtet, die Behandlung ihrer Patienten detailliert zu dokumentieren. Dabei sorgt die Dokumentation der einzelnen Fälle nicht nur dafür, dass relevante Informationen für alle Beteiligten verfügbar sind: von den Pflegekräften über die Ärzte bis zum Krankenhausmanagement. Sie dient außerdem als Grundlage für Qualitätsberichte sowie die anschließende Weiterberechnung an die Kostenträger.

Doch so einfach, wie es klingt, ist es in der Realität oftmals nicht. Eine einheitliche Dokumentation ist an vielen Kliniken noch Zukunftsmusik. Während eine Abteilung die Patientendaten noch in Papierform erfasst, legt die Krankenhausverwaltung Patientendaten im Krankenhausinformationssystem (KIS) ab, Ärzte nutzen zur Verschreibung von Medikamenten eine eigene, nicht an andere Systeme angeschlossene Software. Dabei würde ein gemeinsamer, zentraler Ablageort für sämtliche relevanten Informationen die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation unter den am Behandlungsprozess Beteiligten fördern.

Papierflut am Krankenbett

Dr. Serge Haag, Pflegedirektor des Centre Hospitalier Emile Mayrisch in Luxemburg (CHEM), kennt dieses Problem aus seiner eigenen praktischen Arbeit. Mit seinen 37 medizinischen Fachgebieten bietet das CHEM interdisziplinäre Versorgung an drei Standorten: Esch/Alzette, Niederkorn und Dudelange. Insgesamt verfügt die Klinik über 642 Betten. 1 814 Mitarbeiter arbeiten am CHEM, davon 265 Ärzte. „Pro Jahr kamen bei uns im Krankenhaus rund 175 000 DIN-A4 Seiten an Dokumentation zusammen. Diese wurden als PDF gespeichert, ausgedruckt und in Ordnern abgelegt“, berichtet Haag. „Auf die einmal dokumentierten und abgelegten Daten konnten wir später nicht mehr zugreifen, um sie weiter zu nutzen oder anderen Berufsgruppen im Krankenhaus zur Verfügung zu stellen. Wenn wir außerdem auswerten wollten, wie viele Fälle von Dekubitus wir beispielsweise in einem bestimmten Zeitraum hatten, halfen uns die so dokumentierten Daten auch nicht weiter.“

Haag hat sich deshalb dafür eingesetzt, eine digitale Lösung an seiner Klinik einzuführen, die die Dokumentation vereinfacht und wesentlich effizienter sowie vergleichbar und auswertbar macht. „Wir setzen erfolgreich RECOM-GRIPS ein“, erklärt Haag, der die Einführung der Softwarelösung aktiv begleitet hat. Neben der Zeitersparnis, so der promovierte Pflegewissenschaftler, sei vor allem auch die Transparenz,

die das System schaffe, ein immenser Vorteil. „Denn Patientenversorgung ist keine Leistung einzelner Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten oder Abteilungen. Vielmehr müssen alle Berufsgruppen in der Klinik eng zusammenarbeiten und sich miteinander abstimmen. RECOM-GRIPS bietet hierfür die geeignete Plattform.“

Ganzheitliche Sicht auf den Patienten

Der größte Teil der Gesundheitsdaten wird in der Pflege erhoben. Pflegeplanung und -dokumentation sind daher die zentrale Drehscheibe im Behandlungsprozess und stellen den Ausgangspunkt innerhalb der zentralen Dokumentation dar. „Wir haben vor sechs Jahren deshalb zunächst die RECOM-GRIPS-Pflegeakte bei uns im Haus eingeführt“, berichtet Serge Haag. „Seitdem dokumentieren wir jede relevante Information, sei es das Alter des Patienten, das Sturzrisiko oder die Ausprägung eines Schmerzes, nur noch an einer einzigen Stelle. Diese einmal erhobenen Daten stehen anschließend allen am Behandlungsprozess Beteiligten automatisch zur Verfügung.“

Standardisierte Pflegefachsprache für mehr Patientensicherheit

Die Patientenakte RECOM-GRIPS basiert auf einer standardisierten Pflegefachsprache: Möchte eine Pflegekraft eine bestimmte Pflegediagnose dokumentieren, stehen im System dafür standardisierte Fachbegriffe zur Verfügung. Außerdem schlägt die Software automatisch Maßnahmen vor, die jetzt sinnvoll sein könnten. Das System unterstützt die Pflegenden somit nicht nur bei der standardisierten Dokumentation, sondern leitet sie auch durch die Pflegeplanung. Durch den Einsatz der standardisierten Fachsprache ist sichergestellt, dass alle am Behandlungsprozess Beteiligten vom Gleichen sprechen und dies in derselben Weise dokumentieren. So ist eine einheitliche, vergleichbare und somit auch auswertbare Dokumentation gewährleistet. Grundlage für RECOM-GRIPS bildet die europäische Pflegeklassifikation European Nursing care Pathways (ENP), die neben der deutschen Fassung auch auf Englisch, Französisch und Italienisch vorliegt. Am luxemburgischen Centre Hospitalier Emile Mayrisch arbeiten deutsch- und französischsprachige Fachkräfte. „Es ist sehr komfortabel, dass wir bei der Pflegedokumentation per Knopfdruck zwischen den Sprachen wechseln können“, erklärt Haag.



Dr. Serge Haag, Pflegedirektor des Centre Hospitalier Emile Mayrisch in Luxemburg (CHEM), hat sich für die Einführung der digitalen Patientenakte eingesetzt.
(Foto: © privat)

Gesicherte Leistungsabrechnung

In Luxemburg wird das jährliche Budget des Pflegepersonals nach der Zeit berechnet, die das Krankenhaus für pflegerische Maßnahmen aufwendet. Grundlage für die Berechnung ist eine transparente und nachvollziehbare Dokumentation, denn: Die Kostenträger bezahlen nur die Aufwände, die das Krankenhaus auch dokumentiert hat. Dabei reicht es nicht, eine Pflegediagnose wie etwa „Schluckbeschwerden“ zu notieren. Entscheidend ist, welches pflegerische Ziel man jeweils erreichen möchte. Treten die Beschwerden beispielsweise im Rahmen eines Schlaganfalls auf, sind eventuell spezielle Trainingsprogramme nötig, um die Mund- und Zungenmuskulatur zu stärken. Der Aufwand, der hinter diesen pflegerischen Maßnahmen steckt, muss sich in der digitalen Patientendokumentation wiederfinden. Nur dann kann die Krankenkasse diese Aufwände auch vergüten. „Der Einsatz von RECOM-GRIPS hat sich für uns auch wirtschaftlich mehr als gelohnt“, kann Dr. Serge Haag nur bestätigen.

Anpassung an die Gegebenheiten

Obwohl die digitale Patientenakte wissenschaftlich fundierte Pflegestandards vorschlägt, können diese ohne Dokumentationsaufwand an die individuellen Bedürfnisse des Patienten angepasst werden. „Das System schlägt Diabetikern beispielsweise automatisch eine entsprechende Schulung zum Erlernen des Krankheitsmanagements vor. Macht die Schulung bei einem anderen Patienten keinen Sinn, weil er zu seiner Diabeteserkrankung auch an einer Demenz leidet, kann die Pflegekraft das individuell in der Software ändern.“

Darüber hinaus gibt es an jedem Krankenhaus weitere interne Regelwerke, nach denen Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten arbeiten sollten. Entsprechend den Vorgaben der Joint Commission International (JCI) hat das CHEM sich zum Beispiel darauf verständigt, dass die Pflegeanamnese eines Patienten spätestens 24 Stunden nach seiner Aufnahme in der digitalen Patientenakte vermerkt sein muss. Ist der klinische Zustand eines Patienten in diesem Zeitraum noch nicht definiert, könnte ein Pop-up-Fenster in der Patientenakte die Beteiligten daran erinnern, dies nachzuholen. „Einen solchen Automatismus kann eine Papierakte natürlich niemals leisten. Der Einsatz von RECOM-GRIPS trägt somit zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität innerhalb der Patientenversorgung und auch ganz wesentlich zur Patientensicherheit bei“, ist Serge Haag überzeugt.

Universelle digitale Patientenakte

Was zunächst als Pflegeakte eingeführt wurde, wird am CHEM heute auch für die Anweisung und Dokumentation der ärztlichen Maßnahmen genutzt. Die vom Arzt verordneten Untersuchungen, wie etwa ein EKG, werden in RECOM-GRIPS übergeführt. Sobald die Pflegekraft das EKG durchgeführt hat, signalisiert eine entsprechende Markierung in der Akte allen Beteiligten, wann das EKG von welchem Mitarbeiter erledigt wurde. „Durch die interdisziplinäre digitale Zusammenarbeit haben wir noch einmal sehr viel an Effizienz dazu gewonnen“, ist sich der Pflegedirektor sicher. „Die Übergabe von händisch notierten Anordnungen auf einem Blatt Papier beispielsweise entfällt komplett. Dank dieser Funktionalität ist zudem sichergestellt, dass den Pflegekräften die vom Gesetzgeber vorgesehene ärztliche Verordnung vorliegt, bevor sie die entsprechende Maßnahme durchführen.“

„Mit der Einführung der digitalen Patientenakte RECOM-GRIPS haben wir den ersten Schritt zum papierlosen Krankenhaus getan“, ist sich Serge Haag sicher. „Auf dieser Basis lassen sich ergänzend weitere Systeme integrieren und vernetzen, damit künftig alle Beteiligten auf eine universelle digitale Patientenakte zugreifen können.“ Die Vorteile der digitalen Patientendokumentation sind bereits jetzt spürbar: „Der Einsatz der Software spart Zeit und sichert Qualität. Das sind entscheidende Faktoren, die letztlich dem Patienten zugutekommen“, fasst Serge Haag die Arbeit mit RECOM-GRIPS zusammen.

Katja Röhm

Katja Röhm arbeitet im Bereich Thieme Kommunikation. Sie beschäftigt sich unter anderem mit IT-gestützten Prozessen. Für den internen Informationsaustausch bei Thieme hat sie die Kollaborationssoftware Confluence mit eingeführt.
(Foto: © Georg Thieme Verlag KG)

