

Gesundheitstelematik und die Zukunft unseres Gesundheitssystems – mehrWERT und minderWERT

Ist Deutschland auf dem richtigen Weg?

Dr. Karl A. Stroetmann, empirica Gesellschaft für Kommunikations- und Technologieforschung mbH, Bonn

Meine Präsentation ist fast so etwas wie die Zusammenfassung zumindest einiger der Ideen, von denen wir im Laufe der Konferenz bereits gehört haben. Hierfür bitte ich um Verständnis, zugleich zeigt es, dass hier viele ähnlich über den einzuschlagenden Weg denken.

Beginnen möchte ich mit einem Epigraph:

„Too many of us spend our time worrying where technology is taking us, instead of working out the right way to go ourselves. We should not try to give computers the job of making our world a better place!“ (David Golumbia, *The Cultural Logic of Computation*, 2009)

Was bedeutet das? Es bedeutet: Technologie ist zweitrangig. Wichtig ist vielmehr zu wissen: Wo wollen wir hin? Was ist unser Weg? Wenn wir das wissen, kann uns eHealth helfen. In unseren Studien sehen wir leider häufig, dass viele glauben, eHealth ver helfe ihnen zu einer Reform ihres Gesundheitssystems; das allerdings ist eine völlig fehlgeleitete Annahme. Wir müssen wissen, wohin wir wollen, die Computer werden das nicht für uns übernehmen. Wir müssen uns auf das konzentrieren, was für die Menschen notwendig und nützlich ist und dann schauen, inwieweit die Technologie uns hierbei unterstützen kann.

Unser Gesundheitsminister hat es im Vorwort zum Programm dieser Konferenz sehr schön ausgedrückt: „eHealth ist eine Chance für eine Verbesserung“. Diese Chance müssen wir ergreifen. eHealth ist nicht die Lösung, eHealth per se wird uns keinen mehrWERT zur Verfügung stellen, eHealth wird uns auch nicht den Weg zeigen. Aber wir können eHealth sehr gut als Mittel nutzen.

In vielen Fällen finden wir sogar, dass eHealth nicht mehrWERT produziert, sondern – ich habe das mal so paraphrasiert – minderWERT. Es gibt weltweit eine unendliche Verschwendung von öffentlichen Geldern durch eHealth. Das sollte man auch mal betonen. Das liegt einfach an den zum Teil völlig fehlgeleiteten Ansätzen: zuerst die Technologie und dann wird erst als zweites geschaut, was man damit eigentlich machen kann, welche Probleme eigentlich zu lösen sind. So etwas sollte man unbedingt vermeiden.

Internationale Beispiele

Ist Deutschland auf dem richtigen Weg? Wenn man zurückschaut, muss man sich das fragen. Wir haben für die Europäische Kommission viele Studien quer über Europa, und auch in Nordamerika gemacht. Wenn man Deutschland damit vergleicht, dann wundert man sich manchmal, wie weit wir sind oder wie wenig weit wir sind. Bekannt ist, dass uns die nördlichen Länder in vielen Bereichen voraus sind. Dänemark zum Beispiel hat bereits in den 1990er Jahren – sehr erfolgreich und stark unterstützt von Kommissionsgeldern aus Brüssel – begonnen, die nationale eHealth-Infrastruktur aufzubauen. In diesen Zeiten haben wir in Deutschland noch sehr viel diskutiert, aber in Bezug auf die Realisierung einiges verschlafen. Finnland, Schweden und auch Schottland sind Beispiele, die uns zeigen könnten, wie es vielleicht weitergehen kann.

Was viele nicht erwarten werden: Wenn Sie in den Süden Spaniens, in den ärmsten Teil Spaniens, nach Andalusien schauen, finden Sie dort ebenfalls ein eHealth-System, das weltweit Standards setzt. Dort ist inzwischen für neun Millionen Menschen praktisch alles vernetzt: Community-Centers, Ärzte, Krankenhäuser, Inpatient-Services, Outpatient-Services, Apotheken. Dort ist realisiert, wovon die ganze Welt träumt und immer redet. Die Andalusier haben es einfach vor Ort. Man fragt sich schon, warum wir das nicht können.

In Oberitalien, in der Lombardei, haben wir eine ähnliche Situation, bei weitem nicht so fortgeschritten, aber auch ein komplexeres Gesundheitssystem, ähnlich wie wir es in Deutschland haben. Wenn man ein wenig früher ein wenig weiter über den Tellerrand hinaus geblickt hätte, hätte man sicher einiges von diesen Ländern lernen können. Vielleicht ist ja auch jetzt noch Zeit dazu.

Lokale Versorgung im Fokus

Wir sehen es in Europa und hören es auch von Ärzten: Wenn man seine Strategie neu ausrichten will, muss man von der lokalen Versorgung ausgehen. Gesundheitsversorgung ist keine nationale, geschweige denn eine europäische Angelegenheit. Es ist eine lokale, in ländlichen Regionen sicherlich eine regionale Aufgabe. Dort muss der Fokus sein.

England, nicht das Vereinigte Königreich: Der National Health Service ist im Moment dabei, sich neu zu positionieren. Sie haben die gleichen Probleme gehabt, die wir hier in Deutschland haben, und sie haben auch festgestellt, die Ärzte wollen vor allen Dingen die lokale vernetzte Information. Für die überregionale Vernetzung braucht man ein paar Grunddaten, aber die Priorität der medizinischen Versorgung ist lokal. Darauf sollten wir uns, so denke ich, auch in Deutschland fokussieren.

Ein Punkt, der bereits mehrfach genannt wurde, sind die Notfalldaten. Schottland ist hier ein sehr interessantes Beispiel. Die Schotten haben das in drei Jahren geschafft, weil die Familienärzte nicht mehr nach fünf Uhr zur Verfügung standen, die waren bisher 24 Stunden im Einsatz und wollten das gerne ändern. Die Ärzte haben sogar eine Reduzierung ihres Einkommens in Kauf genommen – das wurde gemeinschaftlich vereinbart – und dafür zentral einen sogenannten Notfalldatensatz bereitgestellt, einen sehr primitiven Datensatz. Es waren die Ärzte, niemand anderes. Die Ärzte haben gesagt, wir brauchen diesen Datensatz und so wollen wir es machen. Anschließend wurde gefragt: Wie können wir das technisch lösen? Dieser Notfalldatensatz wird zweimal täglich automatisch durch ein zertifiziertes Module in den sehr unterschiedlichen Praxissoftware-Systemen der Ärzte auf einem zentralen Server aktualisiert und steht dort jederzeit für die Notdienste zur Verfügung. Wie erfolgreich das System ist, zeigen die zurzeit 200.000 Zugriffe pro Monat, hochgerechnet auf Deutschland wären das mehr als zweieinhalb Millionen Zugriffe pro Monat. Diese tatsächliche Nutzung ist letztendlich „The proof of the pudding“ – und nichts anderes.

Wir können natürlich auf europäischer, auf nationaler Ebene beim Aufbau der Infrastruktur und in der Zusammenarbeit eine Menge lernen, aber man

sollte lokal beginnen, dort, wo die wirkliche Nachfrage durch Ärzte, Krankenschwestern und andere Akteure und Einrichtungen offensichtlich vorhanden ist.

Integrierte Versorgung und Wissenszugewinn

Die integrierte Versorgung ist eine lokale Versorgung, für Ärztenetze kann eHealth ganz dramatische Verbesserungen bringen. Wir haben einige Beispiele in Deutschland, morgen werden wir auch einen Vortrag dazu hören, Prosper in Bochum ist ein Beispiel aus Deutschland, es gibt weitere auch im internationalen Raum. In diesem Bereich kann man wirklich Erfolge erzielen.

Wir brauchen auch den Übergang von dieser ‚Cottage-Industry‘, wie das im Angelsächsischen so schön heißt, weg vom Ein-Mann-Einsatz, das können wir uns eigentlich nicht mehr leisten, wenn wir wirklich Qualität und Sicherheit bringen wollen, hin zu einer ganzheitlichen Versorgung.

Das würde uns auch, wenn wir die richtigen Netze haben, eine Messung der Qualität erlauben, eine Kontrolle, ein Selbstlernen, ein Generieren von Wissen. Das Konzept der elektronischen Fallakten aber würde, wenn ich es recht verstanden habe, genau solche Elemente verhindern. Wir sollten es uns zweimal überlegen, ob nicht eine integrierte Bereitstellung der Daten, auch anonymisiert, gerade zum Lernen, für den Wissenszugewinn der Ärzte hilfreich ist.

Wir haben im Ausland Beispiele, bei denen die Ärzte ihre Outputs, ihre Ergebnisse für die Gesundheit ihrer Patienten mit denen ihrer Kollegen vergleichen können. Das geht in anonymisierter Form vonstatten, keiner kann den anderen identifizieren, aber jeder Arzt weiß, welche Daten ihn betreffen, und sie können sehr viel dazulernen. Wir haben ein Beispiel aus einer pädiatrischen Klinik in den USA, wo die Ärzte durch diese Gesundheitsakten lernen, wann ein Baby in Gefahr ist. Allein durch die Verfolgung der Datensätze über mehrere Jahre und das Lernen aus diesen Datensätzen konnte die Mortalitätsrate von etwa 3 Prozent auf 0,5 Prozent reduziert werden. Wir brauchen diese Daten, wir können aus diesen Daten lernen und sind dazu dem Patienten gegenüber auch verpflichtet.

Die elektronische Patientenakte ist für mich eigentlich ein Konzept der Vergangenheit, ein statisches Konzept, was wir brauchen, ist eine Prozessunterstützung, eine prozessorientierte Software, die uns den klinischen Pfad mit optimaler Entscheidungsunterstützung zur Verfügung stellt. Die Daten der Akte werden in diesem Prozess sozusagen automatisch erzeugt.

Vergütungsstrukturen und Umsetzungsszenarien

Auch im Bereich der Vergütungsstrukturen ist ein Umdenken nötig. Bei Telemedizin wird immer wieder nach der Vergütung gefragt. Warum brauchen wir eine Vergütung für Telemedizin, wenn sie Kosten einspart? Wir müssten sie bereits gestern eingeführt haben, um diese Kosten zu sparen, und dürfen nicht nach mehr Geld verlangen. Wir müssten meines Erachtens – und integrierte Versorgung in einem mit eHealth unterstützten System würde das erlauben – die Ärzte qualitätsorientiert, outputorientiert, ergebnisorientiert entlohnen und nicht nach ihrem Input. Sie bezahlen doch Ihren Automechaniker auch dafür, dass Ihr Auto wieder fährt und nicht danach, was er am Auto alles gemacht hat. Was wäre ein Ansatz? Ein Top-down-Ansatz tut es offensichtlich nicht in Deutschland. Wir haben Beispiele – in Andalusien, in Skandinavien – für wirklich sehr erfolgreiche Top-down-Ansätze. Aber das sind zentralistische Systeme. Dass, wie in Andalusien, alle neun Millionen Patienten alle ihre Daten, für alle Versorger, in einer einzigen Akte haben, kann sich hier in Deutschland kaum jemand vorstellen. Das werden wir nie realisieren und auch nicht realisieren wollen. Aber ein Bottom-up-Ansatz, so denke ich, wird auch nicht funktionieren.

England und Frankreich haben es auch mit Top-Down-Ansätzen versucht. Frankreich hat im vorigen Jahr von neuem begonnen, in England überlegt man zurzeit, nachdem man viele Milliarden investiert hat, wie es besser gemacht werden könnte. Dabei kommen ganz neue Ansätze auf den Tisch. Das war für mich interessant, ein Middle-out-Ansatz, wie ich ihn vorschlage, ist genau das, was jetzt für England auf dem Tisch liegt. Das sollte uns vielleicht auch bestätigen, solche Ansätze fortzuführen. Österreich hat, wenn man genau hinschaut, die gleichen Probleme wie wir. Die Österreicher kommen seit zwei Jahren mit ihrer ELGA, ihrer elektronischen Gesundheitsakte nicht weiter, aus den gleichen oder ähnlichen Gründen, wie wir sie in Deutschland

haben. In den Niederlanden gibt es einige interessante Ansätze, aber auch die Niederländer sind immer wieder dabei, sich neu zu organisieren.

Ein zentraler Punkt ist, wir alle haben die Komplexität von eHealth völlig unterschätzt. Und da sollte man ehrlich sein.

Middle-out-Lösung und standardisierte Datenmodelle

Wie stelle ich mir eine Middle-out-Lösung vor? Ich glaube aufgrund der Erfahrungen, die wir haben, daran, dass wir, wenn wir auf lokaler Ebene sehr stark integrierte Netze für eine integrierte Versorgung aufbauen, auch einen gesunden Wettbewerb bekommen. Wir haben auch einen Wettbewerb der elektronischen Softwaresysteme. Wir würden also den Markt nicht ausschalten, wir würden aber eine integrierte Versorgung, eine Vernetzung der Daten vor Ort ermöglichen. Das würde einen hohen Grad an Flexibilität und Adaptibilität erlauben, und es würde weiterhin den Wettbewerb unterstützen.

Zentral sollten wir so wenig wie möglich eingreifen. All diese Systeme sind so hochkomplex, sie sind so dynamisch – wir sehen es an unserem eigenen System, wann immer wir irgendwo eingreifen, haben wir Nebenwirkungen, die keiner vorausgesehen hat. Das ist eine weltweite Erfahrung. Deswegen: leichtgewichtige Eingriffe. Wir brauchen eine nationale Infrastruktur, Datenschutz, ID-Management für Patienten und Ärzte, Sicherheit, das ist unabdingbar und das wird auch die Telemedizin voranbringen.

Um das Ganze zusammenzuführen, sollten wir vielleicht einige Datenmodelle definieren. Die gematik ist beim europäischen ePSOS-Projekt (European Patients Smart Open Services) involviert. Dort definieren wir ePrescribing-Module, Patient Summaries und Medication Records, Patientennotfalldaten. Das funktioniert einigermaßen, es handelt sich um voll strukturierte Datensätze, zur Verfügung stehen etwa 9.000 Termini, die automatisch in alle europäischen Sprachen und in unsere drei Buchstabensätze, also kyrillisch, griechisch und lateinisch, übersetzt werden können. Vielleicht könnte man sich in Deutschland, die gematik ist involviert, auch an solchen Dingen orientieren, um zu übergreifenden Datenmodellen zu kommen. Dafür muss ich nicht die Dinge vereinheitlichen, sondern nur die Standards vorgeben, so dass jeder

Arzt seine Daten in dieses Datenmodell abbilden kann und die Kodierung auch von allen akzeptiert wird.

Es ist interessant, dass weltweit immer mehr in diese Richtung gedacht wird. Nationale Fallaktensysteme oder Ähnliches sind nach meinem Verständnis ‚out‘. Man orientiert sich weltweit anders, weil die Komplexität sonst nicht zu managen ist. Diesem neuen Weg zu folgen, würde sogar einen europäischen Datenaustausch erlauben.