

Die Formulierungen im Rahmen der Gefährdungsmeldung durch den Angestelltenbetriebsrat sind in schwarzer Schrift wiedergegeben.

Die Kommentierung durch die Projektleitung erfolgt kursiv und in blauer Schrift. In der gesamten Kommentierung werden weibliche Formen aus Gründen der Textökonomie nicht immer explizit genannt. Es wird jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass alle nur in der weiblichen oder männlichen Form niedergeschriebenen Aussagen und Formulierungen selbstverständlich allen Personen gegenüber gelten

Die Gefährdung der Patientinnensicherheit begründet sich wie folgt:

Die Ursache dafür liegt einerseits daran, dass all unsere Prozesse nicht mit jenen des Krankenhausinformationssystems zusammenpassen und diese Prozesse des Programms eine schnelle und effiziente Patient:innenversorgung unmöglich machen.

Die Einführung eines neuen KIS ist ein wesentlicher Schritt für die gesamte Krankenanstaltenorganisation und bedarf großer Anstrengungen. Im Falle unseres aktuellen Projektes werden nicht nur die ASTRA Prozesse auf ein neues System transferiert, sondern auch viele – bis dato rein auf Papier geführte – Prozesse elektronisch abgebildet und damit die Qualität der Dokumentation deutlich erhöht. Auch aus rechtlicher Sicht ist die Einführung eines neuen KIS unter verschiedenen Aspekten zwingend erforderlich.

Die bestehenden medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und administrativen Prozesse in den AUVA Krankenanstalten in Verbindung mit den gesetzlich geforderten Erweiterungen (beispielsweise ELGA e-Medikation) sind in KIM abgebildet. Zusätzlich wurde in der Pflege – unabhängig von KIM - ein neues Pflegeklassifikationssystem (NANDA mit NIC/NOC) eingeführt. Auch dieses System wird nun durch KIM implementiert.

Diese Prozesse und Funktionalitäten wurden in zahlreichen gemeinsamen Besprechungen mit den AUVA Fachteams festgelegt.

Es war allen Beteiligten von Beginn an bewusst, dass die betrieblichen Erfahrungen im klinischen Alltag eine Fülle von Optimierungsmöglichkeiten aufzeigen werden. Daher wird gerade – wie bereits kommuniziert – nach der Inbetriebnahme im UKH Salzburg und im UKH Linz - eine Konsolidierungsphase realisiert. Hier fließen die entsprechenden Erkenntnisse der Anwender:innen in Optimierungsvorschläge ein, diese werden intensiv und gemeinsam mit Mitarbeiter:innen der Firma Meierhofer diskutiert und in Lösungsvorschläge übergeführt.

Grundsätzlich ist bereits an dieser Stelle festzuhalten, dass eine Gefährdung der Patient:innensicherheit auf Basis und nach Prüfung der übermittelten Vorbringungen nicht gegeben ist. Auf diese Vorbringungen wird in der Folge im Detail Bezug genommen.

Einige Beispiele dazu:

- Der Ausdruck eines Heimtransportscheines benötigt 12 Eingaben. Wird auch ein Hertransportschein benötigt, erfordert dies nochmals 12 Eingaben (früher war das mit je 2 Eingaben erledigt).

In ASTRA wurde der Transportschein mit sämtlichen gespeicherten Adressen des Patienten bzw. der Patientin ausgedruckt Anschließend wurden die nicht gültigen oder nicht relevanten Adressen handschriftlich durchgestrichen. Die für den Transport gültige Adresse wurde hingegen angekreuzt. Zudem wurden alle vom UKH Linz genutzten Transportdienste angedruckt. Hier mussten entweder alle nicht gewünschten Organisationen durchgestrichen oder alternativ die gewünschte Organisation angekreuzt werden. Weitere Informationen wurden handschriftlich auf dem Schein nachgetragen.

Das aktuelle KIM Formular und die entsprechend notwendigen Eingaben auf dem Transportschein wurden mit dem Fachteam abgestimmt und softwaretechnisch umgesetzt.

Auf Wunsch der Kanzleileitungen wurde nun allerdings Meierhofer angewiesen, den Transportschein auf den seinerzeitigen Status rückzuführen. Die Mausclicks werden somit wieder durch manuelle Ergänzungen mit Schreibgeräten ersetzt.

Eine diesbezügliche Gefährdung der Patient:innensicherheit auf Basis und nach Prüfung der übermittelten Informationen ist nicht gegeben.

- KIM und CITRIX müssen über den Tag verteilt mehrere Male heruntergefahren und neu gestartet werden. Dies ist vor allem im Bereich der Aufnahmeschalter bei wartender Patientinnenschlange sehr belastend für alle Beteiligten

Ein mehrmaliges über den Tag verteiltes Herunterfahren von KIM und CITRIX war und ist nicht notwendig. Allerdings gab es auf Anwender:innengeräten vereinzelte Fehlermeldungen, die durch Neustart der Applikation auf dem Arbeitsplatzrechner beseitigt wurden.

Eine diesbezügliche Gefährdung der Patient:innensicherheit auf Basis und nach Prüfung der übermittelten Informationen ist nicht gegeben.

- Stationäre Aufnahmen blockieren die Erstuntersuchungskabine durchschnittlich 30 Minuten lang, da vor dem Fallartwechsel gewartet werden muss, bis die Pflegeperson ihre Tätigkeiten dokumentiert hat. Wenn die Pflegekraft allerdings gerade anderwärtig beschäftigt ist, kann diese Abzeichnung nicht erfolgen. Da die Hälfte der Arbeitsschritte vor und die andere Hälfte nach dem Fallartwechsel durchgeführt

werden muss, besteht die Gefahr, dass wichtige Schritte im Arbeitsprozess, wie z. B. diverse stationäre Anweisungen, vergessen bzw. übersehen werden.

*Der Projektleitung liegen keine Informationen vor, die eine solche durchschnittliche Wartezeit bestätigen. Es wird um eine entsprechende Dokumentation ersucht. Die Pflegetätigkeiten in der Ambulanz sowie interdisziplinäre Anordnungen **vor dem Fallartwechsel** müssen tatsächlich abgezeichnet werden, da die Abzeichnung danach auf der Bettenstation, nicht mehr möglich ist. Eine entsprechende Optimierung des Prozesses wurde bereits beauftragt.*

Eine diesbezügliche Gefährdung der Patient:innensicherheit auf Basis und nach Prüfung der übermittelten Informationen ist nicht gegeben, insbesondere besteht dadurch keine Gefahr, dass wichtige Schritte im Prozess vergessen oder übersehen werden können.

- Alle Diagnosen müssen nach dem Fallartwechsel auf die stationäre Ambulanznummer „gezogen“ werden - bei Schockraumpatient:innen oder multimorbiden, älteren Patientinnen mit 15 - 20 Diagnosen kann das lange Zeit in Anspruch nehmen, da nicht einmal Dauerdiagnosen übernommen werden

Bei einem Fallartwechsel müssen Diagnosen nicht manuell übernommen werden. Es wird auf der administrativen Fallnummer weiterdokumentiert. Schockraumpatient:innen werden regelmäßig stationär aufgenommen und daher unter der gleichen Fallnummer weiterbehandelt.

Bei einer stationären Aufnahme nach dem ersten ambulanten Behandlungstag müssen die Diagnosen in den stationären Fall mit drag & drop gezielt übernommen werden. Das ist gewollt und dient insbesondere bei längerer ambulanter Versorgung der Qualitätssicherung.

Eine diesbezügliche Gefährdung von Schockraum- und/oder multimorbiden Patient:innen ist auf Basis und nach Prüfung der übermittelten Informationen nicht gegeben.

- Auch die Medikamenteneingabe ist sehr komplex, besonders bei Heimpatient:innen mit 10 und mehr Dauermedikamenten. Dieser Vorgang kann mitunter 10 - 15 Minuten dauern. Während des gesamten Prozedere kann kein/e andere/r Patientin behandelt werden, wodurch es zu extremen Wartezeiten sowohl in der Erstaufnahme sowie auch in der Nachbehandlung kommt.

Der Verordnungs- bzw. Verabreichungsprozess war bisher softwaretechnisch nicht unterstützt. Diese Umsetzung ist gerade im Zusammenspiel mit der eMedikation und der gesetzlichen Dokumentationspflicht zwingend notwendig. Gerade unter dem Aspekt der Patient:innensicherheit muss hierauf besonderes Augenmerk gelegt werden. Ein Automatismus in der Übernahme von

Medikamenten ist schon alleine aus diesem Grund ausgeschlossen.

Medikationseingaben in der oben beschriebenen zeitlichen Größenordnung erfolgend allerdings in der Regel nur bei der Aufnahme und bei der Entlassung von stationären Patienten und nicht in der Routine der ambulanten Behandlungen.

Der Medikationsworkflow ist mit Sicherheit einer der komplexesten Abläufe im Kontext des Projektes, zumal auch die Regulative der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) zu beachten sind. Weitere Optimierungen werden daher zur Zeit mit Meierhofer evaluiert.

Im Ergebnis ist die Prozesskomplexität durch die notwendige Zertifizierung des Medikationswerkzeuges als Medizinprodukt determiniert, eine diesbezügliche Gefährdung von Patient:innen ist auf Basis und nach Prüfung der übermittelten Informationen jedoch nicht gegeben.

- Die Dokumentation von Notarztpatient:innen dauern länger als die ärztliche Untersuchung. Die ärztlichen Anweisungen können jedoch erst im Nachhinein mit der Arztkennung eingegeben werden.

Es dient gerade der Patientensicherheit, dass ärztliche Anweisungen immer mit einer Arztkennung dokumentiert und freigegeben werden müssen. Die Dokumentation erfolgt naturgemäß nach der eigentlichen Intervention.

- Auch nach stattgehabter Einschulungszeit dauert die ärztliche Visite doppelt so lang wie zuvor. Die Visite zweier Bettenstationen - wie bisher - durch einen erfahrenen Kollegen der Unfallchirurgie ist an einem Vormittag nicht mehr möglich.

Die ärztliche Visite dauert länger, da

- *mehr dokumentiert wird als in ASTRA,*
- *die Abläufe in KIM noch neu sind,*
- *sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Pflegepersonen elektronisch dokumentieren und*
- *die Zusammenarbeit und die Verantwortung für bestimmte Tätigkeiten zwischen Pflege und Medizin in vielen Aspekten zu Beginn nicht klar definiert war und erst nachträglich geklärt wurde.*

Eine zeitliche Straffung wird jedenfalls angestrebt (durch Diktatworkflow partiell umgesetzt) und sollte in der weiteren Folge des Projektes realisiert werden.

Eine diesbezügliche Gefährdung von Patient:innen ist auf Basis und nach Prüfung der übermittelten Informationen nicht gegeben.

- Der Arbeitsaufwand auf den Normalstationen hat sich fast verdoppelt. Es besteht die Gefahr, Sorgfalt zugunsten der Schnelligkeit aufgeben zu müssen.

Auf der Normalstation sind nach wie vor dieselben Tätigkeiten zu erbringen, allerdings nunmehr auch im KIS zu dokumentieren. Ohne KIS müsste die Pflegedokumentation auf Papier erfolgen.

Eine diesbezügliche Gefährdung von Patient:innen ist auf Basis und nach Prüfung der übermittelten Informationen nicht gegeben.

- Laboruntersuchungen und bakteriologische Befunde müssen aktiv nach ihrer Erhebung im System gesucht und das Ergebnis eingesehen werden. Es findet kein automatischer Ausdruck und damit auch keine Wahrnehmung der Befunde durch alle Berufsgruppen statt.

KIM ermöglicht die Einsichtnahme in Laborergebnisse und einen laufenden Vergleich mit Vorbefunden. Die Laborergebnisse werden zudem weiterhin über den automatischen Ausdruck auf der Station zur Verfügung gestellt, obwohl die Untersuchungsergebnisse immer in der jeweiligen elektronischen Akte der Person einsehbar sind. Neue Befunde müssen durch die Ärztin abgezeichnet werden. Somit wird sichergestellt, dass der Befund auch tatsächlich vom behandelnden Arzt gelesen wurde.

Die Laborbefunde sind in KIM in strukturierter Form gespeichert und ermöglichen dem entsprechend eine Verlaufsdarstellung.

Eine diesbezügliche Gefährdung von Patient:innen ist auf Basis und nach Prüfung der übermittelten Informationen nicht gegeben.

Andererseits sind die Abläufe des Programms derart komplex, aber auch unausgereift sowie teilweise auch fehlerhaft, woraus sich eine potentielle Gefährdung der Patientensicherheit ergibt. Auch hier einige Beispiele zum besseren Verständnis:

- Das Zusammenspiel der Systeme KIM und RIS (Röntgen) ist sehr fehlerhaft und funktioniert oftmals nicht. So können z. B. Anweisungen leicht falsch ohne Fehlermeldung ausgewählt werden, sodass der/die Patientin nicht im RIS aufscheint. Dies führt dazu, dass stundenlange unnötige Wartezeiten entstehen.

Bei der Einführung der beiden Systeme wurden 10 – 15 Röntgen-Codes zwischen KIM und PRIMA nicht korrekt abgeglichen. Diese sind zwischenzeitlich auf RIS Seite (PRIMA) entsprechend korrigiert worden.

Dies war allerdings nicht der einzige Grund für verlängerte Wartezeiten. Diese kamen in erster Linie durch manuelle Falschreibung von EU Patienten ins NB Röntgen zustande. Allerdings ist die Person jederzeit im KIM Dashboard des NB Röntgen und des EU Röntgen vermerkt, was als wesentlicher Fortschritt im Sinne der Patient:innensicherheit zu werten ist.

Eine diesbezügliche Gefährdung von Patient:innen ist auf Basis und nach Prüfung der übermittelten Informationen somit nicht gegeben.

- Röntgenanweisungen von Salzburg sind im System hinterlegt und können ohne Fehlermeldung ausgewählt werden, dadurch erscheint der/die Patientin niemals im

RIS, Wartezeiten von 4-5 Stunden sind die Folge.

Dieser Punkt entzieht sich der näheren inhaltlichen Deutung. Die Röntgenprofile im UKH Linz wurden vom Röntgenteam UKH Linz definiert, getestet und freigegeben. Dahinter steht der AUVA-weite Röntgenkatalog.

Die hier angemerktten langen Wartezeiten kamen durch manuelle Falschreibung von EU Patienten ins NB Röntgen zustande (siehe oben).

Eine diesbezügliche Gefährdung von Patient:innen ist auf Basis und nach Prüfung der übermittelten Informationen somit nicht gegeben.

- Der Wiederbestellkalender ist aus Salzburg und Linz hinterlegt, sodass ohne Fehlermeldung ein Termin für Salzburg eingegeben werden kann.

Derzeit nicht nachvollziehbar bzw. nicht bekannt. Tests wurden veranlasst, um die zeitnahe Übermittlung eines Beispiels wird ersucht (screen shot o.ä.)

- Das System gibt keine Rückmeldung, sodass fehlerhafte Eingaben ohne Fehlermeldung möglich sind. So können z. B. ein Unfalldatum in der Zukunft oder falsche Anweisungen eingegeben werden.

Weitere Plausibilitätsprüfungen können schrittweise nach Spezifikation durch die Fachteams implementiert werden. Anweisungen müssen allerdings auch für zukünftige Termine einzutragen sein. Vor der Freigabe/Abzeichnung einer Anweisung ist die Ärztin zudem verpflichtet, diese noch einmal zu prüfen.

Die Eingabe eines in der Zukunft liegenden Unfalldatums wird nach Korrektur durch Meierhofer nicht mehr möglich sein.

Eine diesbezügliche Gefährdung von Patient:innen ist auf Basis und nach Prüfung der übermittelten Informationen somit nicht gegeben.

- Sind mehrere Tabs offen, kann es sehr leicht zur Verwechslung von Patientinnen kommen

Es kann immer nur eine Patientin bzw. ein Patient aktiv bearbeitet werden. Es ist über das Ambulanzdashboard und über die Stationsliste nicht möglich mehrere Patient:innen parallel zu bearbeiten. Ansonsten verhält sich das System bezüglich der „Karteireiter-Nutzung“ wie das OP-Management Modul MCC, das seit 2008 im UKH Linz in Betrieb ist.

Eine diesbezügliche Gefährdung von Patient:innen ist auf Basis und nach Prüfung der übermittelten Informationen somit nicht gegeben.

- Anweisungen können teilweise nicht storniert/korrigiert werden, sodass die Gefahr einer falschen Behandlung besteht.

Anweisungen sind grundsätzlich stornierbar. Jedoch besteht der Wunsch, irrtümlich oder falsch angelegte Pflegetätigkeiten sowie Pflegediagnosen ebenso stornieren zu können. Hier wurde uns von Meierhofer berichtet, dass lediglich ein **Absetzen** möglich ist. Legt man also beispielsweise irrtümlicherweise die Pflegediagnose „Sturzgefahr“ bei Person an, so kann die Pflegediagnose problemlos abgesetzt werden mit der Begründung „irrtümliche Anlage“. Ein Stornieren, sodass die irrtümlich angelegte Pflegediagnose gänzlich erlischt ist nicht möglich.

Eine diesbezügliche Gefährdung von Patient:innen ist auf Basis und nach Prüfung der übermittelten Informationen somit nicht gegeben.

- Ist ein/e Patientin im UKH verstorben, verschwinden die Daten aus dem System bzw. sind nicht mehr abrufbar

Dieser Fehler ist mittlerweile korrigiert. Die Daten waren im System jederzeit vorhanden, jedoch war der Zugriff durch die KIS-Anwender:innen nicht mehr gegeben. Es wurde mit dem UKH Salzburg und dem UKH Linz eine Vorgehensweise abgestimmt, so dass dieser Fehler noch vor Korrektur durch Meierhofer nicht mehr auftrat.

Eine diesbezügliche Gefährdung von Patient:innen kann auf Basis der übermittelten Informationen naturgemäß nicht gegeben sein.

- Die Pflegeplanung ist teilweise sehr unübersichtlich, aufwendig und erfordert viel Zeit

Die Pflegeplanung ist nach den Vorgaben des Pflegefachteams gemäß Pflegeklassifikationssystem NANDA umgesetzt worden. Mit der Inbetriebnahme von KIM und der gleichzeitigen Implementierung des neuen Pflegeklassifikationssystems ist tatsächlich ein erhöhter Zeitaufwand verbunden. Aus diesem Grund wurden sogenannte Behandlungsplanvorlagen als Optimierungsthema bei Meierhofer gemeldet. Dazu muss das entsprechende Softwarewerkzeug auf Ebene der Aktivitäten (ein Teil der pflegerischen Interventionen) neu programmiert werden, sodass die Erstellung von Behandlungsplanvorlagen zur Erleichterung der Arbeit erfolgen kann.

Die Übersichtlichkeit bzw. Vollständigkeit der Pflegeplanungsmasken kann zusätzlich schrittweise verbessert werden. Einerseits wird der Pflegeplan nicht in allen Details dargestellt, andererseits kommt es bei Tätigkeiten, die über mehr als drei Textzeilen beschrieben sind zu fehlerhaften Darstellungen. In solchen Fällen kann der Text allerdings mit „mouse over“ vollständig gelesen werden.

Eine diesbezügliche Gefährdung von Patient:innen ist auf Basis und nach Prüfung der übermittelten Informationen somit nicht gegeben.

- Dokumentationen in die Zukunft sind ohne Fehlermeldungen möglich

Die Plausibilitätsprüfungen für bestimmte Eingabefelder werden schrittweise ergänzt werden, sodass irrtümlich erfolgte sinnfreie Eingaben zukünftig weniger leicht möglich sind. Es ist jedenfalls festzuhalten, dass aus dem professionellen Berufsverständnis der handelnden Personen hervorgeht, dass „Dokumentationen in die Zukunft“ unterlassen werden.

Im Bereich der Medikation ist eine solche Dokumentation in die Zukunft bereits jetzt nur eingeschränkt möglich. Medikamente können maximal 2 Stunden im Voraus abgezeichnet werden. Allerdings lässt es das System zu, dass Medikamente mehr als eine Dienstlänge (12,5 Stunden) in die Vergangenheit reichend abgezeichnet werden können. Dieses Problem wurde Meierhofer bereits gemeldet.

Eine diesbezügliche Gefährdung von Patient:innen ist auf Basis und nach Prüfung der übermittelten Informationen somit nicht gegeben.

- Beim Medikamententool kann es leicht zu Verwechslungen kommen. Die Dosierungsinformationen weisen die wichtigen Informationen nicht vordergründlich aus, Packungsgrößen sind nicht ersichtlich

Hier ist zunächst zwischen Hausmedikation im UKH und Rezepterstellung bei Entlassung zu unterscheiden.

In der klinischen Dokumentation ist die Packungsgröße irrelevant. In der Rezepterstellung bei Entlassung gibt es allerdings Optimierungsbedarf in der Darstellung der Packungsgröße während der Medikationsauswahl. So kann es sein, dass ein Medikament zweimal – da verfügbar mit unterschiedlichen Packungsgrößen – aufgelistet wird.

Auf den Rezepten selbst wird die Packungsgröße des ausgewählten Medikamentes korrekt angedruckt.

Eine diesbezügliche Gefährdung von Patient:innen ist auf Basis und nach Prüfung der übermittelten Informationen somit nicht gegeben.

- Bei der Dokumentation der Medikamentendosierung kann es leicht zu Fehlern kommen

Im Bereich der Medikation könnten softwareseitige Änderungen vorgenommen werden, die bestimmte Hausspezifika abbilden. Ein Beispiel wäre die bisher gewohnte Notation „1/3 Trittico 150 mg“ anstelle von „0,33 Trittico 150 mg“. Dies ist allerdings ein interdisziplinäres Thema, welches von Ärztinnen, Pflege und Meierhofer gemeinsam behandelt werden muss. Ein Termin mit der für das Medikationstool zuständigen Mitarbeiterin von Meierhofer wird vorbereitet.

Eine diesbezügliche Gefährdung von Patient:innen ist auf Basis und nach Prüfung der übermittelten Informationen nicht gegeben.

- Medikamente, die angeordnet und von der Pflege bestätigt wurden, können am selben Tag nicht mehr geändert werden

Dem ist nicht so. Der Sachverhalt stellt sich wie folgt dar.

Die Pflegepersonen dispensieren am aktuellen Tag die Medikamente für den folgenden Tag. Somit sind die Medikamente für den Folgetag in KIM als „gestellt“ und „kontrolliert“ gekennzeichnet. In Vitro befinden sich die Tabletten für den Folgetag in einem Dispenser. Falls eine Änderung der Medikation erfolgt, muss in KIM das Häkchen „gestellt“ und „kontrolliert“ entfernt werden. Ist dies erfolgt, so können Änderungen von Seiten des Arztes vorgenommen werden. In Vitro muss das abgesetzte oder geänderte Medikament aus dem Dispenser entnommen und entsprechend verworfen oder geändert (z.B. halbiert) werden.

Eine diesbezügliche Gefährdung von Patient:innen ist auf Basis und nach Prüfung der übermittelten Informationen nicht gegeben. Das Softwarewerkzeug zur Medikation ist ein zertifiziertes Medizinprodukt, die wesentlichen Prozessschritte sind vorgegeben.

- Bei der Übernahme von der Intensivstation auf die Normalstation müssen alle Medikamente einzeln vom unfallchirurgischen Arzt in das KIM eingespielt werden, es kann dabei nicht garantiert werden, dass die von COPRA vorgeschlagene Medikation vollständig ist

Im Gegenteil. Eine wichtige Verbesserung im Bereich der Patientensicherheit erfolgte durch die Inbetriebnahme von KIM in Verbindung mit der elektronischen Schnittstelle zwischen KIM und COPRA. Die Übergabe von Medikationsdaten erfolgt nun nicht mehr auf Ausdrucken bzw. durch händischer Übertragung in die Fieberkurve. Es wird nun immer eine vollständige Liste aller aktiven Verordnungen - wechselseitig in KIM und COPRA – im System angezeigt. Die Ärztin bzw. der Arzt sieht in dieser Liste alle aktiven Verordnungen und kann diese im Medikationstool entsprechend aktivieren.

In einem nächsten Schritt ist– über den reinen Verordnungstext hinausgehend - die Entwicklung und Einrichtung einer strukturierten Übermittlung der Verordnungsdaten zwischen beiden Systemen geplant. Diese Form der Übermittlung bedarf allerdings einer engen Abstimmung beider Softwarelieferanten, der entsprechende Entwicklungsaufwand ist erheblich.

Eine diesbezügliche Gefährdung von Patient:innen ist auf Basis und nach Prüfung der übermittelten Informationen nicht gegeben, die Patientensicherheit konnte durch Einrichtung einer Schnittstelle sogar erhöht werden.

- In der Fallansicht ist der verantwortliche Operateur nicht ersichtlich, als Hauptdiagnose erscheint oftmals nicht die behandlungsdringende Diagnose

Falls die behandlungsdringende Diagnose nicht als Hauptdiagnose gekennzeichnet, liegt (vermutlich) ein Kodierfehler vor. Die Hauptdiagnose kann jedoch jederzeit durch den behandelnden Arzt angepasst werden.

- Die Anzeige ist sehr klein, weite Teile des Bildschirms enthalten nicht relevante Informationen. Es öffnen sich zahlreiche Reiter. Anordnungen können leicht beim falschen Patienten eingetragen oder falsche Anordnungen durch Falschklicks getroffen werden.

-

Der Aufbau der Masken wurde mit dem interdisziplinären Kernteam gemeinsam mit Meierhofer definiert. Sollten nicht relevante Informationen dargestellt werden, so kann dies über die Key User der jeweiligen Häuser gemeldet werden. Diese Meldungen werden im Projektteam bearbeitet.

Es ist der Projektleitung kein Fall bekannt, indem Anordnungen beim falschen Patienten eingetragen oder beinahe eingetragen wurden. Ebenso wenig ist der Projektleitung ein Fall bekannt, indem falsche Anordnungen durch Falschklicks beim Patienten freigegeben wurden.

Eine diesbezügliche Gefährdung von Patient:innen ist auf Basis und nach Prüfung der übermittelten Informationen nicht gegeben.