

# Die elektronische Krankengeschichte: Knackpunkte für die Umstellung der Praxis

## Teil 2<sup>1</sup>

Heinz Bhend<sup>2</sup>

Die papierlose Praxis bleibt eine Illusion. Eine papierarme Praxis ist möglich. Die Umstellung kostet Zeit, Geld und Nerven. Um dies durchzustehen, ist es hilfreich, Tipps und Tricks von Kollegen zu erhalten, welche diesen Prozess schon durchgemacht haben. Dadurch können die schlimmsten Fehler wohl vermieden werden. Ganz ohne Pannen wird es dennoch nicht gehen. Wichtig ist das Bewusstsein, dass die Umstellung mehr ist als nur ein Führen der KG als Word-Dokument. Je nach Infrastruktur und Vernetzung ändert sich das Gesicht der Praxis markant.

*Un cabinet médical sans paperasserie, ça n'existe pas. Mais moins de paperasses, c'est possible! Le passage au dossier médical informatisé coûte de l'argent, du temps et de la patience. Pour s'y mettre, il est bon de profiter des conseils et des astuces des collègues qui sont déjà passés par là. Cela vous permettra d'éviter les plus grosses erreurs. Lors des inévitables pannes, il est important de garder présent à l'esprit que le dossier médical informatisé a plus d'intérêt qu'un simple fichier Word. Selon l'infrastructure et la mise en réseau, il peut métamorphoser le cabinet médical.*

### Infrastruktur und Kosten

Abhängig von der Praxisgrösse stellen 3–4 vernetzte Arbeitsstationen das Minimum dar. Zusätzliche Arbeitsstationen sind kein gewaltiger Kostenfaktor mehr, erleichtern aber die Arbeit unter Umständen enorm: Arbeiten können auf einer parallelen Station verrichtet werden, wenn die erste besetzt ist. Hier lohnt es sich allenfalls, den Sparhebel nicht allzu sehr anzusetzen, denn der Nutzen der Umstellung kann sich nur entfalten, wenn die Abläufe wirklich flüssig gestaltet werden können. Allerdings muss die Hardware gelegentlich ersetzt werden, um Sicherheit und Kompatibilität mit den neuen Möglichkeiten zu garantieren. Die Anzahl Stationen ergibt sich in etwa aus folgender Aufstellung:

#### Anzahl Stationen

Arbeitsstation der MPA	1	
Anzahl Arbeitszimmer	je 1	
Agenda elektronisch	1	
(Labor-) Geräteanbindung	1	
Total	minimal 4	+ 1 pro weiteres Arbeitszimmer

Wer mit zwei Arbeitszimmern, einer elektronischen Agenda und Geräteschnittstellen (Labor, EKG; Ultraschall usw.) arbeitet, wird gut beraten sein, 5 Arbeitsstationen einzurichten. Eine davon, z.B. jene mit der Geräteschnittstelle, kann als Server dienen. Dies bedeutet, dass auf dieser Station normalerweise nicht gearbeitet wird, sondern dass diese als Datenempfänger und -zulieferer dient. Eine Überlegung wert ist, beim heutigen Preiszerfall, die Anschaffung von Notebooks für die Arbeitsplätze. Diese ermöglichen einerseits den Einsatz bei Hausbesuchen, wenn dies gewünscht wird, und andererseits, bei allfälligen Defekten oder Pannen, auch ein rasches flexibles Austauschen von Arbeitsplätzen in der Praxis.

Somit fallen Kosten für 4–5 vernetzte Arbeitsstationen an. Die Preise für diese Hardware dürften bei ca. 7000–10000 Franken liegen. Selbstverständlich kosten «Rolls Royces» mehr als «Volkswagen». Persönlich kaufe ich beim heutigen Turnover der IT-Branche lieber ein günstiges Gerät mit 2 Jahren Garantie. In dieser Zeit muss es ohnehin geschrieben werden.

Zu diesen Kosten kommen noch die Lizenzen für die Krankengeschichte an sich und für zusätzliche Arbeitsplätze (Software Betriebssystem und Office-Funktionen). Dies schlägt wohl mehr zu Buche. Nicht zu unterschätzen sind die Kosten für die Peripherie. Hier ist im Vorfeld der Anschaffung eine de-

<sup>1</sup> Teil 1 ist in PrimaryCare Heft 37 erschienen.

<sup>2</sup> Manuskript durchgesehen und ergänzt von Marco Zoller, Zürich.

taillierte Bedarfsanalyse für die Praxisabläufe als Entscheidungsgrundlage nötig: Werden an jedem Arbeitsplatz Briefe ausgedruckt? A5-Rezepte? (→ Zweischacht-Drucker, vorzugsweise Laser). Etiketten? (→ Label-Printer). Patienteninformationen? Braucht man evtl. in der Praxis irgendwo einen Farbdrucker? Ein Multifunktionsgerät? Sollen ankommende Berichte eingescannt werden, damit man auf die Papier-KGs verzichten kann? Wie schnell soll der Einzugsscanner sein? Doppelseitiges Scannen? Usw. ... Es stellen sich eine Menge Detailfragen, welche unbedingt mit berücksichtigt werden müssen. Demgegenüber stehen Kosteneinsparungen für die KG's selber (Druckkosten) – und bei mir damals noch für einen dingend benötigten zusätzlichen Aktenschrank (Massanfertigung durch Schreiner/Praxiseinrichter), was ebenfalls nicht ganz gratis war. Durch eine weitgehend automatische Berichtgenerierung entfallen bei den MPA viele Schreibarbeiten, Ablegearbeiten und ebenso das Suchen von Akten z.B. für Telefonate.

Standard für LAN-Vernetzung (lokales Netzwerk) ist immer noch ein Switch mit RJ-45-Anschlüssen. Wireless (Funknetz) ist aus Datenschutzgründen nicht zu empfehlen. Eine Alternative sind Verbindungen über das Stromnetz (z.B. Powerline). Diese bieten stabile, genügend schnelle Verbindungen und kosten ca. 120 Fr. pro Station ohne zusätzliches Verlegen von Kabeln usw.

### Umstellung konkret

Eine Woche Ferien zu investieren, ist wohl für die meisten keine Option. Am besten eignet sich die «laufende» Umstellung. Diese sollte individuell sorgfältig geplant werden. Bei mir hat sich die Strategie bewährt, dass ab einem Stichtag elektronisch gestartet wird bei allen Patienten, bei welchen eine neue Behandlung eröffnet werden muss. Somit fallen pro Tag ca. 3–8 KG's an. Während der Konsultation kann man neben den «subjektiv-objektiv-Prozedere»-Fenstern problemlos die Medikation eintragen. Peinlich genau sollte auf das Nachführen der Problemliste geachtet werden. Hier lohnt es sich, von Anfang an Disziplin zu halten. Die Diagnoseliste kann ohne wesentlichen «Verlust» später nachgeführt werden. Zu den «elektronisierten KG's» habe ich dann jeweils abends eine kurze Zusammenfassung diktiert. Diese wurde von der MPA an einem definierten Ort in der elektronischen KG eingetippt. Nach 2–3 Tagen kommen schon die ersten Patienten «zurück», für welche die MPA keine KG mehr hervorbringen muss und zunehmend Zeit gewinnt, da diese Arbeit mehr und mehr entfällt.

Neu eintreffende Dokumente werden vom Stichtag an laufend eingescannt, ebenso die «alten Berichte» bei den neu elektronisch geführten KG's. Allerdings lohnt sich hier Zurückhaltung mit Einscannen von alten Dokumenten. Meist lese ich den Spital- oder Konsiliar-Bericht einmal richtig, leite die entsprechenden Massnahmen ein und benötige diese Dokumente später nur noch ganz selten. Nach wenigen Monaten sind die alten Dokumente ohnehin nicht mehr aktuell und zunehmend uninteressant.

Nach 3 Monaten sind praktisch alle Dauerpatienten erfasst, und diejenigen, welche sporadisch «aufkreuzen», machen zahlenmässig immer weniger aus. Die MPA muss nur noch einzelne KG's hervorbringen, später gar keine mehr oder nur noch bei gezielten Fragestellungen (z.B. wegen früherer Arbeitsunfähigkeiten).

Nach den 3–4 Monaten der Umstellung mit deutlich grösserem Arbeitsaufwand kommt der erste Benefit, indem

- Rezepte mit 2–3 Mausklicks erstellt sind;
- dem Patienten ein aktueller Behandlungsplan ausgedruckt werden kann;
- keine KG's mehr mühsam gesucht werden müssen;
- die Dokumente ebenfalls via Mausklick aufrufbar sind;
- Verläufe von BD-Werten, Labordaten usw. darstellbar und allenfalls ausdrückbar sind;
- Überweisungsschreiben vereinfacht werden (Übernahme der aktuellen Medikation!);
- im Notfalldienst durch wenige Mausklicks ein Infobrief an den Kollegen gefaxt wird;
- erste Auswertungen und Statistiken möglich sind.

Für Hausbesuche wird ein vordefiniertes Übersichtsblatt ausgedruckt. Dies enthält neben der Problem- und Diagnoseliste die Einträge der letzten beiden Konsultationen sowie die aktuelle Medikation. Die Mitnahme des Notebooks war für mich keine Option, da zu umständlich. Zudem besteht noch das Problem des Abgleichens der Datenbanken, was nicht ganz einfach, wenn auch technisch lösbar ist. Die Feinarbeit z.B. mit ICD-10 oder ICPC-Diagnoseerfassung dauert dann noch weitere 8–9 Monate, so dass für eine komplette Umstellung doch mindestens ein Jahr veranschlagt werden muss. Das Tool «elektronische KG» kann weiter verfeinert und ergänzt werden, ganz nach den Bedürfnissen des einzelnen Arztes. Weitere Möglichkeiten des Feinausbaus sind:

- Parametrisierung der KG (Einstellungen nach eigenen Wünschen/Bedürfnissen);
- Statusblätter;
- Verfeinern der Exportfunktionen (Übernahme

gewisser Daten für vordefinierte Standardüberweisungen);

- Flowcharts oder Risikoprofile für bestimmte Diagnosen;
- Reminderfunktionen;
- usw.

Was mir erst im Rahmen der MPA-Ausbildung aufgefallen ist: Die Lehrtöchter lernen nicht mehr, KG's zu suchen und alphabetisch abzulegen. Gelegentlich machen wir etwas «Trockenübungen». Der Benefit ist aber in diesem Bereich ebenfalls beträchtlich: hat doch die MPA früher insgesamt täglich während über einer halben Stunde KG's hervorgeholt und versorgt; die Sondereinsätze bei unauffindbarer KG nicht eingerechnet.

### Ausblick / weitere Möglichkeiten

International setzt sich die Codierung nach ICPC-2 durch. Dieser Code ist der Arbeit des Grundversorgers viel näher als die ICD-10-Codierung. Zudem schliesst dieser Code Krankheitsprozesse mit ein und berücksichtigt nicht nur «in Stein gehauene» Diagnosen, die in der Praxis oft ohnehin erst in der Retrospektive klar zuzuordnen sind und bei den meisten Konsultationen nie Relevanz erlangen. Mit der Internetanbindung und dem elektronischen Datenaustausch eröffnen sich weitere Möglichkeiten im Zusammenhang mit der elektronischen KG.

Finnische Kollegen haben ein Projekt gestartet, in dem bei vorhandenem ICPC-Code via Funktionstaste (z.B. F12) direkt die EBM-Guidelines ([www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)) zu diesem Code aufgerufen werden können. Bei Bedarf erhält man so in Sekundenschnelle relevante Daten zu einem Problem.

Ebenso haben die innovativen Finnen Flow-Charts entworfen. Dies sind elektronische «Übersichtsblät-

ter» zu bestimmten Diagnosen. Diese Flow-Charts erleichtern das Patientenmanagement sehr. Bei ICPC-Codierung für Diabetes mellitus kann das Übersichtsblatt aufgerufen werden. Automatisch werden die zu diesem Problem relevanten Daten (z.B. Blutdruck, BMI, HbA<sub>1c</sub>, Cholesterin, Microalbumin usw.) aus der KG übernommen und fällige Untersuchungen markiert. Selbstverständlich können solche Flow-Charts entsprechend den persönlichen Bedürfnissen adaptiert werden.

Die ganze elektronische KG-Führung ist ein dynamischer Prozess, der wohl nie definitiv abgeschlossen sein wird. Auch wenn sich eine Kollegin oder ein Kollege mit dem Minimum zufrieden gibt, wird man nach 2–3 Jahren unschwer feststellen, dass Welten zwischen einer handschriftlichen und der elektronischen KG liegen. Damit besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass man auch im vorgerückten Berufsalter rückblickend bestätigen wird: «never back again!»

Allerdings ist noch viel Arbeit zu leisten, damit die Systeme in der Schweiz auch die Daten migrieren lassen; das heisst, dass z.B. eine Ärztin, welche von einer Gruppenpraxis in eine andere wechselt, in welcher ein anderes System verwendet wird, ihre Patientendaten auch tatsächlich problemlos mitnehmen kann.

#### Minikongress «Computer im Sprechzimmer»

Am 28. Oktober findet im Rahmen der IFAS ein Minikongress zum Thema «Computer im Sprechzimmer» statt.

Weitere Infos unter [www.sgam.ch/minikongress](http://www.sgam.ch/minikongress).

---

Dr. med. Heinz Bhend  
Alte Zofingerstrasse 62  
CH-4663 Aarburg  
[info@dr-bhend.ch](mailto:info@dr-bhend.ch)