

e-Health-Congress in Zürich, 18.–20. Oktober 2001

«Elektronischer Datenaustausch – Zwischen Vision und Illusion»



Heinz Bhend

Résumé: J'ai assisté, en tant que délégué de la SGAM, au premier congrès sur l'«e-Health» qui s'est tenu du 18–20 octobre sous l'égide de l'hôpital universitaire de Zurich. Le but de cette manifestation était d'une part de faire le point sur les possibilités actuelles d'échange de données électroniques dans le domaine de la santé et d'autre part d'esquisser les visions d'avenir. De nombreuses visions ont été présentées. Presque tout est techniquement faisable – jusqu'au dossier médical géré centralement. Le médecin de premier recours aurait le rôle d'«informationsgatekeeper». La digitalisation a un sens si elle permet d'améliorer la qualité et de faciliter les processus administratifs. Je n'ai pu m'empêcher d'avoir l'impression que l'on a plutôt commencé à rechercher des applications possibles pour les nouvelles techniques plutôt que d'abord réfléchir sur les besoins et ensuite sur les solutions techniques envisageables. Il me semble illusoire qu'un dossier médical centralisé sur un serveur permette d'éviter des examens redondants et d'accélérer la transmission des rapports au médecin traitant. L'économie des coûts prophétisée par la mise en réseau complète des données me semble également une vue de l'esprit, ne serait-ce qu'en raison des coûts exorbitants en matériel, logiciels, en dispositifs de protection des données et de sécurité pour créer et entretenir un tel réseau. Un remplacement de l'art médical par l'«e-Healthcare» n'est pas à craindre, mais des évolutions dans la communication électronique sont inéluctables pour les médecins de premiers recours également. Il est important que la SGAM se manifeste et contribue à l'élaboration de l'«e-Healthcare».

Zusammenfassung: Als Delegierter der SGAM besuchte ich den ersten e-Health-Congress, der vom 18.–20. Oktober unter dem Patronat der Universitätsspitals Zürich stattgefunden hat. Die Intention des Anlasses war neben einer Standortbestimmung die Skizzierung von Zukunftsvisionen für den elektronischen Datenaustausch im Gesundheitswesen. Viele Visionen wurden präsentiert. Technisch ist beinahe alles möglich – bis hin zu zentral verwalteten Patientendossiers. Dem Grundversorger wird eine neue Rolle als «Informationsgatekeeper» zugedacht. Digitalisierung macht Sinn, wenn sie zur Qualitätsförderung und Erleichterung der administrativen Prozesse eingesetzt wird. Ich konnte mich des Eindrucks aber nicht erwehren, dass wohl mehr davon ausgegangen wird, was möglich ist, als von dem, was nötig und zweckmässig ist. Dass durch einen KG-Server Doppeluntersuchungen vermieden werden könnten und Berichte schneller beim Hausarzt wären, dürfte wohl eine Illusion sein. Ebenso bleiben für mich die durch eine totale Vernetzung prophezeiten Kosteneinsparungen ein Wunschdenken, da ein enormer Mehraufwand für Software, Datenschutz und Sicherheitstechnologie sowie Support nötig sein wird. Ein Ersatz der ärztlichen Kunst durch e-Health-Care ist nicht zu befürchten, wohl aber werden Veränderungen im Bereich der elektronischen Kommunikation auch für den Grundversorger unumgänglich sein. Es ist wichtig, dass sich die SGAM zu Wort meldet und e-Health-Care mitgestaltet.

Eine breite Unterstützung ...

Unter dem Patronat des Universitätsspitals Zürich, dem Co-Patronat der SUVA, des Schweizerischen Apothekervereins, der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Informatik und weiterer Institutionen fand vom 18.–20. Oktober 2001 der erste e-Health-Congress in Zürich statt.

... für eine Veranstaltung der Superlative

Schon im voraus war zu vermuten, dass ein Kongress der Superlative zum Thema «Elektronischer Datenaustausch im Gesundheitswesen» stattfinden soll. Der mehrseitige Hochglanz-Prospekt hat diesen Eindruck be-

stätigt, nämlich dass hier zweifellos ein grosszügiges Kongressbudget zur Verfügung stehen musste. Neben den gemeldeten 500 Teilnehmern, welche im Durchschnitt zirka Fr. 300.– (zwischen Fr. 220.– für Studenten bis Fr. 690.– für Firmenvertreter) an Kongressgebühren zu berappen hatten, haben auch namhafte Sponsoren wie Microsoft, T-System, Galexis, MediData, Johnson & Johnson usw. ihr «Scherflein» in die Kongresskasse einbezahlt.

Offenbar geht es bei diesem Thema auch um Geld, um sehr viel Geld.

Zeitgerecht war auch die Schweizerische Ärztezeitung dem Thema e-Health gewidmet. Dem Grundversorger soll auch hier eine zentrale Rolle zukommen, sieht er doch in den meisten Fällen die Patientendaten als erster: «Informations-Gatekeeper» als neuer Terminus im Pflichtenheft des Allgemeinpraktikers!

Der Kongress – eine Standortbestimmung

In Plenarvorträgen wurden praktisch sämtliche Themen des weitläufigen Feldes e-Health-Care durch hochkarätige Referenten besprochen: technisch Mögliches, bisher Realisiertes, Zukunftsperspektiven, Datensicherheit, Auswirkungen auf die Patienten und die Gesellschaft (Technologiefolgenabschätzung), Patientenmanagement – bis hin zu ethischen Aspekten.

In vier parallelen Linien «Arzt und Apotheker», «Spitäler und Universitätskliniken», «International Track» und «Health-Industry» wurden den jeweiligen Vertretern und Interessenten zirka 38 Workshops angeboten. In den Pausen bot sich reichlich Gelegenheit, mit interessierten und engagierten Gesprächspartnern zu diskutieren.

Es war wohl eines der Ziele dieses Events, eine Art Standortbestimmung oder «Auslegeordnung» zu veranstalten.

Die Aussteller

Eine einzige Pharmafirma stand etwas verloren am Rande, unter anderem mit einem Blutzuckermessgerät (Speicherkapazität von zirka 100 Messungen; passende Software für den Patienten für Fr. 100.–, Profiversion für den Arzt zu Fr. 500.–).

Die Galenica-Gruppe war mit insgesamt

4 Firmen übermächtig, beinahe erdrückend präsent: «e-mediart» für das Online-Bestellen von Medikamenten und Praxisbedarf; «Triamun» mit der ASP-(d.h. Internet-)Lösung für eine Ärztesoftware, mit Hilfe welcher die MPA schon bei der Terminvereinbarung die möglichen Abrechnungspositionen «vormerken» können sollte – Business schon ab der ersten Sekunde! – wesentlich mehr als die elektronische Rezeptur mit Übermittlung der Verordnung an den Apotheker existiert hingegen noch nicht; «e-prica» aus dem gleichen Stammhaus, welche die Sicherheit durch ein «Kreditkartensystem mit differenzierter Schlüsselvergabe» gewährleisten respektive garantieren soll.

Die Callcenters «Medgate» und «Medi-24» waren ebenfalls mit Ständen und einem Referat vertreten. Medi-24 will sein Demand-Management ergänzen durch ein Disease-Management, welches einen engen Follow-up von Diabetes-, Herzinsuffizienz- und Hypertonie-Patienten ermöglichen soll. Den Patienten wird angeboten, ihre Daten (BD, BZ und Gewicht) online oder via Callcenter einzugeben.

Die bisherigen Erfahrungen von Medi-24 seien sehr positiv: $\frac{2}{3}$ der Patienten würde ein Rat erteilt, der von ihrer ursprünglichen Selbsteinschätzung abweicht, und 50% hielten sich an den Triageentscheid. Medi-24 kennt 5 Triagestufen:

1. Notfallstation (eben nicht sofortige Konsultation!);
2. Arztkontakt in 2 Stunden;
3. Arztkontakt in 24 Stunden;
4. Arztkontakt in 76 Stunden;
5. kein Arztkontakt nötig.

Der Leiter von Medgate begrüßte mich mit den Worten: «Endlich einmal ein Allgemeinpraktiker» – Die Allgemeinärzte hätten Angst, dass Medgate ihnen die Patienten wegnehmen würde. – Dies sei aber nicht so ...! – Im Gegenteil usw. ... – Der Werbeprospekt erzählt drei Geschichten über den segenreichen Dienst von Medgate. – Sorry, für alle diese Probleme braucht es einfach einen Hausarzt, nichts weiter. Aber offenbar sind Callcenters im Trend.

Die Teilnehmer

SpitalvertreterInnen, Versicherungs- und KassenvertreterInnen, Repräsentanten der

Health-Industry, Softwarefirmen, weitere Institutionen – praktisch das ganze Spektrum des Gesundheitswesens war präsent. Schon in den ersten Minuten habe ich festgestellt, dass nur vereinzelte Grundversorger zu finden sind und dass man diese am ehesten am Merkmal «fehlende Krawatte» erkennt.

Die Vision

Die Vision vieler Akteure ist es, dass die administrativen Daten und die Krankengeschichte (Patientendossier) des einzelnen Patienten via Internet auf einen zentralen KG-Server eingegeben werden könnten. Die relevanten Eintragungen des Hausarztes, der Spezialisten und der Spitäler sollten somit jederzeit und von überall her durch berechnete Personen abrufbar sein.

Auch der Patient könnte sein Dossier direkt einsehen und sich weitere Informationen über seine Krankheiten im Internet einholen. Technisch wäre es grundsätzlich auch möglich, dass ein Patient via Internet selber einen Termin in der Agenda des Arztes oder der Poliklinik buchen könnte.

Weitere Themen waren die elektronische Überweisung mit Übermittlung der Patientendaten zusammen mit der – sofern vorhandenen – elektronischen Krankengeschichte, sowie die Reservierung eines Spitalbettes mitsamt dem Operationstermin für den geplanten Eingriff und dem gewünschten Chirurgen inklusive.

«Vordenker» meinen, dass «der Arzt von morgen» nur mit Palm oder Handheld-PC ausgerüstet von Sprechzimmer zu Sprechzimmer oder auf Visite gehen werde.

Es wurde viel von Schnittstellen unter den einzelnen Systemen und von sicherer Datenübermittlung gesprochen. Der Datenschutz fand Beachtung durch den persönlichen Auftritt des neuen Datenschutzbeauftragten des Bundes, Herr Hanspeter Thür. Dieser ortete das Hauptproblem «in den Bestrebungen, die Daten zentral zu verwalten». Von seiner Seite sind klar zu definieren / zu garantieren:

- Die Schnittstellen (wer mit wem?);
- der Informationsfluss (welche Informationen fließen zu welchem Zweck wohin?);
- die Kontrolle;
- die Transparenz der Datenverarbeitung;
- die Freiwilligkeit des Patienten.

Die Illusion

Alles scheint gelöst oder lösbar zu sein, ... wenn nur nicht so viele Bedenken im Raum stünden. Ich konnte mich oft des Eindrucks nicht erwehren, dass wohl mehr davon ausgegangen wird, was möglich ist, als von dem, was nötig und zweckmässig ist!

Schnittstellen waren ein häufiges Thema, doch die Schnittstelle zwischen Arzt und Computer wurde kaum erwähnt. Abgesehen davon, dass ich meine Agenda nicht im Internet präsentieren möchte, würde ich mir erst dann Gedanken darüber zu machen beginnen, wenn vom Patienten elektronisch gebuchte, aber nicht eingehaltene Konsultation gleich honoriert würden, wie die tatsächlich durchgeführten. Dies zur Illustration, wie unrealistisch solche Ideen sein dürften.

Vieles tönt theoretisch schön, dürfte aber nur mit einem enormen Mehraufwand zu realisieren sein und in keiner Weise zu den prophezeiten Kosteneinsparungen führen. Die Idee, dass durch einen zentralen KG-Server Doppeluntersuchungen vermieden werden könnten und Austrittsberichte schneller beim Hausarzt wären, ist für mich ebenfalls ein illusionäres Wunschdenken.

Nach meiner persönlichen Beurteilung ist nicht nur sehr viel Geld im Spiel, sondern das Ganze hat auch noch «sehr viel Luft im System». Leider hat sowohl im Vorbereitungsteam als auch am Podiumsgespräch ein Grundversorger gefehlt. Die SGAM täte gut daran, sich in die Diskussion einzuschalten.

Digitalisierung macht Sinn

Ich möchte hier weder gegen das Internet noch gegen die elektronische KG sprechen. Im Gegenteil, beide wende ich heute bereits an und beide haben mir bereits sehr viel Positives gebracht. Die elektronische KG sehe ich vor allem als Instrument der Qualitätsförderung, indem ich meine Einträge strukturierter eingabe und die registrierten Daten problemlos suchen und finden kann. Wenn ich aber bei meinen Einträgen im Hinterkopf haben müsste, dass diese auf einem zentralen KG-Server plaziert werden und für mir unbekannte Berechnete zugänglich sein sollten, würde dies zwangsläufig Rückwirkungen auf mein Eintragsverhalten haben und somit meine Freiheit beschränken.

Bereits jetzt kann ich die Einträge von jeder gewünschten Konsultation in ein Überweisungsschreiben übernehmen, und ich könnte sie theoretisch auch elektronisch übermitteln – mit einigen wenigen Mausklicks. Die effektive Arbeit besteht aber darin, die relevanten Befunde aus den Daten herauszufiltern und zu einem «brauchbaren» Bericht zu verarbeiten. Dies kann kein Computersystem in vernünftiger Weise übernehmen, es bleibt weiterhin Teil der ärztlichen Leistung. Theoretisch könnte ich auch die ganze KG (immer unter der Voraussetzung der Einwilligung des Patienten, einer gesicherten Verbindung ... usw.) zur Verfügung stellen. Dann allerdings bliebe die Aufgabe, die «Spren vom Weizen» zu trennen, ganz einfach am Assistenzarzt im Spital hängen.

Wer profitiert?

Wer würde denn von einer totalen Vernetzung mit perfektem Datenaustausch profitieren? Vorab wohl die Versicherungen, indem sie konfektionierte und selektionierte Daten erhalten würden und sich mühsame Kleinarbeit ersparen könnten. So erstaunt es denn nicht, dass diese als Sponsoren für diese Veranstaltung aufgetreten sind.

Wer sind die weiteren Interessenten oder Profiteure? Der Untertitel der Veranstaltung – «e-Health-Care – where Health-Care and Business connect» – weist die Richtung. Es geht hier um knallhartes Business. – Wenn einmal allen klar sein wird, dass digitalisiert und vernetzt werden muss, dann wird ein enormer Investitionsbedarf an Hardware, Software, Datenschutz-, Sicherheitstechnologie und Support entstehen. – Hier von Kosteneinsparungen zu sprechen, ist blauäugig.

– Diejenigen Firmen, welche bereits heute mehrstellige Millionenbeträge investieren, wollen sicher später einmal einen entsprechenden Profit sehen.

«Kopf, Herz und Hand» – Zuwendung, Reflexion und Fertigkeiten

Prof. Joh. Bircher, SAMW, beschrieb in seinem Grundsatz-Referat «Die Bedeutung von e-Health für die Neuorientierung der Medizin», dass zwischen «Medizin» und «Gesundheitswesen» unterschieden werden müsse, da es in diesen beiden Begriffen verschiedene Verantwortungsträger/Akteure mit unterschiedlicher Fachkompetenz und anderen Zielen bräuchte.

Im Bereich der Medizin sei der Hauptverantwortliche der Arzt bzw. der Pfleger oder die Pflegerin. Das Ziel sei die Verbesserung der Gesundheit. – Im Gesundheitswesen seien demgegenüber «Politiker und Manager die Hauptdarsteller», mit dem Ziel, die Bezahlbarkeit und Verfügbarkeit der medizinischen Leistungen zu gewährleisten.

Zum Abschluss seines brillanten Vortrages erinnerte er an das Motto von Heinrich Pestalozzi «Kopf, Herz und Hand» und stellte fest, dass e-Health nur für die Hand (Fertigkeiten) etwas beitrage, aber nichts bringe für den Kopf (Reflexion) und das Herz (Zuwendung).

Auf diesem Hintergrund ist nicht zu befürchten, dass die ärztliche Kunst bald durch e-Health-Care abgelöst werden wird. Veränderungen in der ärztlichen Tätigkeit werden aber in Zukunft unumgänglich sein.

Da ist es wichtig, dass die Grundversorger sich zu Wort melden und e-Health-Care mitgestalten.