

Heinz Bhend

Informatik in der Arztpraxis: Beispiel Medikamentenmanagement

Die Möglichkeiten des Informatikeinsatzes in der Arztpraxis sind weit umfassender und komplexer, als gemeinhin angenommen wird. Letztlich muss die Informatik uns in der ärztlichen Tätigkeit unterstützen und sollte zur Effizienzsteigerung und/oder Qualitätssicherung beitragen.¹

Acht Jahre nach der Umstellung auf eine papierarme Praxis kann ich bestätigen, dass die konsequente elektronische Dokumentation meine Effizienz gesteigert und die Qualität verbessert hat.

Aktueller Stand der IT

Gemäss einer noch unveröffentlichten Studie (SISA, 2008)² führen nur 11,1% der niedergelassenen ÄrztInnen eine vollständige elektronische Krankengeschichte. Die Hauptgründe für die Widerstände dürften die mangelnden Anreize, der massive zeitliche und finanzielle Aufwand und die fehlenden Standards sein. Aufgrund der letztgenannten Rahmenbedingung besteht die Gefahr, dass bei Bedarf die Daten nicht in ein Fremdsystem transferiert werden können und die Ärztin bzw. der Arzt somit für den Rest seiner Erwerbstätigkeit an den Softwareanbieter gebunden ist. Gleichzeitig nimmt er einem allfälligen Nachfolger den Entscheid über die Wahl des Softwareanbieters auch schon vorweg.

Welche Daten fallen an

In der Hausarzt- oder Spezialarztpraxis fallen drei Gruppen von Daten an:

- Administrative Daten: Patientendaten, Leistungsdaten
- Dokumente: eingehende Dokumente (Mail, Fax, Post), ausgehende Dokumente
- Klinische Daten: Notizen des Arztes, Labordaten, Medikamentendaten, Bilddaten wie Sonobilder, Röntgenbilder und Fotos, evtl. Codierungsdaten.

¹ Der Text wurde anlässlich des Educational Workshop 1, Telematik-tage 2008, am 6. März in Bern als Referat gehalten.

² SISA – Status quo der Informatikinfrastruktur und -kompetenz in Schweizer Arztpraxen, FMH/SGAM.Informatics (2008).

Bisherige Datenverarbeitung

Seit ungefähr 1990 erfolgt die Administration und Rechnungsstellung in den meisten Praxen praktisch ausnahmslos computerassistent. Seit etwa 1995 werden die meisten Dokumente mit Hilfe von Computern erstellt. Die elektronische Krankengeschichte ist etwa seit dem Jahr 2000 in einer Häufigkeit im einstelligen Prozentbereich im Einsatz – Tendenz langsam steigend. Seit etwa 2004 gibt es Stand-alone-Module zum Medikamentenmanagement wie zum Beispiel das Rosenstudio.

Wo ist der Computereinsatz sinnvoll?

Überall dort, wo grosse Datenmengen und/oder Datenbanken im Spiel sind und eine hohe Granularität gefordert ist, ergibt die computerunterstützte Verarbeitung Sinn. Beispiele aus der Arztpraxis sind der TARMED-Katalog mit mehreren tausend Positionen, der Medikamentenstamm und allenfalls auch ein Kodierungssystem (wie z.B. ICD-10 mit ebenfalls über 14 000 Codes). Hier ist die Lern- und Erfolgskurve für den Anwender sehr steil. Wer einmal begriffen hat, wie er Medikamenteninformationen mit Hilfe einer Software findet, wird nur noch in Ausnahmefällen im (buchstäblich!) unhandlichen Kompendium blättern. Die wenigsten werden den ausgedruckten TARMED- oder ICD-10-Katalog verwenden.



Heinz Bhend

Voraussetzung für Effizienz

Eine Effizienzsteigerung ist dort möglich, wo Daten wiederverwendet werden können.

Wenn ich die Medikamente bei einem Patienten einmal richtig erfasst habe und diese Daten bei der nächsten Konsultation zur Verfügung stehen und für ein Rezept, für den Einnahmeplan und in ein allfälliges Überweisungsschreiben «automatisch» übernommen werden können, habe ich wohl etwas initialen Mehraufwand betreiben müssen, der sich aber schon bald durch die Möglichkeit der Wiederverwendung rechtfertigt. Analog sind Labordaten,

Verlaufseinträge, Bilder usw. wiederverwendbar, indem sie intern oder extern übermittelt werden können.

Elektronische Kommunikation als zentrales Element

Damit kommen wir zum Kern der ganzen E-Health-Geschichte: Alle möchten elektronisch kommunizieren. Für die Kommunikation gibt es schier unendlich viele «Lösungen». Jede grössere Firma wittert hier ein Geschäftsfeld im Bereich des Austauschs von medizinischen Daten.

Unabdingbare Voraussetzung für eine digitale Kommunikation ist eine digitale Dokumentation! – Um es klar zu formulieren: Ohne elektronische Dokumentation in der Arztpraxis ergibt die ganze E-Health-Diskussion wenig Sinn! Ich wage sogar zu behaupten: E-Health wird in der Schweiz erst einen Durchbruch erleben, wenn 51% der KollegInnen elektronisch dokumentieren, d.h. eine elektronische Krankengeschichte und damit eine papierarme Praxis führen. Dahin ist noch ein weiter Weg, und das Ziel wird sicher nicht im Jahr 2012 erreicht sein, zumal gemäss der obenerwähnten Umfrage (SISA, 2008) zwei Drittel der niedergelassenen ÄrztInnen in den nächsten drei Jahren diesen Schritt ausdrücklich ausschliessen!

Digitale Kommunikation erfordert digitale Dokumentation. Diese wiederum ermöglicht digitale oder elektronische Interaktion. Damit ist nicht nur die Interaktionsprüfung zwischen einzelnen Medikamenten gemeint, sondern die Computerunterstützung in der klinischen Entscheidungsfindung. Das Kerngeschäft der Computer ist es, die richtige Information zur richtigen Zeit am richtigen Ort (RIRZRO) zur Verfügung zu stellen. Diese RIRZRO ist denn auch der erste Schritt in Richtung Clinical Decision Support.

Medikamentenmanagement

Am Beispiel des Medikamentenmanagements kann aufgezeigt werden, dass die Computerunterstützung tatsächlich zur Qualitätsverbesserung führt.

Es geht um die drei Bereiche: Auswahl/Einsatz, Übersicht/Verlauf und Hilfstoos.

Auswahl/Einsatz

Bei der klassischen Verschreibung geht es immer um den gleichen Algorithmus: Problemstellung – Auswahlmöglichkeiten zur Lösung – Alternativen. Wenn mir die Informatik hier die ganze oder vorselektionierte Liste der Medikamente in Sekundenschnelle zur Verfügung stellt, ist dies eine echte Hilfestellung. Die IT kann noch weit mehr: Der Computer kann beispielsweise meine Favori-

ten für eine Indikation, für meine Praxis oder für einen bestimmten Patienten monitorisieren und diese als Vorschlag präsentieren. Die Software kann auf Interaktionen, Kontraindikationen, Alternativvorschläge, Verfügbarkeit und Preis hinweisen. Ein Pop-up-Fenster, das mich warnt, falls der Patient ein bestimmtes Medikament nicht verträgt, ist ein echter Qualitätsquantensprung. Wenn ich doch ein starkes Analgetikum geben möchte, Tramadol aber nicht geht, bin ich froh um Auflistung der

**Solange nicht eine Mehrheit der KollegInnen
eine elektronische Krankengeschichte
in ihrer Praxis führt, wird es im Bereich E-Health
keinen Durchbruch geben.**

«starken Analgetika ohne Tramadol», um daraus eine Wahl zu treffen.

Im Sinne eines Biofeedback-Mechanismus funktioniert wohl die Aufaddierung des Preises: Je ein Klick auf ein Statin, Glitazon und einen Angiotensin-II-Hemmer ergibt zum Beispiel die Summe von CHF 653.10; dies lässt mich nicht unbeeindruckt.

Übersicht/Verlauf

Wohl eine der grössten Herausforderungen ist es, im Verlauf einer mehrjährigen Patientenbetreuung jederzeit zu wissen, welche Medikamente ein bestimmter Patient am Tag XY einnimmt. Wenn die Medikamentenliste diszipliniert nachgeführt ist, kann diese Auskunft bei Bedarf auch die MPA am Telefon erteilen. Diese Information steht gemäss RIRZRO jedem zur Verfügung, der Zugang zum System hat.

Weitere Fragen: Welche Verordnung/welches Rezept wurden dem Patienten XY am Datum DDMMJJ ausgestellt? Welche Medikamente sind bei einem bestimmten Patienten kontraindiziert und weshalb? Da muss ich zugeben: Übersicht zu halten ohne Informatikunterstützung ist für mich ein Ding der Unmöglichkeit. Ich möchte auch nicht mehr in jene Jahre zurück, als ich mich irgendwie durchgemogelt habe und bei wirklichem Bedarf (Bsp. externe Anfrage) mit gewaltigem zeitlichem Aufwand und entsprechendem Stress das Ganze aus der praktisch unleserlichen Papier-KG zu rekonstruieren versuchte!

Hilfstoos

Als Hilfstoos beim Medikamentenmanagement können aufgelistet werden:

– lesbare Rezepte (sehr geschätzt bei meinen Patienten),

- Ausdruck des Einnahmeplanes (Compliancehilfe und damit Qualitätssteigerung),
- Übernahme der aktuellen Medikation in Überweisungsschreiben,
- Reminder bei Packungsende.

Dies sind Möglichkeiten, die direkt effizienz- und qualitätssteigernd sind und die viel diskutierte «Störung der Sprechzimmerambiance durch einen Bildschirm» bei weitem aufheben.

Fazit und Folgerungen

Für mich kann die Frage nach Qualitäts- und Effizienzsteigerung durch IT-Einsatz in meiner Praxis zweimal mit einem klaren «Ja» beantwortet werden. Das Potential ist vorhanden, um in Zukunft digital kommunizieren zu können. Längst sind gesicherte Kommunikationskanäle etabliert. Solange nicht eine Mehrheit der KollegInnen eine elektronische Krankengeschichte in ihrer Praxis führt, wird es im Bereich E-Health keinen Durchbruch geben. Die Illustration dazu liefert die Erfahrung vieler KollegInnen: Solange sie papierbasiert arbeiten, wünschen sie die Berichte der Spitäler per Fax und/oder Postversand zu erhalten. Sobald der Wechsel zur digitalen Dokumentation gemacht ist, bedeutet jeder Fax und jeder Brief einen Mehraufwand. Viele Sekretariate stellen sich

auf den Standpunkt «Wir machen was die Mehrheit will – solange die Mehrheit per Fax/Print kommuniziert, kriegen es alle auf diesem Weg».

Die in Diskussionen mit KollegInnen wahrgenommenen Befürchtungen und die oben kurz skizzierten Hindernisse führen zu folgenden Forderungen:

Wir brauchen

- Standards für den Datenaustausch (CDA–Clinical Document Architecture) und die Schnittstellen,
- Export- und Importmöglichkeit aus/in die diversen elektronischen KGs,
- Hilfestellung für KollegInnen, die umstellen wollen (Schulungen, Begleitung),
- Anreize (Incentives) für elektronische Dokumentation. Man stelle sich vor, die Gelder für Versichertenkarte und HPC (Health Professional Card) wären für die obgenannten Punkte verwendet worden! – Vielleicht hätte der Fahrplan der nationalen E-Health-Strategie damit sogar eine realistische Chance gehabt.

Dr. med. Heinz Bhend

Facharzt für Allgemeinmedizin FMH

Leiter Arbeitsgruppe SGAM.Informatics

Oltnerstrasse 9

4663 Aarburg

heinz.bhend@sgam.ch