

DIE

ANAMNESE

DER
WICHTIGSTE
BAUSTEIN
DES
PFLEGE-
PROZESSES

Foto: NursIT Institute GmbH

TEXT: HEIKO MANIA

Die Corona-Pandemie hat das Leben aller Menschen in Deutschland nachhaltig verändert und uns auch wieder ins Bewusstsein gerufen, wie selbstverständlich jeder Einzelne mit dem Thema Hygiene, Gesundheit und Pflege in der Vergangenheit umgegangen ist. Mit dem Blick in das europäische Ausland, kann man noch von einem verhältnismäßig glimpflichen Verlauf der Pandemie sprechen. Dennoch führt auch das Kontaktverbot in Deutschland dazu, dass die Patienten in den Kliniken aktuell restriktiv ohne Angehörige aufgenommen werden. Das bedeutet u. a. für die Erhebung der Anamnese (Krankengeschichte), sehr häufig nur unvollständige Informationen, durch den Patienten selbst zu erhalten.

Dies liegt zum einen an der besonderen Situation, in der sich ein erkrankter Patient befindet und häufig jedoch auch daran, dass die Patienten von sich aus in einem Gespräch oft sehr ungern eigene gesundheitliche und selbstpflegerische Defizite aufzeigen. Dabei wird jedoch sehr häufig unterschätzt, welche hohe Bedeutung die Anamnese für das therapeutische Team hat. Die gesammelten Daten der Anamnese sind die Grundlage aller Entscheidungen, und der wesentlichste Schritt im weiterfolgenden Pflegeprozess (Schrems 2008). Eine qualitativ hochwertige Informationssammlung ist also entscheidend für alle weiteren Schritte im Pflegeprozess (Gordon et al. 2013).

Schon vor Corona waren diese strukturierten Informationssammlungen aus organisatorischen oder personellen Gründen häufig unvollständig. Schließlich kostet ein »klassisches« Anamnesegespräch viel Zeit, da in der Regel sehr strukturiert und detailliert nachgefragt werden muss, und die Dokumentation der Informationen in der Regel auf Papier erfolgt. Dazu führen auch andere Berufsgruppen eigene spezifische Anamnesegespräche, die sich in der Papierwelt nur schwierig ohne Doppeldokumentation zusammenführen lassen. Also hat man häufig eine mehrfache Erhebung der Informationen oder eben auch aus der Sorge vor Redundanzen eine fehlende Erhebung bestimmter anamnestischer Informationen. Jedoch im schlechtesten Fall enthalten die Anamnesen vielleicht sogar noch widersprüchliche Angaben.

Daher ist es für die Versorgungsqualität absolut wichtig, einen »Anamnese-Pool« für alle Berufsgruppen zu schaffen, in den gemeinsam hinein dokumentiert und heraus informiert wird. Ein solches Vorhaben ist jedoch nicht mehr mit Papier effizient umsetzbar und benötigt eine digitale Unterstützung. In den USA wurde die elektronische Aufzeichnung von Patienteninformationen verpflichtend für alle Gesundheitseinrichtungen zur Steigerung der Pflegequalität gesetzlich verankert (U.S. DHHS 2010). Aber auch eine digitale Anamnese bedingt höchste Interoperabilität der einzelnen Systeme untereinander. Denn heute haben fast alle Informationssysteme im Gesundheitswesen eigene, oft in sich verschlossene Anamnesedaten. In dem Zusammenhang wird häufig auch vom Once-Only-Prinzip (OOP) gesprochen. Ziel des Once-Only-Prinzips ist es, dass Bürger und Unternehmen bestimmte Standardinformationen den Behörden, Verwaltungen und auch Gesundheitseinrichtungen nur noch einmalig mitteilen müssen. Dieses Prinzip funktioniert heute leider nicht einmal innerhalb ein und derselben Gesundheitseinrichtung.

Ein solcher interner »Anamnese-Pool« lässt sich heute durch moderne Interoperabilitätsstandards, wie HL7-FHIR, realisieren. Dabei speichern die Informationssysteme die Informationen, nicht wie bisher ausschließlich in ihre eigenen Datenbanken, sondern legen diese ein gemeinsames, sogenanntes Repository, ab. Damit stehen allen Systemen, je nach entsprechender Berechtigung, dieselben Daten zur Verfügung. Diese Reduktion von Mehrfacherfassung wirkt sich nicht nur positiv auf die Dokumentationszeiten aus, sondern erhöht auch die Datenqualität für den einzelnen Patienten. Mit der Umsetzung

und Anbindung der Telematikinfrastruktur (TI) im Gesundheitswesen, können dann solche anamnestischen Informationen auch einrichtungsübergreifend zur Verfügung gestellt werden.

Besser jedoch als eine digitale Erfassung der Anamnese in der Gesundheitseinrichtung, ist es vorhandene Informationen einfach nutzen zu können. Und dies kann jedermann unterstützen. Denn die persönliche Krankengeschichte kann man bereits erstellen, bevor ein Arztbesuch oder Krankenhausaufenthalt notwendig wird. Dafür bieten sich, auch für nicht it-versierte Menschen, entsprechende Online-Angebote an. Auf www.Selbstanamnese.de beispielsweise, kann die eigene Krankengeschichte sicher und datenschutzkonform erstellt werden. Dort kann ein Anamneseformular ohne die Eingabe des eigenen Namens ausgefüllt werden. Nach dem Absenden erhält der Nutzer die Möglichkeit seine Informationen übersichtlich auszudrucken oder einen Barcode auf dem mobilen Gerät zu speichern. Dadurch kann die Anamnese in Papierform mit einem Barcode versehen oder auch rein digital stets mit sich getragen werden. Im Falle einer medizinischen oder pflegerischen Behandlung kann man nun einfach den Ausdruck oder den Barcode dem Fachpersonal zeigen. Diese können den Barcode nun einfach über die Kamera eines Mobilgerätes oder über einen Barcodeleser scannen und dadurch die Anamnese online aufrufen. Mit einer neuen App (NursIT Connect) können die Gesundheitseinrichtungen die Daten der »Selbstanamnese.de« aber auch direkt in das eigene Informationssystem einlesen. Damit sind diese Informationen, in Sekundenschnelle, für alle im therapeutischen Team verfügbar und können sogar Leben retten. Denn fehlende Gesundheitsinformationen, weil ein erkrankter Patient, diese vielleicht nicht lückenlos wiedergeben kann, können erheblichen Einfluss auf eine schnelle, notwendige Versorgung haben.

Die Corona-Pandemie hat die Potenziale von digitalen Gesundheitsdaten auch in der breiten Bevölkerung bewusst gemacht. Jetzt ist es an der Zeit diese digitalen Werkzeuge auch einzusetzen und deren Potenziale auch zu nutzen. ♦

.....

Heiko Mania
M.Sc., MBA, Geschäftsführer NursIT Institute GmbH,
Berlin / Köln