

1 Aufwand und Nutzen des Basisdokumentationssystems MEGAREDO

Thomas Tuschhoff, Reha-Klinik Ob der Tauber, Bad Mergentheim

Kurztitel: MEGAREDO – Aufwand und Nutzen

Key words: GASTROENTEROLOGY; REHABILITATION; DOCUMENTATION; MEDICAL RECORDS SYSTEM, COMPUTERIZED; QUALITY ASSURANCE;

Korrespondenzadresse:
Thomas Tuschhoff
Reha-Klinik Ob der Tauber
Bismarckstr. 31
97980 Bad Mergentheim
Tel. 07931 / 541-2351
Fax 07931 / 541-6001
e-mail: Tuschhoff@reha-klinik-odt.de

Zusammenfassung:

Das Basisdokumentationssystem MEGAREDO erleichtert Berufsanfängern die Einarbeitung in die gastroenterologisch/metabolische Rehabilitation. Die Erfassung der Rehabilitationsziele, normierter psychosozialer Skalen und der Arbeitssituation der Patienten berücksichtigen die spezifische Aufgabenstellung der Rehabilitation, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen. Ärzte werden von Routinearbeiten entlastet und können sich verstärkt den individuellen Besonderheiten der Patienten widmen. Die standardisierte Datenerfassung und die Zusammenführung der anonymisierten Daten aller beteiligten Kliniken zu einem gemeinsamen Pool ermöglicht einen Leistungsvergleich und dient der Qualitätssicherung. Klinikinterne Auswertungen erleichtern die Planung von Ressourcen indem sie einen quantitativen Überblick über die behandelten Probleme und erbrachten Leistungen verschaffen. Das Basisdokumentationssystem MEGAREDO ist durch Automatisierung von Routinearbeiten aufwandsneutral zu implementieren.

Expenditure And Benefit Of The Documentation System MEGAREDO

Abstract:

The basic documentation system MEGAREDO helps unexperienced physicians starting their work in the field of gastroenterologic/metabolic rehabilitation. It meets the special requirements of rehabilitation to maintain or restore the fitness for work by considering the goals of rehabilitation, standardized psycho-social scores and the patient's occupational situation. Users are relieved from routine work. Therefore they can concentrate on the individual characteristics of their patients. MEGAREDO assures treatment quality by merging the data from all participating clinics into one file and bench-marking the outcome of each one against the results of all others. Data analysis can improve the management of clinic resources. The system can be implemented without additional man-power.

2 Einleitung

Das Basisdokumentationssystem MEGAREDO wurde von Praktikern der medizinischen Rehabilitation entwickelt. Ziel der Autoren¹ war es von Beginn an, ein System zu erarbeiten, das den Anwendern im Klinikalltag möglichst großen Nutzen bringt und aufwandsneutral zu implementieren ist. Zusätzlicher Arbeitsaufwand ausschließlich für Dokumentationszwecke würde zu Lasten der Patientenversorgung gehen, was vor dem Hintergrund verkürzter Aufenthaltszeiten nicht vertretbar erschien. Im folgenden sollen Nutzen und Aufwand für die Anwendung von MEGAREDO dargestellt werden.

3 Nutzen

3.1 Nutzen für den Arzt

3.1.1 Berücksichtigung rehabilitationsspezifischer Erfordernisse

Die Fragebögen von MEGAREDO erfassen für die in der gastroenterologisch/metabolischen Rehabilitation häufigsten Diagnosen alle wichtigen Daten. Insbesondere psycho-soziale und sozialmedizinische Fragen, die nach den Erfahrungen aus dem peer-review-Verfahren häufig zu wenig beachtet werden, sind in MEGAREDO enthalten. Im Basis-Modul sind standardisierte Skalen zu den Problembereichen krankheitsbezogene Angst, Depression und Krankheitsbewältigung (Coping) integriert (1). Mit Hilfe der CAGE-Fragen (2) wird ein Screening auf Alkoholprobleme durchgeführt und eine Kurzform des IRES (3) erfasst die Rehabilitationsbedürftigkeit. Die Orientierung der medizinischen Rehabilitation auf den Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit kommt dadurch zum Ausdruck, dass zum Beginn des Aufenthalts die Rehabilitationsziele vom Patienten und vom Arzt erfragt werden. Dem Patienten wird eine aktive Rolle zugewiesen, indem er die Behandlungsziele mit bestimmt. Am Ende sollen beide Partner angeben, in welchem Ausmaß die vereinbarten Ziele erreicht wurden.

Weitere krankheitsspezifische standardisierte Skalen in den einzelnen Modulen ergänzen die Basisinformationen, z.B. eine Skala Angst/seelische Belastung aus dem Fragebogen zu Belastungssituationen bei Krebs (FBK) (4), ein aus dem Gastrointestinalen Lebensqualitäts Index (GLQI) abgeleiteter Beschwerde-Score (5) im Modul Oberer Gastrointestinaltrakt, der Child-Score im Modul LGP usw. MEGAREDO berücksichtigt mit diesen Instrumenten die spezifischen Aufgaben der Rehabilitation, die in der Ausbildung von Medizinern häufig zu wenig berücksichtigt werden. Das System erleichtert hiermit gerade Berufsanfängern die Einarbeitung, indem es die Anamnese strukturiert und dafür sorgt, dass wichtige Daten nicht übersehen werden. Im Diabetes-Modul ist der Diab-Care-Datensatz enthalten, so dass alle Angaben, die von diesem Dokumentationssystem verlangt werden, aus MEGAREDO exportiert werden können. Weitere Anforderungen an die Dokumentation von Patientendaten, die z.B. von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Diabetes Kliniken ADDK erhoben werden, werden mit laufenden Programmaktualisierungen erfüllt.

Die Informationen, die im Statistikteil des einheitlichen ärztlichen Entlassungsberichts der gesetzlichen Rentenversicherung (6) gefordert werden, sind in MEGAREDO bereits integriert. Wenn das Basis-Modul von MEGAREDO ausgefüllt worden ist, braucht sich der Arzt nicht

¹ Mitglieder der Arbeitsgruppe sind: Dr. W. Bossinger, Bad Brückenau; Dr. W. Gießler, Bad Salzig; Dr. W. Knisel, Malsburg-Marzell; B. Kulzer, Bad Mergentheim; Dr. H. Pollmann, Bad Neuenahr; Dr. D. Rosemeyer, Bad Driburg; Dr. J. Schaub, Bad Salzig; Dr. H.-J. Schwandt, Bad Kissingen; T. Tuschhoff, Bad Mergentheim; Dr. D. von Stetten, Passau; Dr. J. Wagner, Malsburg-Marzell

weiter um diese Angaben zu kümmern.

Ein wesentlicher Vorteil gegenüber der Datenerfassung mit den Formularen des Entlassungsberichts ist, dass sich die Datenerhebung von MEGAREDO am zeitlichen Ablauf der Behandlung in der Klinik orientiert. Daten, die üblicherweise zu Beginn des Aufenthaltes erhoben werden (z.B. das Körpergewicht bei Aufnahme), sind im Modul Aufnahme, Daten, welche erst am Ende vorliegen können, im Modul Entlassung enthalten. Sämtliche Informationen werden in einer Datenbank abgespeichert. Sie können programmgesteuert im ärztlichen Entlassungsbericht wiedergegeben werden, unabhängig davon, wann sie erhoben wurden und ohne dass diese Daten vom Arzt beim Verfassen des Abschlussberichts diktiert werden müssen.

Das Ziel von MEGAREDO, die Datenerfassung so ökonomisch wie möglich zu gestalten, hat dazu geführt, dass alle Daten, die direkt vom Patienten erhoben werden können, mittels eines Fragebogens auch bei ihm erfragt werden. Der Arzt wird nur dann gefragt, wenn die benötigte Information nicht vom Patienten zu bekommen ist.

3.1.2 Übersicht über Rehabilitations-Probleme

Wenn die zum Aufnahmezeitpunkt vorgesehenen Fragebögen ausgefüllt und in den Computer eingegeben sind, druckt das Programm für jeden Patienten ein Problemlblatt aus. In diesem sind die wichtigsten Probleme des Patienten übersichtlich zusammengefasst. Behandler, die den Patienten noch nicht selbst kennen, können sich mit Hilfe des Problemlblatts ohne umfangreiches Aktenstudium einen raschen Überblick verschaffen.

Bei den normierten Skalen wie z.B. bei Angst, Depression, Coping oder IRES wird der Prozentrangwert des Patienten ausgegeben. Die Antworten des Patienten werden damit in Beziehung zu einer Vergleichsstichprobe von Rehabilitations-Patienten gesetzt, wodurch eine Bewertung des Ausmaßes der Beschwerden oder Probleme möglich wird. Das Problemlblatt ist für den Arzt etwas Ähnliches wie der Ausdruck des Labors. Er bekommt damit Hinweise auf Probleme, denen er möglicherweise weitere Aufmerksamkeit schenken muss.

3.1.3 Erleichterung der Arztbriefschreibung

MEGAREDO führt jedoch auch zu einer Abnahme von Routinearbeiten. Die bei vielen Patienten in gleicher Weise wiederkehrenden Angaben können weitgehend automatisiert in den Entlassungsbericht geschrieben werden. Es ist nicht mehr nötig, dass der Arzt Daten diktiert, die anschließend von der Schreibkraft geschrieben werden. Vielmehr können diese Aufgaben vom Programm übernommen werden. Dies geschieht mit sogenannten Makros, kleinen Programmroutinen der Textverarbeitungssysteme, mit denen die Briefe erstellt werden (7). Sie suchen das jeweils gewünschte Feld in der Datenbank, lesen es aus, übersetzen die codiert abgespeicherte Information wieder in Klartext und schreiben diesen in den Abschlussbericht. Der Arzt kann sich beim Diktat auf die individuellen Besonderheiten seines Patienten konzentrieren, da die Routinedaten programmgesteuert an die Nachbarhändler übermittelt werden.

3.2 Nutzen für die Kliniken

Herkömmliche Entlassungsberichte, auch wenn sie elektronisch gespeichert wurden, dienen zwar der Informationsübermittlung zwischen verschiedenen Behandlern im Einzelfall, ermöglichen jedoch keine statistische Datenauswertung. Der entscheidende Fortschritt eines Basisdokumentationssystems wie MEGAREDO gegenüber der in den meisten Kliniken noch üblichen Dokumentation von Patientendaten ist die standardisierte Erfassung und struktu-

rierte Speicherung der Informationen in einer Datenbank. MEGAREDO leistet damit einen Beitrag zur Qualitätssicherung. Durch die Standardisierung der Datenerhebung ist die aus messtheoretischen Gründen zu fordernde Objektivität gegeben und ein aussagekräftiger Leistungsvergleich zwischen den an MEGAREDO beteiligten Kliniken möglich. Die erfassten Daten werden zu einem einzigen Datenpool zusammengeführt und vergleichend ausgewertet. Selbstverständlich werden dabei die Erfordernisse des Datenschutzes beachtet indem zuvor sämtliche Felder, welche die Identifikation eines Patienten ermöglichen könnten, aus der Datenbank entfernt werden. Jede Klinik bekommt nach der Auswertung von der GRVS mitgeteilt, wo sie mit ihren Leistungen im Vergleich zu allen anderen steht. Derzeit zeichnet sich ab, dass sich nahezu alle Kliniken, die qualifiziert gastroenterologische Rehabilitation anbieten, an MEGAREDO beteiligen werden, so dass die Leistungen mit einem repräsentativen Spektrum verglichen werden.

Neben Klinikvergleichen sind mit den MEGAREDO-Daten jedoch auch klinikinterne Auswertungen möglich, welche die Kliniksteuerung erleichtern. In Zeiten knapper Ressourcen müssen diese so wirkungsvoll wie möglich eingesetzt werden. MEGAREDO erlaubt den Anwendern erstmals, sich einen umfassenden quantitativen Überblick über die Rehabilitations-Probleme und die erbrachten Leistungen zu verschaffen. Sie wissen z.B., wie viele Diabetiker mit welchen Folgekrankheiten pro Jahr behandelt werden. Im Längsschnitt werden Trends sichtbar, die bei der Planung zu berücksichtigen sind. Auf der Basis dieses Zahlenmaterials können die Verantwortlichen ihre personellen und apparativen Ressourcen planen. Der Einsatz von Personal und Material muss nicht mehr auf Grund subjektiver Einschätzungen und Vorlieben erfolgen, sondern kann sich an quantitativen Daten orientieren.

Die umfassende Beschreibung der zu behandelnden Probleme schließlich stärkt die Position der Kliniken bei ihren Pflegesatzverhandlungen. Ihre Forderungen können sie mit Hilfe der MEGAREDO -Daten quantitativ belegen.

Ein Vorbild für MEGAREDO war die Basisdokumentation, die in der psychosomatischen Rehabilitation seit Jahren erfolgreich eingesetzt wird (8). Die einheitliche Erfassung derselben Daten in allen angeschlossenen Kliniken hat einmalige Datenauswertungen ermöglicht, welche die Wirksamkeit der psychosomatischen Rehabilitation belegen. Von MEGAREDO versprechen sich die Autoren einen vergleichbaren Effekt. Es kann damit aufgezeigt werden, was in der gastroenterologisch/metabolischen Rehabilitation geleistet wurde und wofür die Versichertengelder ausgegeben wurden.

3.3 Nutzen für Wissenschaft und Forschung

In der gastroenterologischen Rehabilitation finden sich Patienten mit sehr seltenen Erkrankungen in einer Frequenz, die auch in hochqualifizierten Universitätskliniken nicht anzutreffen ist. Hämochromatose, Morbus Wilson, Kurzdarm-Syndrom, pankreopriver Diabetes mellitus sind nur einige Beispiele. Der Zusammenschluss von Daten aus allen gastroenterologischen Rehabilitations-Zentren in Deutschland eröffnet die Möglichkeit zur Beantwortung vielfältiger Forschungsfragestellungen, insbesondere auch sozialmedizinischer Natur, die klassischerweise eher zu kurz kommen.

4 Aufwand

4.1 Aufwand für den Patient

Das Ziel, den Arbeitsaufwand für das Klinikpersonal zu minimieren, konnte nur dadurch erreicht werden, dass den Patienten ein erhöhter Arbeitsaufwand zugemutet wird. Sie müssen etliche Fragebogenseiten mehr ausfüllen als bisher. Die Arbeitsgruppe war jedoch

der Meinung, dass dieser Mehraufwand für die Patienten vertretbar ist. Zu bedenken gilt dabei jedoch, dass neben dem reinen Zeitbedarf auch psychische Kosten entstehen.

Kommt der Patient in die Klinik, kennt er seinen dort behandelnden Arzt in aller Regel nicht. Die Arzt-Patient-Beziehung muss zunächst aufgebaut und gefestigt werden. Daher kann der Patient noch kaum einschätzen, ob er dem Arzt vertrauen kann oder nicht. Außerdem weiß er nicht, in wessen Hände die Fragebögen gelangen. Sich diesen, ihm zunächst unbekannt Personen sofort schriftlich selbst zu offenbaren kann den Patienten, insbesondere bei tabuisierten Themenbereichen wie z.B. Alkoholkonsum, in einen Konflikt stürzen. Ist er offen, macht er sich verwundbar und nimmt möglicherweise Nachteile in Kauf. Verschließt er sich, kann ihm vielleicht nicht richtig geholfen werden. Die noch unsichere und lockere Arzt-Patient-Beziehung zu Beginn der Rehabilitation kann dazu führen, dass die Validität der Angaben fraglich ist bzw. Fragen unvollständig beantwortet werden.

4.2 Aufwand für den Arzt

4.2.1 Auswahl der Fragebögen

Sofern sich die Diagnosen nicht alle bereits aus dem Rehabilitations-Antrag ergeben, hat der Arzt beim Aufnahmegespräch zu entscheiden, welche Module von MEGAREDO eingesetzt werden. Den Ausdruck noch nicht vorbereiteter Module hat er zu veranlassen und diese gegebenenfalls in einer zweiten Sitzung mit dem Patienten auszufüllen.

Das bisherige Vorgehen bei der Anamneseerhebung ändert sich in vielen Kliniken durch die Einführung von MEGAREDO grundlegend. Anstatt nach seinen eigenen Gewohnheiten Fragen zu stellen und anschließend einen frei formulierten Text zu diktieren, muss sich der Arzt an das von MEGAREDO vorgegebene Schema halten. Frei zu formulieren sind nur noch die Teile der Anamnese, die nicht in MEGAREDO enthalten sind. Anfangs ist dieses Vorgehen sicher mit Umstellungsschwierigkeiten behaftet. Die Autoren gehen jedoch davon aus, dass sich in der Bilanz nach einer Umstellungsphase eher eine Arbeitszeiterparnis ergibt, da das Diktieren eines Großteils der Anamnese entfällt.

Die bei der Anamnese eingesparte Zeit wird unter anderem dafür benötigt, um dem Patienten die Erkenntnisse mitzuteilen, die aus seinen Fragebögen gewonnen wurden. Für die Arzt-Patient-Beziehung ist die Transparenz essentiell, soll kein Misstrauen entstehen.

4.3 Aufwand für die Pflegekräfte

Einige Patienten werden sicher Schwierigkeiten beim Ausfüllen der Bögen haben. Die Autoren haben sich zwar große Mühe gegeben, die Items allgemeinverständlich zu formulieren und die Fragebögen so zu gestalten, dass sie leicht ausgefüllt werden können. Auf Grund der Ergebnisse einer Pilotstudie wurden die Formulare noch einmal verbessert. Verständnis- oder Sprachschwierigkeiten werden sich dennoch kaum vermeiden lassen. In den meisten Fällen wird es Aufgabe des Pflegepersonals sein, diesbezügliche Fragen mit dem Patienten zu klären.

Ganz entscheidend für den Nutzen der Basisdokumentation ist ein möglichst vollständiger Rücklauf der ausgegebenen Fragebögen. Zwar ist es mit Hilfe des Programms möglich zu erkennen, welche Bögen zwar ausgeteilt, jedoch noch nicht eingegeben worden sind. Die Patienten darauf anzusprechen und sie um die Abgabe ihrer Bögen zu bitten, wird jedoch ebenfalls Aufgabe des Pflegedienstes sein.

4.4 Aufwand für den Schreibdienst

Aufgabe des Schreibdienstes ist es, möglichst bereits vor Anreise des Patienten die zentralen Module vorzubereiten und auf Station zu geben. Hierzu zählen das Basis-Modul und die krankheitsspezifischen Teile, die nach Aktenlage erforderlich sein werden. Ziel muss es sein, diese Module bereits beim Aufnahmegespräch vorbereitet zu haben. Wird erst bei der Aufnahme des Patienten erkannt, dass ein weiteres Modul erforderlich ist, vergeht nicht nur wertvolle Zeit, sondern es ist auch ein weiterer Patientenkontakt nötig.

Nachdem Arzt und Patient die Fragebögen ausgefüllt haben, müssen die Daten vom Schreibdienst in die Datenbank eingegeben werden. Ergebnis dieser Arbeit ist das Problemlblatt, auf dem die wichtigsten Angaben übersichtlich zusammengefasst sind. Dateneingabe und Ausdruck des Problemlblatts sind ebenfalls Aufgabe des Schreibdienstes. Dieser zusätzliche Arbeitsaufwand wird jedoch kompensiert durch die Einsparung von Arbeitszeit für das Schreiben der Anamnese und des Entlassberichts. Aus den Fragebogendaten können mit Hilfe sogenannter Makros Freitexte erzeugt werden, welche Teile der bisherigen Anamnese ersetzen und in den Entlassungsbericht übernommen werden können (7).

4.5 Aufwand für die klinikbezogene Auswertung

Eine detaillierte Auswertung der Daten einer einzelnen Klinik ist von der GRVS nicht vorgesehen, jedoch ohne weiteres möglich. Wenn dieser zusätzliche Nutzen aus der Datenbank gezogen werden soll, wird ein Statistikprogramm wie z. B. SPSS, SAS oder Systat benötigt, da MEGAREDO die Daten zwar speichern, jedoch nicht statistisch auswerten kann. Statistische Kenntnisse und Fertigkeiten in der Bedienung dieser Programme müssen hierfür in der Klinik vorhanden sein oder eingekauft werden.

4.6 Nutzen für die Kunden

Rehabilitationskliniken haben in der Regel drei Kunden: Den Patienten, seinen Hausarzt und den Kostenträger. MEGAREDO soll letztlich dazu dienen, den Nutzen der Rehabilitation für ihre Kunden zu erhöhen. Die Autoren sind der Überzeugung, dass sich dieses Ziel durch das neue Basisdokumentationssystem erreichen lässt, da eine umfassende strukturierte Datenerhebung erfolgt, die einen Leistungsvergleich zwischen verschiedenen Anbietern ermöglicht, welche der Qualitätssicherung dient.

Literatur:

- (1) Bauer U. Entwicklung eines Fragebogeninventars zur Erfassung von behandlungsrelevanten Problemen und Zielen von Diabetikern. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Otto-Friedrichs-Universität Bamberg 1994
- (2) Ewing JA. Detecting Alcoholism. The CAGE Questionnaire. JAMA 1984, 252 (14), 1905 – 1907
- (3) Gerdes N, Jäckel W. „Indikatoren des Reha-Status (IRES)“ – ein Patientenfragebogen zur Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit und –erfolg. Die Rehabilitation 1992, 31, 73-79
- (4) Herschbach P, Henrich G. Probleme und Problembewältigung von Tumorpatienten in der stationären Nachsorge. Psychotherapie Psychosomatische Medizin Medizinische Psychologie 1987, 37, 185 - 192

(5) Eypasch E, Wood-Dauphinée S, Williams JI, Ure B, Neugebauer E, Troidl H. Der Gastrointestinale Lebensqualitätsindex (GLQI). Ein klinimetrischer Index zur Befindlichkeitsmessung in der gastroenterologischen Chirurgie. Chirurg 1993, 64, 264-274

(6) Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht, Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 1997

(7) Pollmann H. Einbindung der Basisdokumentation Megaredo in die Klinikorganisation. In diesem Heft

(8) Zielke M. Basisdokumentation in der stationären Psychosomatik. In: Zielke M & Sturm J (Hrsg.) Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union 1994, 995 - 1007