

## Eine einheitliche Patientenakte im Klinikumfeld ist Gold wert Gut archiviert – gut dokumentiert

Die Datenmenge in Schweizer Spitälern wächst jährlich um rund 70 Prozent. Das ist enorm. Die Gründe dafür sind klar: verstärkter Zwang zum Dokumentieren aufgrund der neuen Spitalfinanzierung, Wille zur vermehrten Transparenz zwecks Prozesssteuerung und Wachstum aufgrund der laufend leistungsstärkeren bildgebenden Verfahren. Das zeigt auch, dass die Zunahme der Datenflut keineswegs kleiner werden dürfte. Vielmehr geht es darum, der Informationen Herr zu werden, um Nutzen aus den Daten zu generieren und sie für medizinische, pflegerische, technische und administrative Zwecke rasch und optimal strukturiert zur Hand zu haben. An einer Tagung in der Hirslanden Klinik Aarau, organisiert durch die adeon ag beleuchteten IT-Fachleute Fakten und Zusammenhänge.

In einem wahrhaft fulminanten Referat sprach Jürg Lindenmann, healthH-it, von der einheitlichen Patientenakte im Klinikumfeld. Er skizzierte die Elemente der Information Compliance: die Geschäftsbücher-Verordnung als steuerrechtliches Erfordernis, behördliche Verordnungen – im Gesundheitswesen sehr dicht und ausserdem unter kantonaler Hoheit –, der Datenschutz und immer mehr auch betriebliche Bedürfnisse, namentlich in den Bereichen Behandlung, Forschung und Datenaustausch.

### Ordnungsgemäss und nützlich für den Spitalalltag

Wo das Wachstum dermassen im Fokus steht wie bei den riesigen Dokumentenmengen, muss das

Records Management im Griff sein. Was auch als Aktenführung oder Schriftgutverwaltung bezeichnet wird, umfasst die Planung, Steuerung und Kontrolle zur ordnungsgemässen Aufbewahrung von geschäftsrelevanten Daten und Dokumenten. Es gilt, die Daten in einer klaren Zuordnung zu katalogisieren und die Zugriffsrechte zu regeln. Ein besonders wichtiges Stichwort ist dabei das Information Life Cycle Management (ILM). «Zentraler Inhalt eines ILM-Modells ist das bedarfsgerechte, über längere Zeiträume kontinuierlich dem Regelungsrahmen entsprechende Verfügbarhalten oder auch Entsorgen von Informationen. Aufbewahren ist immer auch eine Kunst des Wegwerfens», unterstrich Jürg Lindenmann. Da geht es um Disziplin, Setzen von Prioritäten und Sich-klar-machen, was denn über-

haupt relevant für eine qualitativ hochstehende Spitalarbeit ist.

Klar ist, dass Dokumente mindestens zehn Jahre aufzubewahren sind, welche der Erfüllung der handelsrechtlichen Aufbewahrungspflicht dienen. Archivsysteme müssen diesen Anforderungen in Bezug auf Inventarisierung, Schutz vor unbefugtem Zugriff und Aufzeichnung der Zugriffe und Zutritte entsprechen – wer hat sich was wann angeschaut? Ein Archivsystem kann natürlich auch Daten enthalten, die nicht Gesetzespflicht sind, also auch nicht beweissicher gespeichert werden müssen. Es gibt also Dokumente, die aus unterschiedlichsten Quellen entstehen, die erst mal aktiv sind und dann den Status «archiviert» annehmen:

- Handelsrechtlich relevante Dokumente,
- branchenregulierte Daten, z.B. Krankengeschichten,
- weitere zu Beweis- und Sicherungszwecken dienende Daten sowie
- freie Daten, die für die Prozessoptimierung, kalkulatorische Zwecke und statistische Aufgaben nützlich sind.

### Eine richtige Chefsache

Wie geht man nun ans Werk und realisiert ein Records Management, das stark weiter steigenden Ansprüchen genügt und entsprechend ausbaufähig ist? – Jürg Lindenmann betonte unmissverständlich: «Records Management ist Chefsache und gehört hinsichtlich der Verantwortung in der Ebene der Unternehmensleitung angesiedelt. Der Aufbau einer leistungsstarken Archivierung ist gleich wichtig wie das Qualitätsmanagement. Nützlich ist beim Aufbau eine exakte Analyse der Geschäftsprozesse, nach denen die aufzubewahrenden Dokumente sinnvollerweise zu strukturieren sind. Die Dokumente müssen somit klassiert und bezüglich ihrer rechtlichen und betrieblichen Anforderungen eingeteilt



werden. Gleichermassen wichtig ist die Analyse der Systemgrenzen und Schnittstellen der IT-Lösungen, aus denen die Informationen stammen, die Definition des Archivbetriebs, das Erstellen von Dokumenten- und Systeminventar sowie die Evaluation der richtigen Werkzeuge.» Natürlich können sich die Spitalverantwortlichen dabei an einem ISO-Standard orientieren (ISO-15489-1/2). Daten, die zu archivieren sind, können auch nach ihren Funktionen unterschieden werden:

- Patienten-Records enthalten administrative Patientendaten und medizinische wie pflegerische Dokumente
- Personal-Akten bestehen natürlich aus diversen Unterlagen, welche die Mitarbeitenden betreffen.
- Unternehmens-Management-Records schliesslich umfassen Logistik, Finanz- und Rechnungswesen, Facility Management, Verträge, Protokolle, Memos und diverse weitere derartige Dokumente, auch E-Mails, die sich lohnen, aufbewahrt zu werden.

### Den Patienten soll es primär dienen

Der, wenn nötig blitzschnelle und qualifizierte, Datenzugriff darf selbstverständlich nicht Selbstzweck sein und sich auch nicht auf betriebliche und technische Details beschränken – der wichtigste Aspekt ist der, welcher die Behandlungsqualität wirksam unterstützt. Grundlage ist das elektronische Patientendossier, wie es auch vom Koordinationsgremium von Bund und Kantonen, eHealth Suisse, gefordert wird. Das ePatientendossier enthält alle behandlungsrelevanten und/oder zu archivierenden digitalen Dokumente zu einem Patienten, nicht nur aus dem KIS, sondern auch aus allen anderen Anwendungen (Scanning, Office, Labor usw.).

Die entscheidende Rolle spielen hier die einheitliche Ablagestruktur und Taxonomie innerhalb des Spitals. Das ePatientendossier ist die zentrale Dokumentenquelle für den elektronischen Datenaustausch mit Institutionen des Gesundheitswesens – auch das gemäss den Regeln von eHealth Suisse. Last, but not least geht es ums Sicherstellen der Information Compliance. Wertvoll ist es natürlich, wenn die gewählte Systemarchitektur von IT-Komponenten und der Archivierung den Anforderungen von IHE entsprechen.

Der Referent fasste zusammen: «Records Management muss eindeutigen Anforderungen genügen. Das ist einmal der Grundsatz «Rechtssicher heisst beweissicher» und «revisionssicher bedeutet nichts anderes, als dass die Daten einer Überprüfung der ordnungsgemässen Aufbewahrung standhalten müssen». Das ist nicht zuletzt für die jährliche Wirtschaftsprüfung nötig. – Zudem ist es wirklich von grösster Bedeutung, dass die Aufgabe der Archivierung eine echte Chefsache ist, weil die Art der Realisierung einen erheblichen Einfluss auf die Informationsqualität, den immer bedeutenderen Datenaustausch mit andern Partnern in der Leistungserbringung und auch auf die Steuerung von Prozessen zahlreicher Bereiche ausübt.»

### Grossen Nutzen anstreben

Wo gut archiviert wird, kann auch gut dokumentiert werden. Das zeigt sich insbesondere im extramuralen Datenaustausch. Jürg Lindenmann nannte die Stichworte Zuweiseranbindung und Unterstützung von Managed Care. Weiter interessiert die Wirtschaftlichkeit im Lichte der Swiss DRG, das Erfüllen der Datenschutzaufgaben – beispielsweise die Auskunftspflicht –, das Sicherstellen einer sauberen Beweisführung, z.B. in Haftpflichtfällen, das Einhalten behördlicher Verordnungen, Vermeiden von Imageschäden, Schützen vor Katastrophen durch Informations-Backup und die Unabhängigkeit von weiteren im Spital eingesetzten IT-Systemen, insbesondere dem KIS.

Text: Dr. Hans Balmer



eHealth-Experten aus zahlreichen Spitälern trafen sich in Aarau auf Einladung der adeon ag und diskutierten effiziente System zur sicheren Datenarchivierung.



Licht macht nicht einfach nur hell.  
Deshalb machen wir nicht einfach nur Licht.

Technical-Quality-Management GmbH  
Bahnhofstrasse 4, CH-9630 Wattwil  
Tel. 071 987 54 54, Fax 071 987 54 55  
www.tqm-gmbh.ch, info@tqm-gmbh.ch

