



Nutzen des elektronischen Patientendossiers aus Sicht der Patienten

Anhand zweier Anwendungsbeispiele soll der Mehrwert der elektronischen Verfügbarkeit von medizinischen Informationen gegenüber der heute üblichen Formen des Informationsaustausches (z.B. Briefpost, Fax etc.) dargestellt werden.

Fallbeispiel «Sportverletzung»

Arztbesuch (Hausärztin)

Herr F., 30-jährig, verdreht sich beim Fussballspielen das rechte Knie. Er besucht seine Hausärztin, weil die Schmerzen auch nach Tagen nicht besser werden. Diese untersucht das Knie und erstellt ein Röntgenbild um Verletzungen der Knochen auszuschliessen. Desweiteren verschreibt sie entzündungshemmende Medikamente. Für weitere Abklärungen überweist sie Herrn F. an den Orthopäden.

Umsetzung mit konventioneller Informationsübermittlung

Die Ärztin übergibt dem Patienten ein handschriftliches Rezept zur Einlösung in einer Apotheke und gibt ihm die Röntgenbilder mit. Zudem diktiert sie einen kurzen Überweisungsbericht und stellt diesen nach Abschrift durch die Praxisassistentin dem Patienten einige Tage später per Post zu.

Umsetzung mit elektronischem Patientendossier

Die Hausärztin erfasst alle relevanten Angaben in der elektronischen Krankengeschichte von Herrn F. (lokales Praxisinformationssystem) und erstellt anschliessend einen elektronischen Überweisungsbericht mit allen wesentlichen anamnestischen Informationen zum Patienten und zum Unfallhergang mit der Bitte um fachliche Konsultation. Der Überweisungsbericht wird im elektronischen Patientendossiers von Herrn F. erfasst, ebenso die Röntgenbilder und das elektronisch ausgestellte Rezept für die entzündungshemmenden Medikamente. Herr F. wird gebeten, dem Orthopäden die notwendigen Zugriffsrechte auf sein elektronisches Patientendossier zu erteilen, damit dieser die Daten sichten kann bevor Herr F. ihn in seiner Praxis aufsucht.

Mehrwert

- Der Orthopäde hat die Möglichkeit, sich vor der Konsultation von Herrn F. über das elektronische Patientendossier ein Bild vom Unfallhergang und den erlittenen Verletzungen zu machen, so dass die weitere Diagnose und Therapie effizienter erfolgen kann. Da alle relevanten Informationen im Überweisungsbericht enthalten sind, erübrigt sich eine telefonische Nachfrage bei der Hausärztin.
- Herr F. wird von der Verantwortung befreit, daran zu denken, die Röntgenbilder zum Besuch beim Orthopäden mitzunehmen.
- Der von Herrn F. mit einem Zugriffsrecht versehene Apotheker kann das verschriebene Medikament durch Einsicht des elektronischen Rezepts rasch und eindeutig identifizieren.

Arztbesuch (Orthopäde)

Der Orthopäde untersucht Herrn F. und hat den Verdacht auf Anriss von vorderem Kreuzband und innerem Meniskus und überweist ihn für eine Kernspintomografie des rechten Knies an ein radiologisches Institut.

Umsetzung mit konventioneller Informationsübermittlung

Der Orthopäde macht nochmals eine Anamnese, da der Überweisungsbericht der Hausärztin nicht rechtzeitig bei Herrn F. eingetroffen ist. Er füllt das Formular für die Überweisung ans radiologische Institut aus und verschickt es per Fax. Die Röntgenbilder werden Herrn F. wieder mitgegeben, mit der Bitte, diese dem Radiologen vorzulegen.

Umsetzung mit elektronischem Patientendossier

Wie schon die Überweisung an den Orthopäden erfolgt auch die Überweisung an das radiologische Institut über das elektronische Patientendossier. Herr F. vergibt dazu dem verantwortlichen Radiologen des radiologischen Instituts die notwendigen Zugriffsrechte.

Mehrwert

- Der Radiologe kann sich besser auf die anstehende Kernspintomografie vorbereiten und hat eine klaren Konsultationsauftrag ohne vorgängige telefonische Rücksprache mit dem Orthopäden.
- Herr F. muss dem Orthopäden den Unfallhergang nicht nochmals erzählen und kann die Röntgenbilder nicht zu Hause vergessen.
- Die Röntgenbilder stehen sofort – aber auch Jahre später – allen von Herrn F. mit entsprechenden Zugriffsrechten ausgestatteten Gesundheitsfachpersonen zur Verfügung.

Arztbesuch (radiologisches Institut)

Der Radiologe führt die Kernspintomografie durch und schreibt einen radiologischen Befund.

Umsetzung mit konventioneller Informationsübermittlung

Der diktierter radiologische Befund wird vom Sekretariat des radiologischen Instituts niedergeschrieben, vom Radiologen unterzeichnet und per Brief an den Orthopäden und an die Hausärztin verschickt. Die Aufnahmen der Kernspintomografie werden Herrn F. auf einer CD-ROM mitgegeben.

Umsetzung mit elektronischem Patientendossier

Die Aufnahmen der Kernspintomografie wie auch der direkt elektronisch erstellte radiologische Befund werden im Klinikinformationssystem des radiologischen Instituts gespeichert und im elektronischen Patientendossier von Herrn F. erfasst.

Mehrwert

- Der Orthopäde wie auch die Hausärztin können den radiologischen Befund direkt in die eigene elektronische Dokumentation der Krankengeschichte von Herrn F. übernehmen.
- Die Gefahr, dass Herr F. die CD-ROM mit den Aufnahmen der Kernspintomografie verliert oder verlegt, ist gebannt.
- Die Aufnahmen der Kernspintomografie stehen sofort – aber auch Jahre später – allen von Herrn F. mit entsprechenden Zugriffsrechten ausgestatteten Gesundheitsfachpersonen zur Verfügung.

Arztbesuch (Hausärztin)

Herr F. sucht zwecks Besprechung der Untersuchungsergebnisse und der weiteren Planung erneut seine Hausärztin auf. Gemeinsam entscheiden sie, dass eine Operation unumgänglich ist. Herr F. wird von der Hausärztin an eine Spezialklinik überwiesen.

Umsetzung mit konventioneller Informationsübermittlung

Herr F. bringt sowohl die Röntgenbilder wie auch die Aufnahmen der Kernspintomografie zur Konsultation bei der Hausärztin mit. Diese schreibt eine handschriftliche Überweisung und faxt diese an den zuständigen Chirurgen der Spezialklinik.

Umsetzung mit elektronischem Patientendossier

Alle für den Entscheid zum weiteren Vorgehen relevanten Informationen liegen der Hausärztin schon vor dem Arzttermin von Herrn F. vor. Sie erstellt einen elektronischen Überweisungsbericht und bittet Herrn F. dem zuständigen Chirurgen die notwendigen Zugriffsrechte zu erteilen.

Mehrwert

- Der Chirurg der Spezialklinik hat sofort Zugriff auf alle für die Vorbereitung des chirurgischen Eingriffs notwendigen Informationen und muss keine telefonischen Rücksprachen machen.

Spitalaufenthalt

Herr F. wird in der Spezialklinik aufgenommen und vom Chirurgen untersucht. Dieser führt anschließend eine Kniespiegelung durch und entfernt unter Bilddokumentation einen Teil des Meniskus. Er verfasst einen Operationsbericht und entlässt den Herrn F. mit Therapieempfehlung für Physiotherapie und stellt ihm ein Rezept mit allen notwendigen Medikamenten aus.

Umsetzung mit konventioneller Informationsübermittlung

Der Chirurg sichtet alle von Herrn F. mitgebrachten Dokumente und Bilder und hält bei Unklarheiten kurz Rücksprache mit den Orthopäden oder dem Radiologen. Nach der Operation schreibt er den Operationsbericht. Dieser wird vom Stationssekretariat ausgedruckt und an die Hausärztin und den Orthopäden gefaxt. Die Bilder der Kniespiegelung werden Herrn F. mitgegeben, ebenso eine handschriftliche Verordnung für die Physiotherapie und ein handschriftlich verfasstes Rezept.

Umsetzung mit elektronischem Patientendossier

Der Chirurg kann noch vor dem Spitaleintritt von Herrn F. die Operation planen, da im elektronischen Patientendossier von Herrn F. alle relevanten Informationen verfügbar sind. Nach der Operation wird der im Klinikinformationssystem der Spezialklinik verfasste Operationsbericht wie auch die Bilder der Kniespiegelung im elektronischen Patientendossier erfasst. Erfasst werden auch die Verordnung für die Physiotherapie und das elektronische Rezept mit allen notwendigen Medikamenten.

Mehrwert

- Die Hausärztin und der Orthopäde erhalten alle für die Weiterbehandlung relevanten Befunde und Bilder direkt und zeitnah und können diese in ihre jeweiligen Praxisinformationssystem übernehmen und damit ihre elektronische Krankengeschichte von Herrn F. vervollständigen.
- Der Patient muss einmal mehr nicht als Informationsträger agieren.
- Der Apotheker kann die korrekten Medikamente mit den korrekten Einnahmevorgaben abgeben und der von Herrn F. mit den entsprechenden Zugriffsrechten ausgestattete Physiotherapeut direkt auf die Verordnung zugreifen.

Fallbeispiel «Betreuungsplan am Lebensende»

Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Krankheiten erfahren am Lebensende oft mehrere Übergänge von einer Einrichtung (z.B. Akutspital) in eine andere und wieder zurück nach Hause. Diese sind einerseits psychisch und physisch sehr belastend, andererseits können bedingt durch unvollständige Übermittlung Lücken in der Behandlungskette entstehen. Die Informationsmenge und Komplexität der Krankengeschichte von Menschen in ihrer letzten Lebensphase kann ohne eine strukturierte elektronische Erfassung in Zukunft nicht mehr bewältigt werden. Der von «Palliative Solothurn» entwickelte Betreuungsplan kann als Basisdokument für die interdisziplinäre Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende verwendet werden. Durch die Erfassung der vorhandenen und sich vermutlich einstellenden Beschwerden, wird ein Betreuungs- und Behandlungskonzept in interprofessioneller Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten und den Angehörigen erarbeitet. Dabei werden auch Fragen wie Einsatz von Antibiotika, Reanimation, künstliche Beatmung, künstliche Ernährung usw. vorausschauend besprochen und das Vorgehen im Eintretensfall festgelegt.

Die nachfolgenden zwei Beispiele zeigen unterschiedliche Anwendungsfälle (Quelle: C. Cina, Solothurn: erster Kanton mit einheitlichem Betreuungsplan für Schwerkranke, Schweiz. Ärztezeitung 2012, Ausgabe 31/31, Seite 1123f.):

- Die zunehmend pflegebedürftige, demente 90-jährige Frau G. tritt ins Altersheim ein. Zusammen mit der Patientin, deren Tochter, dem Hausarzt und der Pflege wird der Betreuungsplan ausgefüllt. Damit wird gewährleistet, dass der Wille der Patientin respektiert wird und die zu erwartenden Symptome und deren Behandlung vorausschauend diskutiert werden. Durch die Klarheit der Angaben werden unnötige Hospitalisationen vermieden und dem Notfallarzt eine Entscheidungshilfe gegeben.
- Frau C. ist 30 Jahre alt und hat infolge einer körperlichen Behinderung eine komplexe Krankheits- und Leidensgeschichte. Sie wird von verschiedenen Fachspezialisten intensiv betreut. Ihre terminale Niereninsuffizienz mit Dialyse und ihr Diabetes mellitus erfordern wiederholte Spitalaufenthalte. Während ihrer letzten Hospitalisation wurde die Diagnose eines nicht behandelbaren Krebsleidens gestellt. Frau C. wünscht, ihre letzte Lebensphase daheim zu verbringen. Nach Rücksprache mit dem Hausarzt wird der Betreuungsplan im Spital ausgefüllt und die Patientin nach Hause entlassen. Dieser Betreuungsplan bildet die Basis für die weitere Betreuung und Pflege zu Hause.

Mit dem elektronisch verfügbaren «Betreuungsplan am Lebensende»

- wird eine vorausschauende Umsetzung der Pflege und Betreuung am Lebensende und damit eine möglichst hohe Lebensqualität bis zum Tod ermöglicht;
- wird der Informations- und Kommunikationsfluss zwischen den verschiedenen involvierten Einrichtungen und Gesundheitsfachpersonen sichergestellt;
- können die Angehörigen entlastet werden, da das Vorgehen in medizinischen Notfallsituationen besprochen und bekannt ist;
- können unnötige und für alle Beteiligten sehr belastende Notfallhospitalisationen am Lebensende vermieden werden;
- wird sichergestellt, dass der Patientenwillen auch in Notfallsituationen bekannt ist und respektiert werden kann.



Zusammenfassung

Das elektronische Patientendossier

- entlastet den Patienten oder die Patientin von der Rolle als «Postbote» bzw. «Postbotin», da er oder sie nicht mehr medizinische Dokumente und Unterlagen von einer Gesundheitsfachperson zur nächsten bringen muss;
- reduziert für den Patienten oder die Patientin die Häufigkeit, mit der er oder sie ein und dieselbe medizinische Angaben zu seiner Krankengeschichte bei verschiedenen Gesundheitsfachpersonen wiederholen muss;
- vermittelt dem Patienten oder der Patientin dadurch die Sicherheit, dass die in die Behandlung involvierten Gesundheitsfachpersonen seine oder ihre gesundheitlichen Probleme kennen;
- ermöglicht dem Patienten oder der Patientin seine eigenen medizinischen Daten jederzeit einzusehen und sich damit besser auf den nächsten Arztbesuch vorzubereiten (Erhöhung der Gesundheitskompetenz und des Patientempowerment);
- bietet dem Patienten oder der Patientin die Möglichkeit, die erfolgten Zugriffe auf seine oder ihre Daten im Zugriffsprotokoll nachzuvollziehen und bei ungerechtfertigten Zugriffen Klage einzureichen;
- bietet dem Patienten oder der Patientin die Möglichkeit, selber eigene Daten bereitzustellen und so zusätzliche Informationen zu seinem oder ihrem Gesundheitszustand zur Verfügung zu stellen und damit potentiell spezifischer diagnostiziert oder therapiert zu werden;
- reduziert Medienbrüche und macht die Übermittlung von besonders schützenswerten Personendaten über unverschlüsselte Mail- oder Faxverbindungen unnötig;
- bietet durch zunehmende Strukturierung und Kodierung der medizinischen Information eine bessere Informationsqualität (z. B. weniger Medikationsfehler aufgrund unleserlicher Rezepte);
- gibt den Gesundheitsfachpersonen einen raschen Überblick über bereits durchgeführte Abklärungen und getroffene (Therapie-)Entscheidungen und reduziert damit potentiell die Anzahl (Doppel)Untersuchungen;
- erhöht die Behandlungs- und Medikationssicherheit (insbesondere bei Notfällen – z.B. Medikamentenallergien oder sonstige Unverträglichkeiten);
- ist genauso zeitnah wie eine Übermittlung der Daten per Fax, ermöglicht jedoch eine direkte Weiterbearbeitung der Daten durch die zugriffsberechtigten Gesundheitsfachpersonen (z.B. Integration eines Laborbefunds in die elektronische Krankengeschichte) und reduziert so das Risiko von (manuellen) Übertragungsfehlern.