

KG à l'africaine

Kein «Fall» ohne saubere Krankenakte. Dass es auch anders gehen kann und muss, hat unser Geschichtsspezialist Peter Schär in Lambaréné erlebt.

Peter Schär*

Vor vier Jahren durfte ich im Albert-Schweitzer-Spital in Lambaréné im westafrikanischen Land Gabun auf Bitte des Stiftungsratspräsidenten verschiedene administrative Abläufe inklusive administratives Patientenmanagement untersuchen. Seit der Jahrtausendwende haben wir am Spital Emmental schrittweise die vollständige Leistungserfassung und die Fallcodierung eingeführt. Dafür mussten wir die Gestaltung unserer medizinischen Dokumentation stark anpassen und standardisieren. Für mich war deshalb die medizinische Dokumentation in diesem afrikanischen Spital von besonderem Interesse.

Patientenausweis «handmade»

Bereits auf den Abteilungen fielen mir diverse Kartonschachteln jeglicher Grössen auf, wo in allerlei Umschlägen verschiedene Dokumente der aktuell hospitalisierten Patienten aufbewahrt wurden. Ich habe mir darauf das Archiv der Krankengeschichten und die Art der Registratur zeigen lassen. Dabei traf mich zuerst fast der Schlag: Das zentrale KG-Archiv mit Loseblättern in instabilen Kartonschachteln wirkte alles andere als vertrauenerweckend.

Nach dem ersten Schock wollte ich wissen, wie eine Dokumentation auch Jahre später wiedergefunden werden könne. Das ginge nach fortlaufenden Nummern, lautete die Antwort. Man präsentierte mir ein Stück Karton mit Datum, Nummer sowie Name des Patienten, dass ihm beim Austritt mitgegeben wurde mit der Aufforderung, es bei einem nächsten Spitaleintritt mitzubringen.

Das Problem dabei sei aber tatsächlich, dass die meisten Personen ihre Kartontidentifikation verlören und eine gelagerte Dokumentation nicht mehr aufgefunden werden könne. Man würde dann halt einfach ein neues Dossier erstellen.

Geburtsdatum unbekannt

Ich habe dann vorgeschlagen, die Patienten nach ihrem Geburtsdatum zu registrieren und wie bei uns einheitliche Registratormappen und farbige Reiter oder Aufkleber mit dem Geburtsdatum des Patienten zu verwenden, um die Unterlagen dann so zu ordnen. Das sei schwierig, hat man mir beschieden. Viele Patienten, vor allem aus der älteren Generation, würden ihr Geburtsdatum gar nicht kennen. Sie könnten bestenfalls sagen, ob sie in einem bestimmten Jahr vor oder nach der grossen oder kleinen Regenperiode zur Welt gekommen seien.

Auch in den Gemeinden oder Bezirken seien die Bewohner nur mangelhaft registriert, wenn überhaupt. Tief im

Urwald gebe es massenhaft kleine Siedlungen, wo Leute leben würden, von denen man offiziell gar nichts wisse. Die Einwohnerzahl Gabuns von knapp zwei Millionen Personen beruht denn auch auf Schätzungen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass im weitverzweigten Urwaldgebiet nochmals eine sechsstelligen Zahl von Bewohnern lebt.

Dass die Aussagekraft der einzelnen Dossiers äusserst bescheiden ist, stört auch aus einem zweiten Grund nicht gross. Austrittsberichte mit Empfehlungen zur Nachbehandlung sind beziehungsweise wären bloss von theoretischem Wert, denn Arztpraxen gibt es ohnehin nur in der Hauptstadt Libreville. Und von so weit her kommen keine Patienten nach Lambaréné. Hier sucht man, wenn nötig, einfach wieder das Spital auf.

**Peter Schär (70) arbeitete von 1982 bis 2013 in leitender Funktion für das heutige Spital Emmental. Er ist ein versierter Kenner der Berner Spitalgeschichte.*

Bild: Peter Schär

Überzeugungsarbeit für die Codierung

Wer meint, er müsse sich über die rückständigen Buschleute ergötzen, dem sei gesagt: Bei der Einführung der vollständigen Leistungserfassung an unserem Spital lag auch einiges im Argen. Viele Verrichtungen und sogar abgegebene Medikamente waren nicht registriert. Das sei bei den Patienten der allgemeinen Abteilung unnötig, man könne die Leistungen ja doch nicht verrechnen, hiess es damals.

Bei der Einführung der ICD-Codierung mussten wir nach der Erfassung einer ersten Gruppe von Dossiers feststellen, dass unser Spital im besten Fall einen etwas höheren Case-Mix-Index

als ein Pflegeheim aufwies. Auch hier war der Grund in der unvollständigen Dokumentation zu suchen. So haben, warum weiss niemand, Meinungen vorgeherrscht, es müsse immer nur die Hauptdiagnose des Patienten festgehalten werden. Viele Unterlagen aus den Krankengeschichten wurden in den Sprechstundendossiers von Ärzten aufbewahrt und waren für eine Codierung gar nicht greifbar. Es brauchte viel Überzeugungsarbeit auf allen Stufen, um schlussendlich zu Patientendossiers zu gelangen, die allen medizinischen und rechtlichen Ansprüchen genügten.

(ps)