

Verbesserte Kommunikation und Koordination in der Wundversorgung durch den elektronischen Wundbericht

Viele Fragen rund um die Informationsübermittlung in der Wundversorgung

Die medizinisch-pflegerische Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden ist ein Paradebeispiel einer multiprofessionellen, einrichtungsübergreifenden und transektoralen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Diese besondere Situation ist eine Chance und Herausforderung gleichermaßen. Eine Chance ist sie, weil nur über diesen Weg der Heilungserfolg für den Patienten gesichert ist. Eine Herausforderung ist sie, weil ein zeitnahe Fluss von vollständigen und in sich stimmigen Informationen zwischen den Akteuren, einschließlich der betroffenen Person, eine Reihe von Fragen aufwirft, die zur Zeit noch nicht zufriedenstellend beantwortet sind.

Zu den ungelösten Themen gehört die Frage welche Akteure in welcher Reihenfolge bei welcher Indikation zu beteiligen und damit zu informieren sind. Ebenso gehört dazu, welche Informationen übermittelt werden sollen und ob dies synchron, also per Gespräch, oder asynchron, also per Nachricht oder über einen Bericht, erfolgen soll. Ist es notwendig, dass die ausgetauschten Informationen auch später noch zur Verfügung stehen und einem spezifischen Ziel wie der Rechtssicherheit oder der statistischen Auswertung zu Management- oder Forschungszwecken dienen, müssen weitere Überlegungen angestellt werden. An welche Grenzen stößt man durch den Austausch von Informationen über den Papier- und Postweg? Was verbessert sich, wenn eine elektronische Übermittlung gewählt wird? Welche Optionen ergeben sich aus der Tatsache, dass Informationen in strukturierter Form oder sogar unter Verwendung einer Klassifikation bereitgestellt werden. Wie kann die

informationelle Selbstbestimmung des Patienten gewährleistet werden?

Der folgende Artikel soll einen Beitrag dazu liefern, die aufgeworfenen Fragen zu beantworten, beziehungsweise Lösungsansätze aufzuzeigen.

Systematischer Ansatz

Um sich dieser Fülle von Fragen zu nähern, wählten wir einen systematischen Ansatz, den wir vorher entwickelt hatten. Dieser Ansatz zielt darauf ab, über heterogene Methoden und damit aus mehreren Perspektiven Antworten zu gleichen Fragen zu erhalten und darüber eine Absicherung der Inhalte zu erzielen. So lieferte zunächst eine intensive Auseinandersetzung mit nationalen und internationalen Leitlinien zu chronischen Wunden Material zur Beschreibung der optimalen Versorgungsprozesse sowie zu Informationen, die in einer Verlaufsdocumentation festgehalten und in der transektoralen Versorgung kommuniziert werden sollen. Diese Hinweise aus den Leitlinien können bereits als gesichert angesehen werden, da sie eine Reihe von der Leitlinie zugrunde liegenden Studien einbeziehen und damit keine Einzelmeinung mehr darstellen. Die dort beschriebenen Prozesse und Informationen wurden in einer nächsten Stufe einer empirischen Prüfung unterzogen. Dazu wurden Befragungen im Rahmen von Delphi-Studien und Experteninterviews mit Pflegekräften und Ärzten durchgeführt, die eine Weiterbildung oder Spezialisierung in der Wundversorgung besaßen. Zusätzlich wurden bestehende Wunddokumentationsformulare analysiert. Die so erhaltenen Daten wurden konsolidiert, das heißt sie wurden auf

Übereinstimmung und Komplementarität geprüft und nur solche Angaben übernommen, die keine Widersprüche beinhalteten und ein Mindestmaß an Übereinstimmung aufwiesen. Diese Angaben über Prozesse und Informationen wurden in formale Modelle überführt. Auf zwei wichtige Ergebnisse, nämlich die Beschreibung der Sollprozesse und das Vorschlagsmodell für den elektronischen Wundbericht, wird im Folgenden näher eingegangen.

Prozesse

Sollprozesse wurden für die Versorgung von Patienten mit einem Diabetischen Fußsyndrom, mit einem Dekubitus und Ulcus cruris separat erstellt. Die Modelle nutzen die Informationen der nationalen und internationalen Leitlinien. Sie sind mit den Informationen der Experten angereichert, um speziell auf die Situation in Deutschland einzugehen. Abbildung 1 zeigt den Sollprozess für das Diabetische Fußsyndrom. Die Akteure sind in den Schwimmbahnen abgebildet. Neben dem Patienten, dessen Schwimmbahn in violett markiert ist, treten als Akteure der Primärarzt, ein ambulantes spezialisiertes Zentrum, ein spezialisiertes Zentrum mit stationärer Versorgungsmöglichkeit sowie ein spezialisiertes Rehabilitationszentrum auf. Die Aktivitäten des Primärarztes sind farblich abgesetzt, um die Lotsenfunktion des Primärarztes zu verdeutlichen. Die roten Markierungen heben jene Prozessschritte hervor, die sowohl von der Leitlinie als auch von der Praxis gefordert wurden. Die blau markierten Prozessschritte wurden durch die Experten aus der Praxis hinzugefügt. An den Schnittstellen zwischen

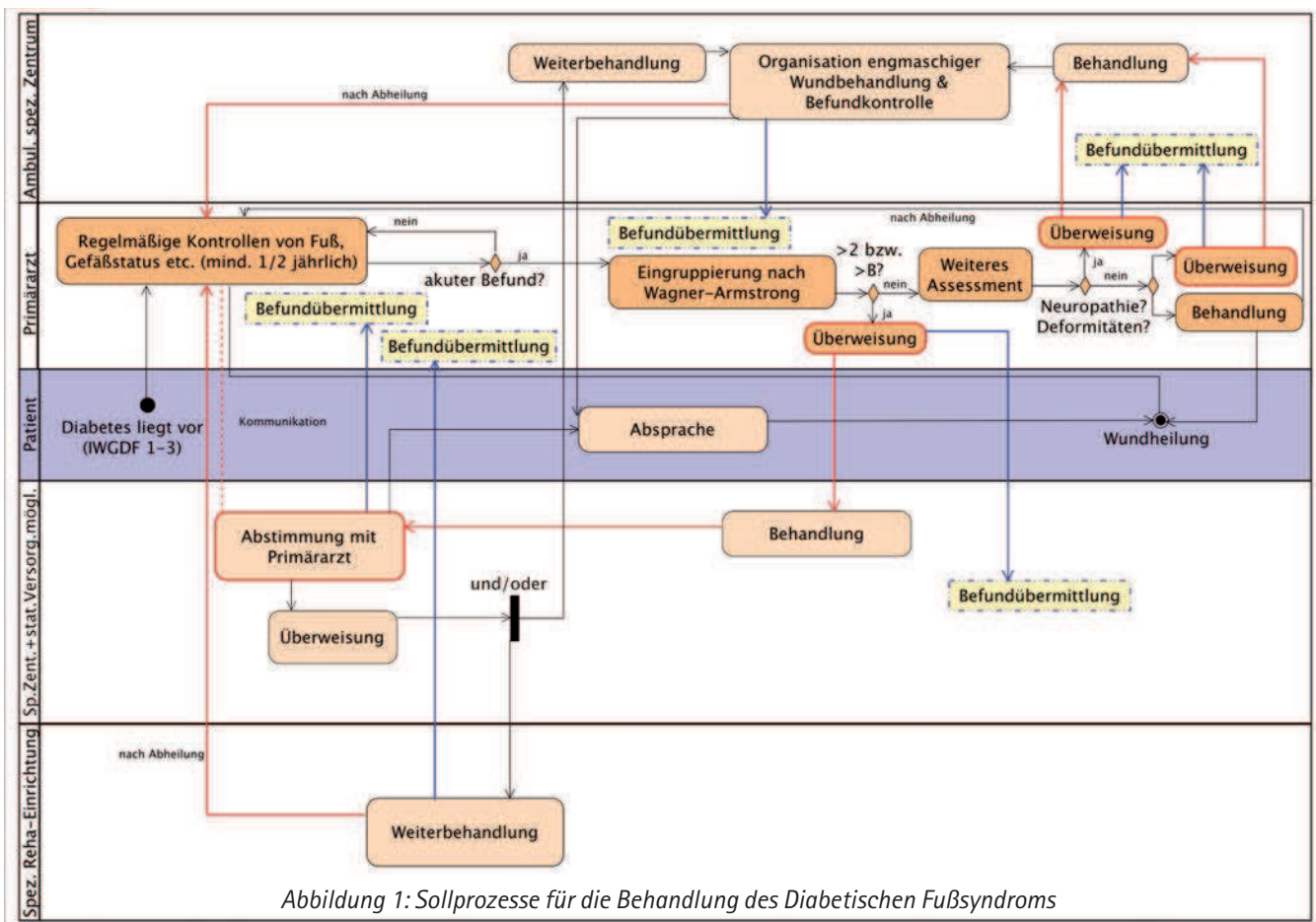


Abbildung 1: Sollprozesse für die Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms

Akteuren wurde die Befundrückmeldung ergänzt, die von den Experten explizit genannt wurde.

Nach Aussage der Experten handelt es sich ausdrücklich um Sollprozesse, die die derzeitige Praxis nicht unbedingt widerspiegeln.

Elektronische Informationen

In der Prozessdarstellung wurde bereits deutlich, dass der systematischen Weitergabe von Informationen über die vorangegangene Behandlung des Patienten eine hohe Bedeutung zugewiesen wurde. Bisherige Verfahren zur Weiterleitung von Patienteninformationen beruhen zum größten Teil auf Papierdokumenten, die per Post oder Fax versendet werden oder wenn elektronisch transferiert, dann als PDF-Dokument via eMail übermittelt werden.

Wundberichte auf Papier stoßen an Grenzen, was die Vollständigkeit betrifft, da sie häufig als vorgefertigte Formulare im Sinne von Checklisten angelegt sind und deshalb eine eingeschränkte Seitenzahl mit einer eingeschränkten Anzahl von Informationsitems besitzen. Elektronische Formulare sind diesbezüglich flexibler, da nur diejenigen Informationsitems weitergeleitet werden, die für diesen bestimmten Patienten zutreffen. Elektronisch können Daten in struktur-

ierter und in nicht strukturierter Form dargestellt werden. Für den Menschen, der die übermittelten Daten liest, macht diese Unterscheidung keinen wesentlichen Unterschied. Umso wichtiger ist sie für die maschinelle Weiterverarbeitung im Sinne einer statistischen Auswertung für Managementzwecke und Forschung. Denn ein Rechner kann einfacher Inhalte von strukturierten Daten als von nicht strukturierten interpretieren, insbesondere wenn diese eine eindeutige Bezeichnung über eine Klassifikation erhalten, also einen Code und einen standardisierten Namen. So werden gleiche Sachverhalte gleich bezeichnet und lassen sich gut zählen und quantitativ analysieren.

IT-Standards für den Wundbereich

Für die Versorgung eines konkreten Patienten bietet die elektronische strukturierte Dokumentation ebenfalls einen wichtigen Vorteil. Sie ermöglicht, einmal eingegebene Daten wiederzuverwerten. Sind daher beispielsweise Daten über den Wundzustand in der Verlaufsdokumentation bereits elektronisch eingetragen worden, können sie für den Abschlussbericht automatisch weiterverwendet werden und darüber hinaus auch von dem empfangenden Informationssystem richtig interpretiert und abgelegt werden. Voraussetzung

hierfür ist allerdings, dass die betroffenen IT-Systeme interoperabel sind, also Daten austauschen können, die sie gegenseitig verstehen können. Dies ist keine Selbstverständlichkeit, da es eine Vielzahl unterschiedlicher Wunddokumentationssysteme auf dem Markt gibt, die ganz unabhängig voneinander entwickelt wurden. Damit IT-Systeme interoperabel werden, müssen sie auf der technischen Ebene Daten senden und empfangen können, d.h. die gleichen Netzverbindungen und Netzprotokolle nutzen. Dies reicht jedoch nicht dafür aus, dass IT-Systeme als interoperabel bezeichnet werden können. Sie müssen die gleiche Struktur der Daten mit dem gleichen semantischen System, z.B. einer Klassifikation, nutzen. Eine solche Festlegung heißt IT-Standard. Er wird üblicherweise so allgemein wie möglich formuliert und von einer Standardisierungsorganisation verabschiedet. HL7, health level seven, ist eine solche weltweit operierende Organisation, die sich wie der Name besagt auf das Gesundheitswesen spezialisiert hat und unter anderem IT-Standards für Nachrichten und Dokumente anbietet. Die Grundlage bildet ein gemeinsames Referenzmodell. Auf Basis der HL7 Clinical Document Architecture (CDA) wurden in Deutschland der elektronische Arztbrief und der elektronische Pflegebericht entwickelt.

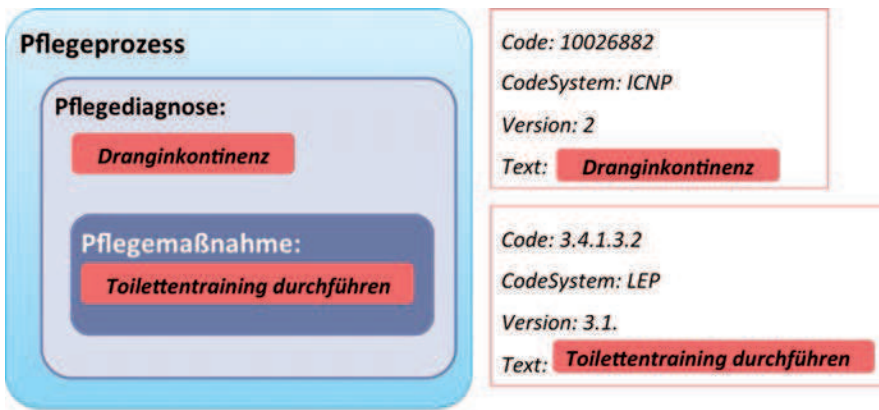


Abbildung 2: Auszug aus dem HL7 CDA ePflegebericht

Abbildung 2 zeigt einen Ausschnitt aus dem Modell des ePflegeberichts mit dem Verweis auf die strukturierten Daten und das jeweilige Klassifikationssystem. Aus Abbildung 2 ist auch ersichtlich, dass neben strukturierten Daten auch Freitexteinträge möglich sind.

Beide Dokumentenarten sind jedoch nicht dafür ausgelegt, spezifische wundrelevante Patienteninformationen zu transportieren, weshalb ein Spezialdokument als Addendum zum eArztbrief und ePflegebericht benötigt wird.

eWundbericht

Dieser spezialisierte Dokumentenstandard, auch also eWundbericht bezeichnet, soll in einer möglichst umfassenden Art für möglichst viele Versorgungssituationen eine Struktur und potenzielle Inhalte festlegen. Der Standard macht keine Aussagen darüber, welche Informationsitems, also Inhalte, verbindlich sind, und wie die grafische Oberfläche des Wundberichts aussehen muss. Er ist daher weder eine Checkliste noch eine Beschreibung des Layouts. Für den eWundbericht liegt ein sogenanntes Vorschlagsmodell vor, das die Arbeiten aus den Leitlinien, der Delphi-Befragung und der Dokumentenanalyse zusammenfasst.

Abbildung 3 zeigt die Informationen auf den obersten beiden Ebenen sowie einen Ausschnitt auf der untersten Ebene für den Bereich Wundzustand. Obwohl das Vorschlagsmodell bereits evidenzbasierte Informationen aus internationalen Leitlinien enthält und mit deutschen Experten reflektiert wurde, besteht ein Bedarf an einer weiteren Verifizierung. Zu diesem Zweck findet derzeit mit allen wesentlichen deutschen Wundfachgesellschaften ein Austausch hinsichtlich einer

Kommentierung durch die Mitglieder statt. Aus der FgSKW e. V. hat sich eine Reihe von Personen bereitgefunden, die die Informationen auf ihre Bedeutung für eine einrichtungsübergreifende und transsektorale Kommunikation während der Überleitung des Patienten bewerten.

Informationelle Selbstbestimmung

Das Vorschlagsmodell für den eWundbericht sieht die Einbeziehung verschiedener Professionen und die des Patienten vor. Insbesondere sollen alle

beteiligten Akteure eine Kopie erhalten. Zur Wahrung der informationellen Selbstbestimmung ist es daher wichtig, dass der Patient eine Einwilligung für die Weiterleitung des Berichts erteilt. Denn für eine moderne Versorgung ist die Einwilligung des Patienten Voraussetzung. Darüber hinaus aber auch die Einbeziehung des Patienten in den Informationsfluss.



Prof. Dr. Ursula Huebner,
Georg Schulte,
Eva Cruel
Hochschule Osnabrück
Forschungsgruppe Informatik
im Gesundheitswesen
D-49009 Osnabrueck

Wundanamnese Et -assessment	
Med. Wunddiagnose	
Wundzustand	Wundzustand
Details über geheilte Wunden/Wundbezogene Patientenhistorie	Wundgröße
Wundheilungsskala	Wundumgebung
Aktuelle Therapie/Versorgungsmanagement	
Versorgungsplan Wunde	Wundrand/-grenzen
Schmerzmanagement	Wundgrund/häufigste Gewebeart
Hygienemaßnahmen	Wundoberfläche
Behandlungsergebnisse	Exsudat/Transsudat
Benötigte Ausrüstung/Ressourcen	Wundschmerz
	Lokalisation
Anamnese	
(Psycho-)soziale Faktoren	Wundgeruch
(Allg.) Patientenhistorie	Infektionszeichen
Aktueller Status Patient	Infektionsrisiko
Relevante med. Daten und Untersuchungsergebnisse	Ödeme
	Wunddauer
Risikoassessment	
Risikoassessmentskala	Allgemeines Erscheinungsbild
Hautassessment	
Hygieneassessment	
Identifizierte Risikofaktoren	
Gesundheitsrelevantes Patientenverhalten	
Therapiemitwirkung und -treue	
Adhärenz	
Patientenedukation	
Wund- und Therapie-bedingte Einschränkungen	
Psychosoziale Beeinträchtigungen	
Körperliche Beeinträchtigungen	

Abbildung 3: Vorschlagsmodell mit den obersten beiden Ebenen und Auszug aus dem Modell für die Beschreibung des Wundzustands