

Auswirkungen des Computereinsatzes im Krankenhaus

Krankenverständnis — Pflege des Patienten — medizinische
Forschung — Thesen zu ausgewählten Aspekten

In seinem Aufsatz »EDV in der Pflege: Krise einer beruflichen Identität« (Argument-Sonderband 141, 1986, 97ff.) nimmt C. Ohm eine sogenannte »Informationskrise« im Krankenhaus zum Ausgangspunkt für die EDV-Anwendungen im Krankenhaus. Eine überproportional angewachsene Datenlawine in allen Bereichen des Krankenhauses dränge sozusagen darauf, daß die Information und Kommunikation durch elektronische Techniken rationalisiert werden. Ohm sieht in den elektronischen Informations- und Kommunikationstechniken eine Grundlage für die »Vergesellschaftung« von Information, die allerdings auch, und das sei zu kritisieren, privat angeeignet werden könne. Pflegekräfte sollten daher einen »Datenschutz von unten« betreiben und sich bezüglich der EDV weiterqualifizieren, um nicht zum Handlanger anderer EDV-Nutzer im Krankenhaus zu werden.

Demgegenüber wäre m.E. die Triebfeder des EDV-Einsatzes woanders zu suchen als in den Arbeits- und Kommunikationsstrukturen im Krankenhaus. Die reale Elektronisierung der Informationsverarbeitung strebt keineswegs naturwüchsig eine »Vergesellschaftung« von Information an, wie es beispielsweise auch vom Bundespostministerium bezüglich der Neuen Medien behauptet wird. Die absehbaren realen Entwicklungen sind auch von ihren technischen Resultaten her nicht mit einer Verbesserung der Krankenversorgung oder der Situation des Pflegepersonals gleichzusetzen. Von daher müßte die Auseinandersetzung von Krankenhausbeschäftigten mit der EDV in ihrem Arbeitsbereich einen wesentlich umfangreicheren und kritischeren Charakter haben, als sich zu motivieren, Computerkenntnisse zu erwerben.

Im folgenden sollen ausgewählte Aspekte des Computereinsatzes im Krankenhaus in Thesenform beleuchtet werden, um die beginnende Diskussion zu diesem Thema fortzusetzen.

1. Die Einführung von EDV in den engeren medizinischen Bereich und in die Pflege stellt sich aus guten Gründen schwieriger dar als in den anderen Bereichen des Krankenhauses. So kann die Tätigkeit der Verwaltung und der zentralen Dienste mit Hilfe der EDV quasi bruchlos

unterstützt werden, weil die dort anfallenden Daten und Teilaufgaben so beschaffen sind, daß sie sich ohne weiteres durch den Computer verarbeiten lassen bzw. durch ihn zu lösen sind. Das Interesse und die Zielsetzung der Krankenhausverwaltung bzw. die Funktion, die ihr die aktuelle Krankenhauspolitik zuweist, »verlangen« tatsächlich nach technischer Rationalisierung der Arbeit. Dagegen stellt sich das Verhältnis vom Computer und Behandlung bzw. Pflege zur Zeit eher umgekehrt dar. Aus diesen Bereichen selbst wird kaum ein Verlangen nach EDV laut, sondern von seiten der Computertechnologie bzw. durch Kräfte, die die Anwendung dieser Technik verbreitern wollen, wird nach Einstieg gesucht, die EDV auch im Medizinalbereich attraktiv zu machen.

2. Ein Angebot an Computertechnologie für den Medizinalbereich müßte, wenn aus diesem Sektor selbst kaum ein Bedürfnis artikuliert wird, von anderen Krankenhausbereichen nachgefragt werden, die damit auch den maßgeblichen Einfluß auf die konkrete Ausgestaltung der eingesetzten EDV-Systeme haben. Begünstigt durch die neuere Krankenhausfinanzierungsgesetzgebung läßt sich in diesem Zusammenhang ein gesundheitspolitisch gewolltes Bestreben der Krankenhausverwaltungen feststellen, nicht nur die anfallenden Kosten undifferenziert zu verwalten, sondern eine Stufe tiefer in das Krankengeschehen einzudringen. Gemeint ist, daß man versucht, die verschiedenen im Krankenhaus erbrachten Leistungen selbst quantitativ und qualitativ zu erfassen. Man will wissen, *wie* krank der Patient ist und *was* bei ihm *genau* unternommen wurde. Man möchte erfahren, *welche* Leistungen ein Dienst, eine Fachabteilung, eine Station oder ein Mitarbeiter tatsächlich in welchem Zeitraum erbringt. Der Zweck dieses Unterfangens liegt natürlich darin, die im Krankenhaus entstandenen Kosten zurückzuverfolgen, um sie gezielt reduzieren zu können oder sie z.B. gegenüber den Krankenkassen zu rechtfertigen. Angemerkt sei, daß der Krankenhausträger ggf. kaum darauf verzichten wird, die Leistungserbringung betriebswirtschaftlich zu »optimieren«, um Material- und vor allem Personalkosten einzusparen.

In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage nach dem Patientendatenschutz, wenn die patientenweise gespeicherten Verwaltungs- und medizinischen Daten in einem integrierten Krankenhausinformationssystem von allen Krankenhausbereichen ausgewertet werden können. Die Landesdatenschutzbeauftragten fordern deshalb auch die »informationelle Abschottung« von Verwaltung und ärztlichem Bereich.

3. In der *Praxis* findet das Eindringen der EDV in den Medizinalbereich also auf Drängen der Krankenhausverwaltung statt, und dies auf

der Grundlage vorausgesetzter gesundheitsökonomischer Zielsetzungen, die die Ausweitung des marktwirtschaftlichen Prinzips im Gesundheitswesen anstreben. Wenn aber primär ökonomische Interessen zu einer bestimmten Auslegung der EDV im Krankenhaus führen, dann kann der Computereinsatz durchaus im Widerspruch zu den professionellen Zielsetzungen der beteiligten heilenden bzw. helfenden Berufsgruppen im Krankenhaus stehen. Computeranwendungen, die zur Verbesserung der Behandlung und Pflege der Patienten beitragen, könnten ganz anders ausgestaltet sein. Solche Vorstellungen sind zur Zeit kaum entwickelt. *Ihre* praktische Umsetzung könnte durchaus auch eine Erhöhung der anfallenden Kosten und der Personalintensität bedeuten. Aus dem Interesse der helfenden Berufe heraus muß sich eine Computeranwendung in der Praxis als sinnvoller Fortschritt in der Patientenbetreuung erweisen. Was nicht ausschließt, daß dann Arbeitnehmerinteressen trotzdem noch negativ berührt werden.

4. Die sich heute abzeichnenden Computeranwendungen im Medizinbereich sind in ihren wesentlichen Merkmalen jedoch kritisch zu betrachten. Einige Punkte seien hier angeführt.

In welchem Umfang ist Pflegetätigkeit standardisierbar?

Um die Pflegetätigkeit für die EDV »greifbar« zu machen — mit welchem Ziel auch immer —, ist es erforderlich, sie zu standardisieren. Bisher werden meist im Rahmen manueller Pflegedokumentationen sogenannte Pflegekategorien (1 bis 4) gebildet und festgehalten, die angeben sollen, wie intensiv der Patient gepflegt werden muß. Die Skala reicht von einem Patienten, der aufstehen und sich selbst versorgen kann, bis zu einem Intensivpflege-Patienten. Mit Hilfe dieser Kategorien lassen sich in erster Linie Rückschlüsse auf die notwendige *Personalintensität* ziehen, wenngleich die Kriterien für die Zuordnung des einzelnen Patienten zu einer der Kategorien noch aufzustellen sind. Die von der Pflege festgehaltenen Pflegekategorien dienen damit, wenn sie EDV-mäßig verarbeitet und mit Personaldaten verknüpft werden, der betriebswirtschaftlichen Optimierung des Personaleinsatzes und haben im Rahmen des Pflegeprozesses keine Bedeutung.

Rückschlüsse darauf, *welche* Pflegetätigkeit beim jeweiligen Patienten auszuführen ist, erlauben die genannten Pflegekategorien jedoch nur sehr eingeschränkt. Dazu wäre nämlich das Gesamtspektrum pflegerischer Tätigkeit in einzelne Teile zu zerlegen, die sich sozusagen als Bausteine beschreiben lassen (qualitativ und vom Zeitaufwand her) und sich abhängig von Krankheit und Zustand des jeweiligen Patienten

ständig wiederholen. Geeignete Grundlage für eine solche »Systematisierung« der Pflege kann aus informatischer Sicht die manuelle Pflegedokumentation darstellen.

In einem bestimmten Rahmen ließen sich diese »Pflegebausteine« selbst auch in Gestalt von Parametern individualisieren. Sehr viele Anteile der Pflege sind aber deshalb nicht standardisierbar, weil sie von der *persönlichen* Kenntnis des Patienten abhängen. Die Beziehung zum Patienten selbst bestimmt hier die Pflege Tätigkeit und nicht nur das Wissen um seine »Krankheitsdaten«. Diese wesentlichen Momente von Pflege Tätigkeit sind EDV-mäßig nicht beschreibbar.

Man müßte also die Pflege in standardisierbare und nicht standardisierbare Anteile unterteilen. An dieser Stelle wird deutlich, daß eine solche Aufteilung weniger mit den Möglichkeiten und Grenzen der EDV zu tun hat, als damit, welches Konzept von Pflege verfolgt wird. Bei einem ganzheitlichen Pflegekonzept werden die standardisierten Anteile schrumpfen und auch nicht so kompliziert sein, als daß man sie nicht mit geringen manuellen Hilfsmitteln festhalten könnte. Eine Ausweitung von standardisierten Pflegeanteilen führt dagegen zu einer Entwicklung in Richtung Funktionspflege, weil nur dann arbeitsorganisatorisch bedingte strenge Tätigkeitsabgrenzungen notwendig werden.

Leidet die Kommunikation mit dem Patienten?

Eines der Hauptelemente in der Pflege, aber auch in der medizinischen Behandlung, sollte die Kommunikation mit dem Patienten sein. Im Gegensatz zu einer Situation, in der der Patient bewußtlos ist und wo das helfende Personal notwendige Informationen wohl kaum im Gespräch, sondern u.a. über technische Hilfsmittel erhält, kommt es während der »normalen« Betreuung auf das persönliche Gespräch mit dem Patienten über seine persönliche Lage und seine Bedürfnisse an.

Wenn nun aber Krankheits- und Pflegedaten nicht nur über EDV erfaßt sind, sondern sich die Stationsarbeit im wesentlichen tatsächlich auch auf diese Daten stützt, besteht vereinfacht gesprochen die Gefahr, daß das Personal eher mit den EDV-Daten und -Anweisungen »kommuniziert« als mit dem Mensch Patient. Nicht daß der Patient dann »gläsern« ist spielt in diesem Zusammenhang eine Rolle, sondern daß er quasi »verdoppelt« ist. Eine Hinwendung zum »Computer-Abbild« *kann* — und auf der Station ist die Situation eben anders als im Operationsaal — zugleich eine Abwendung vom »Patienten-Original« bedeuten.

Unterstützung beim Pflegepersonal oder Enteignung von Erfahrungswissen und Dequalifizierung?

Auch wenn sich das Tätigkeitsbild einer Krankenpflegekraft schon dann verändern wird, wenn die bisher manuell geführten Aufzeichnungen jeder Art durch EDV ersetzt werden, so ist damit noch lange nicht das Ausmaß möglicher Veränderungen an die Qualifikationsanforderungen bei einer weitergehenden Computerisierung der Pflege gekennzeichnet. Zunächst *kann* sich — wenn man den Rationalisierungseffekt hier nicht betrachtet — die Übertragung von Papier- und Organisationsarbeit auf EDV als Entlastung und Unterstützung der im Rahmen eines Pflegeprozesses vorzunehmenden Schritte darstellen. Wenngleich die Vorteile einer EDV-Dokumentation gegenüber einer manuellen zumindest bei einem ganzheitlichen Pflegekonzept nicht von vornherein einleuchten und manche Schreibarbeit zunächst einmal nur durch Eintipparbeit ersetzt wird. Ziel eines weitergehenden Einsatzes von EDV ist aber das Eingreifen in die Gestaltung des Pflegeprozesses bzw. die Konzipierung des Pflegeplanes selbst.

Hatte man sich im Rahmen von Krankenpflegetheorie zu der Vorstellung von einer prozeßhaften und systematischen Krankenpflege durchgerungen und diese z.T. auch schon in die Praxis umgesetzt, so kann die Computeranwendung diese Entwicklung nutzen, indem Pflegeprozesse, -planungen und -erfahrungen von der EDV »erlernt« werden. Vorausgesetzt die Pflegeetätigkeiten sind entsprechend standardisiert und die Pflegeverläufe schematisiert, kann der Computer auf der Grundlage einzugebender Ausgangsdaten über den Patienten Vorschläge zum Pflege- und Therapieverlauf ausgeben. Würde ein solches Modell praktiziert, müßten möglichst viele Pflegeerfahrungen vom Computer verwertet werden und gingen auf der anderen Seite als Qualifikationsanforderungen an die Pflegekraft verloren. Pflegeetätigkeit wäre wieder auf die *Ausführung* bestimmter Arbeiten beschränkt, kaum daß begonnen wurde, sie um Planungs- und Konzeptionskompetenzen zu erweitern und zu bereichern.

In welche Richtung entwickelt sich das Krankheitsverständnis?

Die vielfach als Vorteil angesehene Möglichkeit für die behandelnden Ärzte, durch Anwendung von EDV in verschiedenen Bereichen der Patientenversorgung »auf Knopfdruck« alle gewünschten Informationen über den Patienten (Werte, Beobachtungen, Therapie ...) sowohl in der aktuellen Form als auch in der Zeitreihe zu erhalten, birgt aber auch die Gefahr nicht erwünschter Entwicklungstendenzen im Krankheitsver-

ständnis. Die Vorteile einer aktuellen, systematisch geordneten und an *einem* »Ort« zusammengefaßten Gesamtinformation über den Patienten für den Arzt liegen auf der Hand. Die Fehlentwicklungsmöglichkeiten bestehen in den Verselbständigungstendenzen eines solchen Informationssystems. Es könnte sich so die Praxis einschleichen, ärztliche aber auch pflegerische Entscheidungen *nur* noch nach »Datenlage« zu treffen. Die Grundlage für eine solche Tendenz ist durch die Eigenschaften eines EDV-Systems in einer ganz anderen Qualität gegeben, als durch »verzettelte« manuelle Aufzeichnungen.

Das praktizierte Krankheitsverständnis wäre dann eines, das die (Krankheits-)Situation des Menschen als die Gesamtheit möglichst vieler sichtbarer und meßbarer Daten über den Patienten auffaßt. Dies würde eine rein naturwissenschaftlich-technische Vorgehensweise der Medizin bedeuten, die in letzter Zeit zunehmend kritisiert wird. Hinzu kommt, daß nicht alle Daten über den Patienten, z.B. Befinden, Schmerzen oder psychischer Zustand, die gleiche Qualität haben, wie etwa die Zustandswerte eines Werkstoffs, der hinsichtlich seiner Eigenschaftsveränderungen unter verschiedenen Bedingungen untersucht werden soll.

Die »neuen Möglichkeiten« der Forschung

Die Möglichkeiten der Forschung bei einem ausgebauten EDV-Patienteninformationswesen scheinen ins Unermeßliche zu steigen. Prinzipiell kann jeder Patient — mehr oder weniger anonymisiert — und jede praktizierte Therapieform ein Moment eines Auswertungsprogramms sein, in dem der Input (Therapie bis Kosten) mit dem Output (Patientenzustand) unter variierenden Voraussetzungen verglichen wird. Hier tun sich nicht nur eine Vielzahl von rechtlichen Problemen auf.

Die Pharmaforschung hätte nicht nur im Rahmen der klinischen Vorprüfung von neu angemeldeten Medikamenten, sondern auch in der »Nachprüfung« bereits zugelassener Medikamente ganz andere empirische Grundlagen, an deren Nutzung sie interessiert sein wird. Ob sie allerdings genutzt werden, um die Qualität der Medikamente zu verbessern, mag bezweifelt werden. Die Zulassungsschwelle neuer Medikamente könnte mit dem Argument schneller übersprungen werden, daß es durch die neuen Auswertungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern *nachher* möglich sei, langfristige Nebenwirkungen gesichert zu erfassen.