

Kommentar zum Entwurf für eine österreichische E-Health-Strategie **Heinrich Tinhofer Ing. Mag.**

(in der Rolle als Mitglied der STRING-Kommission)

Ich begrüße den Entwurf für eine österreichische e-Health-Strategie und komme der Einladung zur Kommentierung wie folgt nach.

Einleitung:

Eine e-Health Initiative, organisiert durch das BMGF, zusammengesetzt aus Personen aus Wissenschaft, Dienstleistung, Industrie und Institutionen, hat sich des Themas

„Eine Informations- und Kommunikationsstrategie für ein modernes österreichisches Gesundheitswesen“,

publiziert in einem Bericht, Version 1.0, November 2005, angenommen. Dem Bericht liegen Foliensätze der 7 Arbeitskreise bei.

Zwischenzeitlich läuft ein Projekt für eine Machbarkeitsstudie zu ELGA, die in einer ersten Fassung im Oktober 2006 publiziert werden soll.

Kommentar:

Der Entwurf für eine E-Health-Strategie spricht viele Verbesserungspotenziale an. Seine Stärke ist der synoptische Effekt und die Strukturierung, die sich aus der Themenstellung der 7 Arbeitskreise ergibt. Durch die Öffnung der Arbeitskreise ergab sich ein breites Spektrum an kompetenten TeilnehmerInnen. Es wurde die richtige Mischung zwischen verdichteter und Detaildarstellung gefunden, sodass eine gute Verständlichkeit des Strategievorschlages erreicht wird.

Der vorliegende Kommentar möchte folgende Prämissen als **Schwerpunkte** für eine Strategie liefern und auf **Basisvoraussetzungen** für eine E-Health-Strategie fokussieren.

- **Für PatientInnen und ÄrztInnen einsehbarer Nutzen**
- **Schwerpunktsetzung in Bereichen, die möglichst viele PatientInnen/ÄrztInnen betreffen.**
- **Möglichkeit des sofortigen Beginns der Umsetzung**
- **Kosten im Rahmen einer normalen organisationalen Fortentwicklung**
- **Orientierung an den spezifisch österreichischen Verhältnissen im EU-Kontext-Rahmen**
- **Methodik und Modellorientierung**

Analyse derzeitiger Anstrengungen in Österreich:

Die Anstrengungen der letzten Jahre und die laufenden Initiativen fokussieren hauptsächlich auf die Umsetzung längst vorhandener und in anderen Branchen schon angewandeter Technologien. Die Gründe für den Zeitverzug sind unter anderem in der Mengendimension, normativen Problematik, in üblichen Faktoren, die in einem Changemanagement behandelt werden, und der Berücksichtigung des Datenschutzes zu sehen.

Breitflächige und merkbare Verbesserungen in der medizinischen Versorgung für PatientInnen und bei den Arbeitsbedingungen der ÄrztInnen, konnten trotz des hohen Ressourceneinsatzes nicht festgestellt werden. Der Mitteleinsatz kann jedoch als notwendige Investition in die Infrastruktur angesehen werden.

Im Folgenden werden die aus den oben angeführten Überlegungen abgeleiteten Maßnahmen dargestellt:

Wissensmanagementmodell: Medizinische Leistungen gehören zu Produkten mit dem höchsten Anteil von Wissen an der Produktivität. Jedoch gehört der Medizinbetrieb zu jenen Branchen, wo Wissensmanagement noch kaum Eingang gefunden hat. Um dies zu ändern, bedeutet dies für die einzelnen PartnerInnen im Gesundheitswesen Folgendes:

Einzelne Arztpraxis:

Verfügbarkeit einer elektronischen Krankengeschichte mit einem **Problemindex**, um Krankheitsverläufe problemspezifisch darstellen zu können. Daraus kann bestmögliches Wissen für weitere Diagnose, Behandlung und Folgemaßnahmen generiert werden. Weiters ermöglichen mit Problemindizes verkettete PatientInnenendaten Lernprozesse mit individuellen und kollektiven Feedbackerkennnissen, die zunächst kognitive Hilfestellung für den jeweiligen Einzelfall ermöglichen.

Später könnte das Datenmaterial auch zur Entwicklung problemspezifischer Behandlungsempfehlungen heran gezogen werden, die aus der niedergelassenen Ärzteschaft selbst kommen und praxisbezogen sind.

Kooperation mehrerer Leistungserbringer:

Es ist IT-mäßig Vorsorge zu treffen, dass elektronische Nachrichten aus einer Arztpraxis zu einer anderen, nicht nur textmäßig gespeichert, sondern auch IT-mäßig verarbeitet werden können. Dies bedarf wiederum eines **Problemindexes**. Der Mehrwert wird umso ersichtlicher, je mehr Überweisungen in einem Krankheitsfall stattfinden und beispielsweise die gesamte Medikation des gesamten Behandlungsverlaufes von den Koproduzenten eingesehen werden kann.

Interoperabilität:

Es ist Vorsorge zu treffen, dass Problemdatenaggregation, Darstellung von Krankheitsverläufen, fächerspezifische Gliederungen und der Beratungsergebnisse-, Jargon- und Diagnosenthesaurus für **elektronische Krankengeschichten standardisiert** sind. Dadurch wird den Prinzipien und Vorteilen der Interoperabilität bei elektronischen Nachrichten, Ärztevertretung, Softwareumstieg, statistischen Auswertungen usw. Rechnung getragen.

Epidemiologie:

Problemindizierung und **Interoperabilität** ermöglichen einheitliche, valide indirekte Codierung durch ÄrztInnen mit keinem zusätzlichem Aufwand, sodass Zählergebnisse solide Grundlage für Epidemiologie und gesundheitspolitische Maßnahmen liefern können.

PatientInnen:

PatientInnen sind KoproduzentInnen ihrer Gesundheit. Dazu brauchen sie Informationen. Gegebenenfalls sind Aggregate aus ihren Krankengeschichten hierfür dienlich. Hiefür ist ein **Problemindex** erforderlich, insbesondere um bei Mehrfacherkrankungen die nötige Übersicht zu schaffen.

Partizipatives Modell / Shared Decision Making

Nach einer deutschen Studie sprechen sich rund 60 Prozent der PatientInnen für ein partizipatives, 25 Prozent für ein paternalistisches und 15 Prozent für ein Modell aus, in dem PatientInnen autonom entscheiden. Die Konsultationszeiten in Studiengruppen mit partizipativer Entscheidungsfindung sind nicht länger, führen aber wegen der aktiven Mitwirkung der PatientInnen zu besseren Behandlungsergebnissen. Allerdings durchliefen die ÄrztInnen der Studiengruppe ein Kommunikationstraining.

Der Entwurf für eine e-Health Strategie verweist gleich am Anfang seiner Zusammenfassung auf die Bedeutung der Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) für Qualität und Effizienz und betont dass „ e-Health ein Projekt zur langfristigen Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen in Hinblick auf eine integrierte, patientenzentrierte Versorgung ist“.

In dem Zusammenhang ist jedoch konkret ein Umsetzungsmodell, wie das Partizipative Entscheidungsfindungsmodell anzusprechen und in die Roadmap aufzunehmen, um den Schlagworten Realisierungen folgen zu lassen. Derartige Modelle relativieren auch den Stellenwert der Technik, helfen den Nutzen der Technik in den Dienst der PartnerInnen im Gesundheitswesen zu stellen und ordnen Werkzeuge, wie zum Beispiel Gesundheitsportale sinnvoll in Handlungsmodelle ein.

Qualitätsmanagement in der Arztpraxis

Auch bezüglich dieses Modells sei wieder der Einleitungssatz der Zusammenfassung des Entwurfes für eine e-Health Strategie bemüht. E-Health ist ein Projekt der Organisationsentwicklung mit Hilfe der IKT. In Deutschland ist die Einführung von Qualitätsmanagement in den Praxen bereits gesetzlich terminisiert und durch Richtlinien definiert, darüber hinaus gibt es ein Europäisches Praxisassessment Modell. Solche Modelle sind nur mit IKT zu realisieren und sollten somit Gegenstand einer e-Health Strategie und in der Roadmap explizit enthalten sein.

Technikfolgenabschätzung

Die im vorliegenden Kommentar eingebrachten Modelle, Wissensmanagement, Partizipative Entscheidungsfindung und Qualitätsmanagement in Arztpraxen orientieren sich an den drei Größen Mensch, Organisation und Technik und haben in ihrem Konstrukt eine Folgenabschätzung und Relativierung der Technik sozusagen inherent. Wegen der Vielfalt der im Entwurf für eine e-Health Strategie enthaltenen technischen Instrumente wäre jedoch grundsätzlich eine moderate Technikfolgenabschätzung empfehlenswert.

Zusammenfassung

Der Entwurf für eine E-Health Strategie stellt eine sehr gute und strukturierte Grundlage für den Einsatz von IKT im Gesundheitswesen dar. Der vorliegende Kommentar schlägt eine Fokussierung auf Maßnahmen vor, die für PatientInnen und ÄrztInnen im Behandlungsprozess wahrnehmbar sind, mit deren Umsetzung gleich begonnen werden kann, die kostenmäßig im Rahmen der normalen organisationalen Fortentwicklung liegen und die möglichst viele Behandlungsfälle umschließen.

Explizit wird die Aufnahme eines (medizinischen) **Problemindexes**, die **Basisinteroperabilität** der elektronischen Krankengeschichten und die Aufnahme der Modelle **Wissensmanagement**, **Partizipative Entscheidungsfindung** und **Qualitätsmanagement in Arztpraxen** empfohlen.
