



Der vernetzte Hausarzt – Hoffnung oder Realität?

Swiss eHealth Summit 2011

24. August 2011

DR. WERNER EUGSTER & DR. RAPHAEL KOLLER

herzteam  wil
KARDIOLOGISCHE DOPPELPRAXIS

Meine Perspektiven

- ➔ **Praktische Erfahrung als praktizierender Kardiologe in einem hochtechnisierten/digitalisierten Umfeld**
- ➔ **Praktische Erfahrung als Netzwerkverantwortlicher**



- **Integriertes Versorgungsnetz in den Regionen Wil – Uzwil – Flawil – Toggenburg**
- **55 Ärztinnen und Ärzte**
- **davon mehr als 40 Grundversorger**
- www.xundart.ch
- ➔ **EDV-Hintergrund «aus meinem ersten Leben» (Programmierung, Organisation)**

Kernbotschaften aus der Praxis

- ➔ In den Praxen existiert kein eHealth, EDV in der Praxis ist triviale eAdmin
- ➔ Es fehlt Informationsaufbereitung/-wertung (eHealthInfo)
- ➔ Wir brauchen Medizinische Unterstützung (eHealthSupport)
- ➔ Lösungsansatz: «interdisziplinäre» Zusammenarbeit
 - *heraus aus dem EDV-Glashaus*
 - *hinaus zu den ärztlichen Benutzer*

Was versteht der Praktiker nicht unter eHealth?

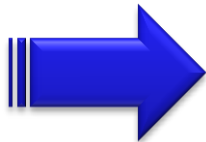
- ➔ **eHealth schafft keine Gesundheit, täuscht es lediglich vor**
 - *vergleichbar mit Defiziten der eKommunikation*
 - *Unterschied zwischen Verstehen und Verständnis*
- ➔ **eHealth kann den Arzt als Subjekt nicht ersetzen (hier liegen opponierende Ängste/Befürchtungen)**
 - *z.B. diese Aspekte vergleichgültigende medizinische IT-Plattformen*
 - *und Angebote für medizinische E-Mail-Beratungen*

⇒ *Hierdurch Reduktion Kranksein auf physiologische Prozesse*

jedoch

- ➔ **Das e richtig eingesetzt könnte die um Gesundheit Bemühten unterstützen...**

EDV-Istzustand \emptyset Allgemeinpraxis



Vorbemerkung:

- ➔ Mehr oder weniger gute EDV-Nutzung innerhalb der Praxen (intrinsisch)
- ➔ Minimale interinstitutionelle Nutzung (extrinsisch)

EDV-Istzustand ∅ Allgemeinpraxis

- ➔ **PAS, davon heute ca. 25% eKG**
- ➔ **E-Rechnung via TrustCenter**
 - *ärzteeigene vs versicherungseigene Datenbasis*
 - *bw Controlling und Benchmarking*
- ➔ **Postverkehr bilateral manuell (trotz HIN)**
- ➔ **Einbindung von Labor die Regel**
- ➔ **Einbindung von Röntgen-PACS kaum vorhanden**
- ➔ **Informationsnutzung im Praxisalltag kaum etabliert**

Weshalb IT-Skepsis der Praxen?



Vorbemerkung:

➡ IT als bw und organisatorische Praxisstrategie bisher nicht angekommen!

Weshalb IT-Skepsis der Praxen?

1. Begründung: Falsche Strategie IT-Branche selber

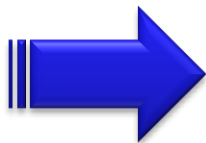
➔ Praxisrelevanter Nutzen wahrgenommener IT-Entwicklungen?

- ***Erfahrene IT-Schwerpunkte: «Optimierung Fenstertechnik» im Wesentlichen getrieben durch private Trivialnutzung im Bereich von Web-Angeboten, Multimedia, Spielen***
- ***Schön, aber nicht notwendig bzw. sogar reputationsschädigend (da häufig als «Spielereien» erfahren und katalogisiert)***

Weshalb IT-Skepsis der Praxen?

1. Begründung: Falsche Strategie IT-Branche selber

- ➔ **Einseitiger Fokus auf Arbeit der Praxismitarbeiter bzw Fehlen medizinisch relevanter Angebote für den Arzt**
 - **Beschränkung Praxis-EDV auf PAS**
 - **Nutzung/«Wartung» PAS häufig an Mitarbeiter delegiert**
 - **⇒ fehlende Kenntnisse/Bedürfnis-Sensibilisierung Praxisinhaber**
 - Häufig lediglich je 1 PC am Empfang und für Schreivarbeiten
 - Leistungserfassung via papierenes Leistungsblatt
 - Strichlisten für Medi-Erfassung
 - Manuelle Agenda
 - **Differenzierte Darstellung von bw-Inhalten / Statistiken**
 - ⇒ **Davon «lebt» der Arzt 1-mal/Jahr beim Jahresabschluss!**



Für Arzt wird IT nicht als strategisches Ziel erkennbar bzw. erfahrbar (IT-induzierte EDV-Unmündigkeit)

Weshalb IT-Skepsis der Praxen?

1. Begründung: Falsche Strategie IT-Branche selber

- ➔ **Weitgehend fehlende Wahrnehmung des brachliegenden EDV-Potentials in der Praxis durch die IT-Branche**
 - **Informationsaufbereitung/-wertung**
 - ***Nutzung medizinischer Datenacquisition im Sinne einer datenbasierten Diagnose-/Therapieunterstützung***
- ➔ **Konsequenzen solcher arzt spezifischer Innovationen**
 - ***Positive EDV-Erfahrung durch den Praxisinhaber***
 - ***Weitere Bedürfnisse und Realisierungen würden entstehen***
 - ***EDV würde zwangsläufig zu einem strategischen Ziel***
- ➔ **Situation heute: Teilweise sogar gegenläufige Entwicklung**
 - ***Vgl. Abschaltung OVID durch HIN***
 - ***War für mich zentrale Begründung für HIN (Rest ist Beiwerk)***

Weshalb IT-Skepsis der Praxen?

2. Begründung: Ungenügender Support

- ➔ ...
- ➔ **Bis heute fehlende interinstitutionelle PID**
(übrigens Hauptargument gegen eKG)
- ➔ **Komplexe, häufig nicht integrierbare Hardware- und Softwarelösungen (Schnittstellenproblematik)**
- ➔ ...

Weshalb IT-Skepsis der Praxen?

3. Begründung: Finanzielle Überlegungen

➔ ...

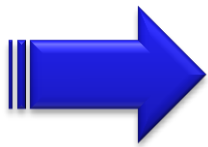
➔ **Persönliche Erfahrungen / Bemerkungen:**

- ***Praxisgerechte EDV mit grossem Aufwand verbunden***
- ***Enthusiasmus ist gefragt (und wird mindestens nicht gefördert)***
- ***Möglich häufig nur durch bw Bias
(wirkliche Aufwendungen bw nur inkonsequent berücksichtigt)***

➔ ...

Wie sähen nutzbare Angebote aus?

Vorbemerkung:



- ➔ **PAS gehören zur Strukturqualität einer Praxis
(vergleichbar Ausbildungsqualität des Arztes)**
- ➔ **Sie erfüllen alle die grundlegenden Admin-Aufgaben**
- ➔ **Der Rest ist Geschmackssache**

Wie sähen nutzbare Angebote aus?

1. Informationsauswertung / -aufbereitung

- ➔ In den letzten 2 Jahrzehnten mit Web «Quantensprung» der Informationstechnologie
- ➔ Heute Informationszugang «kein Problem» mehr
- ➔ Heutiges Problem nach Wertigkeit dieser Redundanz
- ➔ «Ich hab's gegoogelt...»

Wollen Sie von Ihrem Arzt anhand einer nicht transparenten, suchseitenoptimierten Empfehlung aus dem Google-Fundus behandelt werden?

Wie sähen nutzbare Angebote aus?

1. Informationsauswertung / -aufbereitung

- ➔ **Fachliche Evaluation/Aufbereitung medizinischer Informationsangebote («interdisziplinäre» Aufgabe)**
- ➔ **Praktisch einfachster Zugriff auf Informationen**
 - *Z.B. sind Guidelines während Sprechstunde nicht nutzbar*
 - *Relevante Information muss während Sprechstunde rasch/unkompliziert abruf- und umsetzbar sein*
 - *So ziemlich alle heutigen Portale kranken an Komplexität (Vollständigkeitswahn verhindert Nutzung)*
- ➔ **Einheitliche Benutzeroberfläche**
 - *Gewöhnung baut Nutzungshemmnisse ab*
 - *Reduktion Zeitaufwand für Info-Beschaffung*



1. zentraler Beitrag zur medizinischen Praxisqualität

Wie sähen nutzbare Angebote aus?

2. Nutzung medizinischer Datenacquisition

- ➔ Mit eKG riesige Informationsmengen auf HDs der Praxen
- ➔ Diese Daten werden bisher nicht bzw. kaum im Sinne einer konstruktiven Unterstützung des Arztes genutzt
- ➔ Falsche Prämisse:
Der Arzt sieht alles und überblickt jederzeit die ganze Krankengeschichte seines Patienten

Wie sähen nutzbare Angebote aus?

2. Nutzung medizinischer Datenacquisition

Voltaire's Sicht:

Ärzte verordnen *Arzneien*, von denen sie kaum etwas wissen, gegen *Krankheiten*, von denen sie noch weniger wissen, um *Menschen* zu heilen, von denen sie gar nichts wissen.



Wie sähen nutzbare Angebote aus?

2. Nutzung medizinischer Datenacquisition

➔ Begründung für datenbasierte Unterstützung

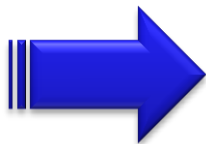
- **Höhere Lebenserwartung:**
immer komplexere Krankengeschichten
- **Zunehmende Komplexität medizinischer Zusammenhänge**
- **Diagnose selten in praxi gesehene Krankheiten**
- **Forderung nach EBM-gestützter Abklärung/Therapie**
(z.B. welcher EBM-Level liegt überhaupt vor?)
- **Hierdurch Erhöhung Patientensicherheit**
- **Insgesamt Zeitgewinn des Arztes für den Patienten**
(Hauptkritik an der heutigen schulmedizinischen Praxis)

Wie sähen nutzbare Angebote aus?

2. Nutzung medizinischer Datenacquisition

➔ Sinnvolle Unterstützungsmöglichkeiten

- **«Sofortalerts» aus der aktuellen Sprechstunde**
(Finden von Inkongruenzen)
- **Interpretationsunterstützung aufgrund aktueller/früherer Daten**
(Finden von Kongruenzen)
- **Verlaufsunterstützung bei chronischen Krankheiten**
aufgrund Verrechnung eigener Massnahmen/Guidelines
(Behandlungskonvergenz)



2. Zentraler Beitrag zur medizinischen Praxisqualität

Wie sähen nutzbare Angebote aus?

Beispiel «Sofortalert» während Sprechstunde

➔ Klinische Situation

- *Patient mit Magen-Darm-Beschwerden*
- *Patient steht wegen Herzschwäche unter Digoxin*
- *Kalium bei letzter Hosp vor 1 Jahr im unteren Normbereich (von System selbständig aus Spitalbericht entnommen)*
- *Kalium wurde seither nicht mehr bestimmt*

➔ System generiert folgende Alerts:

- *Überprüfung Digoxinspiegel mit Begründung*
- *Überprüfen Kalium-Wert mit Begründung*
- *Hinweis auf gefährliche Rhythmusstörungen bei Digitalisierung und tiefem Kalium*

Wie sähen nutzbare Angebote aus?

Beispiel Monitor bei chronischen Krankheiten

➔ Klinische Situation

- *Patient mit kardialer Durchblutungsstörung (KHK)*

➔ Bei jeder Konsultation liefert System:

- *Übersicht / Verlauf der korrigierbaren Risikofaktoren*
 - *Nikotin, Übergewicht, körperliche Aktivität*
 - *Blutdruck, Zucker-, Fettstoffwechsel*
- *Medi-Interaktionen*
- *Beschwerden als mögliche Medi-Nebenwirkungen*
- *Abweichungen von etablierten Standardtherapien*
- *Berechnung 10-Jahres-Risiken*



- **Erleichtert Gesamtüberblick in komplexer Situation**
- **Bessere Therapie und Compliance**
- **Geringere Folgemorbidität**

Thesen zum Mitnehmen

- ➔ **Gehen Sie nicht davon aus, dass optimierte PAS und verfeinerte Netzwerktechnologien Ärzte beeindrucken**
- ➔ **Nach 30 Jahren PC ist ein Umdenken überfällig: von der Verwaltungs-EDV zur medizinischen EDV**
- ➔ **Schaffen Sie Produkte für den Arzt (Fokusverlagerung)**
- ➔ **Unabdingbare Voraussetzung: Entwickler-Anwender-Kommunikation («interdisziplinärer» Ansatz)**
- ➔ **eHealth kann sich den Arzt unterstützend seiner Begrifflichkeit annähern**
- ➔ **Die Ärzte und Ärztinnen werden sie lieben/nutzen lernen**