

Elektronische Krankengeschichten und Patientendossiers

Höchste Zeit für einen Paradigmenwechsel

Conditio sine qua non für einen Innovationsprung und Durchbruch in der eKG-Welt ist eine konstruktive, nachhaltige und langfristige Zusammenarbeit zweier Berufsgruppen: von innovativen, modernen IT-Ingenieuren mit erfahrenen, guten klinischen Ärzten der verschiedenen Fachbereiche.

Barbara C. Biedermann

Von einer Digitalisierung der medizinischen Krankengeschichten haben sich alle Beteiligten viel versprochen: Die Prozessabläufe sollten vereinfacht, die Verfügbarkeit der Daten erleichtert und erhöht und Ressourcen durch die papierlose Dokumentation frei werden. Im Idealfall sollte das elektronische Patientendossier aber nicht nur quantitativen, sondern qualitativen Mehrwert schaffen: Der Benutzer sollte aus dem System für sich selber Lehren ziehen können: wie er seine ärztliche Arbeit verbessert und Fehler vermeidet, aber auch wie er seine Arbeit effizienter gestaltet. Diese Erwartungen haben sich trotz grosser Anstrengungen in den letzten 25 Jahren nur teilweise erfüllt [1]. Was sind die Gründe dafür? Warum tut sich die Ärzteschaft so schwer mit dem Umsteigen von Papier auf Silicium?

Die Gründe dafür sind sicher vielschichtig, liegen aber keineswegs nur im Umstand, dass Papier eben gut ist und die heutige Ärztegeneration Vorbehalte gegenüber Computern hat. Darf ich zur Illustration des Hauptproblems eine provokative Frage stellen: Wann haben Sie zum letzten Mal in einer Telefonkabine telefoniert? Und wann haben Sie zum letzten Mal medizinische Daten von Hand aufgeschrieben, d. h. sich dazu Notizen auf Papier gemacht? Weil für mich persönlich zwischen diesen beiden Zeitpunkten mehrere Jahre, wenn nicht Jahrzehnte liegen, und weil ich sogar heute immer noch gewisse medizinische Daten von Patienten ausschliesslich auf Papier dokumentiere, habe ich mich gefragt, warum dies so ist. In der Mobiltelefonie haben es Technik und Design innerhalb weniger Jahre geschafft, uns allen ein Arbeitsinstrument – das Smartphone – in die Hand zu geben, das einfach-intuitiv bedienbar ist und mehrere analoge Funktionalitäten (Uhr, Agenda, Telefon, Landkarte, Schallplattensammlung usw.) vereint. Es lohnt sich, einem erfolgreichen Innovator im IT-Bereich über die Schulter zu schauen. Steve Jobs (1955–2011), Gründer und CEO von Apple, hat einmal Folgendes gesagt: «Design – manche denken, es beschreibt, wie etwas aussieht. Es geht aber darum, wie etwas funktioniert.» Nach dieser fundamentalen Erkenntnis hat Apple im Jahr 2007 das iPhone kreiert – eben «*designit*». Warum entwickelt die IT-

Interessenkonflikt:

Die Autorin ist Gründerin und Inhaberin der Cobedix AG in Adetswil, die eine Software zur Dokumentation von Anamnese und Status entwickelt hat und vertreibt. Sie führt eine Hausarztpraxis am gleichen Ort.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med.
Barbara C. Biedermann
Stapfenstrasse 18
CH-8345 Adetswil

barbara.biedermann[at]
cobedix.ch

Dossier électronique du patient – il est grand temps pour un changement de paradigme!

Aujourd'hui, soit plus de 30 ans après les débuts du numérique, la révolution informatique n'en est encore qu'à ses balbutiements dans le domaine de la médecine clinique. Ce retard surprenant est principalement lié au manque de soutien que l'informatisation du dossier du patient et les systèmes informatiques des cabinets et des cliniques apportent à l'essence même de l'activité du médecin, à savoir l'examen et le traitement du patient. Cette lacune évidente, onéreuse et regrettable pour l'ensemble du domaine de la santé, ne pourra être comblée que si les médecins s'impliquent activement dans le processus de développement de logiciels médicaux. Pour cela, différentes pistes existent: récemment, la FMH a délivré le mandat à l'Institut pour l'informatique au cabinet médical de définir les normes d'un dossier électronique du patient susceptibles d'être suivies par les fabricants de logiciels. Dans tous les cas, la créativité entrepreneuriale est pratiquement sans limites face à la multitude de possibilités commerciales dans ce domaine. Aux médecins installés d'avancer aujourd'hui leur pion en vue de contribuer à une solution.

Branche keine Smart-eKGs? Ich komme zur provokativen Schlussfolgerung aus meinem Vergleich: weil sie nicht weiss, wie Medizin funktioniert. Und das ist nicht erstaunlich, wenn man bedenkt, dass das Medizinstudium zu den längsten Hochschulstudiengängen zählt. Klevtere Ingenieure haben Smartphones entwickeln können, weil jeder von ihnen im Alltag



Noch treibt das elektronische Patientendossier manche Ärzte zur Verzweiflung – zu wenig ist es ihren Bedürfnissen angepasst.

ein Telefon, eine Agenda usw. benutzte. Und jeder hatte mehrjährige Erfahrung mit der Festnetztelefonie und mit den Natels der früheren Generation. Man kann von Software-Ingenieuren, die eHealth-Produkte herstellen, nicht allen Ernstes verlangen, dass sie Medizin studieren und auch noch mehrjährige Erfahrung in patientenbezogener, ärztlicher Tätigkeit mitbringen. Sie wären dann keine guten IT-Spezialisten mehr. *Conditio sine qua non* für einen Innovationssprung und Durchbruch in der eKG-Welt

heitswesen langfristig teuren Folgen. Einige Beispiele zur Illustration:

Es behindert die medizinische Arbeit auf die Dauer erheblich, wenn nicht der Patient, sondern der «Fall», die «Behandlung», die «Hospitalisation» oder die «Konsultation» den Systemkern einer elektronischen Krankengeschichte bilden. Und es ist bedenklich, wenn sachökonomische Vorgaben (z. B. DRG im Spital) die medizinische Dokumentation und schliesslich das medizinische Denken (z. B. das Verfassen einer Diagnoseliste) zu bestimmen und zu prägen beginnen. Es sollte doch umgekehrt sein! Schliesslich wird eine intuitive Nutzung einer eKG eindeutig erschwert, wenn nicht auf die Lehrstandards der Fachgebiete zurückgegriffen wird, nach denen die Medizinstudenten und angehenden Fachärzte aus- und weitergebildet werden. Individuelle, oft wenig nachhaltigen Anreizen genügende und Partikularinteressen befriedigende Lösungen prägen deshalb zurzeit die Szene. Mit der Folge, dass sie alle paar Jahre ausgewechselt werden (müssen). Der häufige Management-Wechsel bei Herstellern von Krankenhausinformationssystemen mag Folge des ungenügenden, unternehmerischen Erfolgs auf einer wenig soliden Planungsgrundlage sein. Ähnliches bleibt Herstellern von Praxisinformationssystemen nur erspart, weil ihre Kunden in der Regel «auf Gedeih und Verderben» auf sie angewiesen sind. Das Risiko eines Investitionsverlustes lässt den einen oder andern privat praktizierenden Unternehmerarzt wohl oder übel in den sauren Apfel eines unbefriedigenden eDokumentationssystems beißen. Spitäler hatten hier bis anhin dank eigener IT-Ressourcen einen grösseren Handlungsspielraum, der zweifelsohne seinen Preis hatte. Im heutigen Finanzierungssystem der Spitäler wird dies künftig nicht mehr so einfach tragbar sein.

Es ist höchste Zeit für einen Paradigmenwechsel. Wir Ärzte müssen uns mit unseren Vorstellungen für das gute, ja das ideale medizinisch-klinische Dokumentationssystem aktiv in den Design- und Entwicklungsprozess von medizinischen Informationssystemen einbringen. Und die Ärzteschaft muss hier

Wir Ärzte müssen uns aktiv in den Design- und Entwicklungsprozess von medizinischen Informationssystemen einbringen.

ist ergo eine konstruktive, nachhaltige und langfristige Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen: innovative, moderne IT-Ingenieure mit erfahrenen, guten klinischen Ärzten der verschiedenen Fachbereiche.

Mit wenigen Ausnahmen fehlt diese Kooperation heute weitgehend. Mit für Patienten und Ärzteschaft peinlich-schmerzlichen und für das Gesund-

Leadership beweisen. Es genügt nicht, immerfort über die bestehenden Missstände zu jammern. Es ist eine Schweizer Tugend, einen Missstand durch echte Problemlösung zu beheben – und diese Tugend hat sich meistens auch unternehmerisch als sehr erfolgreich erwiesen.

Es gibt für diesen Prozess sicher verschiedene Lösungen. Eines ist sicher: Sie sind alle nicht gratis.

Immer, wenn etwas kostet, gilt das einfache Prinzip: «Wer zahlt, befiehlt.» Wenn beispielsweise künftig das Institut für Praxisinformatik (IPI), das von der FMH kürzlich endlich das Gesamtmandat für die eKG erhalten hat [2], praxistaugliche Pflichtenhefte und Standards für die Softwareprogrammierung für Ärzte verfassen soll, *muss* die Ärzteschaft die entsprechenden finanziellen Mittel dafür zur Verfügung stellen. Das sind mit Sicherheit gut investierte Mittel. Es wäre schön und für die künftige Ärztegeneration ermutigend, wenn das IPI nun bald seine Arbeit aufnehmen und sich mit seinen wertvollen Konzepten in den Software-Entwicklungsprozess einbringen könnte. Den Protagonisten des IPI möchte ich ans Herz legen, dass sie mit ihrem Know-how, ihrer Erfahrung und ihrem weitgespannten Netzwerk in der Ärzteschaft der Schweiz nachhaltig umgehen. Sie verfügen über einen Kulturschatz, den es zu bewahren, aber auch sinnvoll zu bewirtschaften gilt. Ich betrachte es als kluge Planung der Redaktion der SÄZ, dass sie den medizinhistorischen Artikel über die Erfolgsgeschichte der AO – Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese [3] – demjenigen über das IPI [2] im selben Heft unmittelbar voranstellte! Unternehmerische Schaffenskraft – notabene auch eine unab-

Für die IT-Revolution in der Medizin wünsche ich mir Folgendes: Die unvoreingenommene, systematische Analyse von strukturiert erfassten, medizinisch-klinischen Daten soll zu neuen Erkenntnissen beitragen. Je mehr Patientendaten vorliegen, desto zuverlässiger werden Aussagen auch für seltenere Krankheiten oder komplexe Konstellationen (Polymorbidität). Erst die Verbindung von Kostendaten mit medizinisch-klinischer Information erlaubt die sinnvolle Optimierung des Ressourceneinsatzes und Effizienzsteigerung mit einem geringeren Risiko der ungerechtfertigten Benachteiligung gewisser Patienten oder Ärzte. Schliesslich ist die vergleichbare Beschreibung des Gesundheitszustandes eines Patienten durch die standardisierte Dokumentation von Untersuchungsbefunden Voraussetzung für faire und nützliche Qualitätserhebungen [5]. Die Bestrebungen von eHealth Schweiz [6], internationalen Standards für die Kommunikation zwischen Software-Applikationen zum Durchbruch zu verhelfen, werden Datenmigrationen zwischen verschiedenen Systemen erleichtern. Dies fördert die nutzbringende Vernetzung von verschiedenen Systemen und den langfristigen Erhalt von Daten, was die Investitionsunsicherheit für Praxen und Spitäler erhöht.

Man kann von Software-Ingenieuren nicht allen Ernstes verlangen, dass sie Medizin studieren.

dingbare Essenz der Erfolgsgeschichte «Hausarztmedizin» – ist gefordert, um die Probleme der Medizininformatik im Alltag zu lösen.

Für mich persönlich habe ich einen anderen Weg gewählt. Um noch zu Lebzeiten mit einem zweckmässigen, modernen Arbeitsinstrument meine Untersuchungsbefunde nach den Regeln der Kunst dokumentieren zu können, habe ich mich entschlossen, gleich selbst eine Firma zu gründen. Seitdem ich 2010 eine Landarzt-Praxis im Zürcher Oberland übernommen habe, dokumentiere ich mit einer eigenen Software meine eigenhändigen, ärztlichen Untersuchungen, d.h. Anamnese und Status. Neben einer Zusammenfassung der Krankengeschichte generiert diese quasi im Hintergrund anonymisierte Datensätze, aus denen hervorgeht, wie sich Patienten mit bestimmten Krankheiten klinisch präsentieren. Auf solche Referenzprofile kann ich bei meiner Arbeit zurückgreifen, um meine Diagnose- und Prognosegenauigkeit zu verbessern [4]. Sie bilden die Grundlage für eine personalisierte Medizin. Sicher gibt es noch weitere, erfolgreiche Wege zum gleichen Ziel: dass uns Ärzten elektronische Arbeitsinstrumente zur Verfügung stehen, die unsere Arbeit erleichtern, verbessern und aufwerten.

Alle Beteiligten im Gesundheitswesen: Ärzte, Pflegende, Versicherer, die forschende Pharma- und Medizinaltechnikindustrie, aber vor allem die Patientinnen und Patienten werden davon profitieren.

Literatur

- 1 Jones SS, Heaton PS, Rudin RS, Schneider EC. Unraveling the IT productivity paradox – lessons for health care. *N Engl J Med.* 2012;366:2243–5.
- 2 Schilling G, Bhend H. Das Institut für Praxisinformatik (IPI) ist dringend nötig. *Schweiz Ärztezeitung.* 2013; 94(39):1473.
- 3 Schlich T. Freiheit, Gleichheit, Treue. *Schweiz Ärztezeitung.* 2013;94(38):1454–7.
- 4 Mutschelknauss M, Kummer M, Feinstein SB, Meyer PM, Biedermann BC. Individual Assessment of Arteriosclerosis by empiric clinical profiling. *PLoS ONE.* 2007;11:e1215.
- 5 Carrel T. Die Suche nach Qualitätsindikatoren für Schweizer Spitäler. *Schweiz Ärztezeitung.* 2013;94(34):1270–1.
- 6 www.e-health-suisse.ch/umsetzung/00146/00148/index.html?lang=de

Interaktiver Artikel

Wollen Sie diesen Artikel kommentieren? Nutzen Sie dafür die Kommentarfunktion in der Online-Version oder sehen Sie nach, was Ihre Kolleginnen und Kollegen bereits geschrieben haben: www.saez.ch/aktuelle-ausgabe/interaktive-beitraege/