

Schweden gegen Deutschland 1:0

Kommentar zu den Artikeln von Thomas Kühlein et al. und Andy Maun

Sweden vs. Germany 1:0

Comment on the Articles by Thomas Kühlein et al. and Andy Maun

Eva Hummers

Größer könnten die Gegensätze kaum sein: Die unabhängigen Artikel von Prof. Thomas Kühlein (Erlangen) und Dr. Andy Maun (Freiburg, früher Göteborg) über die Nutzung der in der hausärztlichen Praxissoftware gespeicherten Daten zu Qualitätssicherungszwecken lesen sich als internationaler Vergleich. Aus Schweden wird ein Erfolgsmodell berichtet, während der Protagonist eines ganz ähnlichen Projekts in Deutschland nur sein weitgehendes Scheitern als „schmerzhaftes Erfahrung“ protokollieren kann.

Der gemeinsame Ansatz in beiden Ländern war die Überlegung, dass in elektronischen Patientenakten die Versorgung so dokumentiert sein müsste, dass man daraus deren Qualität abbilden und ggf. sinnvolle Messgrößen konstruieren kann – zur Quantifizierung und zum Vergleich von Versorgungsqualität (sogenanntes „Benchmarking“). Soweit – so simpel. Allerdings nur auf den ersten Blick.

Damit der Ansatz funktioniert, müssen diverse Voraussetzungen erfüllt sein.

- Zunächst sollte die **Dokumentation** in der elektronischen Patientenakte die benötigten Informationen auch in einer auswertbaren Form enthalten. Diese müssen sowohl konsistent genug dokumentiert sein, um Rückschlüsse zu gestatten („nicht dokumentiert“ heißt „hat nicht stattgefunden“), als auch auffindbar sein (z.B. nicht in gescannten oder gar in Papierform abgelegten Arztbriefen oder auch in nicht durchsuchbaren Freitexten versteckt).
- **Technisch** muss es möglich sein, direkt in der Praxis-EDV die gewünsch-

ten Parameter bzw. Patienten zu selektieren und Häufigkeitstabellen zu erstellen, aber möglichst auch komplexere Indikatoren zu berechnen. Alternativ sollte es möglich sein, relevante oder auch alle Daten aus der Praxis-EDV in eine für statistische Berechnungen geeignete Software zu exportieren.

- **Inhaltlich** sollen Maßzahlen bzw. Indikatoren valide sein, d.h. sie müssen auch wirklich mit der Qualität korrelieren – und nicht selten muss dazu zunächst geklärt werden, was denn „Qualität“ hinsichtlich einer konkreten Frage überhaupt ist. Häufig wird hier die möglichst umfassende Umsetzung von Leitlinienempfehlungen verwendet. Zu beachten ist aber, dass Leitlinien nicht als „Standardvorgabe“ gedacht sind, sondern als Entscheidungshilfe – eine „hundertprozentige Umsetzung“ ist somit weder zu erwarten noch sinnvoll.
- Fragen des **Datenschutzes** werden relevant, sobald Daten nicht mehr nur innerhalb der Praxis durch deren Ärzte oder Personal angesehen, sondern durch Dritte bearbeitet werden. Hier sind dann die ärztliche Schweigepflicht zu beachten sowie die Gesetze zu Persönlichkeit- und Datenschutz.

Die **Dokumentationsanforderungen** sind in Schweden offenbar kein Thema: „Mindeststandards für die Dokumentation, mit geeigneten informationstechnischen Formaten“ wurden als Voraussetzung implementiert. Wie handhabbar dies für die schwedischen Kollegen ist, wird nicht kommentiert – aber offenbar funktioniert es im Praxisalltag. In

der deutschen Praxis war es eine erhebliche Herausforderung, Patientinnen mit der Diagnose der Beispielerkrankung Osteoporose oder einer Risikokonstellation dafür zu identifizieren. Ebenso schwierig war das Auffinden von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die bei diesen Patientinnen indiziert sind – beides war nur durch händisches Suchen und Übertragen der Daten möglich. Die Praxissoftware unterstützt weder die strukturierte Dokumentation noch deren Auswertung.

In Deutschland scheitert selbst eine einfache praxisinterne systematische Prozessbeobachtung an unzureichender **Technik**. Die gebräuchlichen Praxissoftwaresysteme unterstützen derartige Bemühungen nicht. Sie erweisen sich vielmehr als Datengrab – weder werden Daten hinreichend strukturiert, noch geben die Systeme sie wieder aus. Sie funktionieren nach dem althergebrachten System der Schriftrolle, in der Daten chronologisch abgelegt werden und nur durch (ggf. durch Filter unterstütztes) Zurückscrollen patientenbezogen wieder nachgelesen werden können. Will man seine Daten mit denen anderer Praxen vergleichen, geht gar nichts mehr: Ein Datenexport ist kaum möglich, die dafür eigentlich obligate Behandlungsdatentransfer-(BDT-)Schnittstelle wird von den Herstellern gern versteckt und durch tagesaktuell anzufordernde Zugangscodes vor der Benutzung durch die Datenherren bzw. Kunden „gesichert“. Ein Göttinger Kollege, der Zugang zur Exportschnittstelle für seine eigenen Praxisdaten begehrte, musste von seinem Softwaredienstleister (einem der Großen am Markt) zunächst eine „Zu-

gangssoftware“ für einen hohen dreistelligen Betrag erwerben, mit der dann der passwortgeschützte Export erfolgen konnte. Die exportierten BDT-Dateien sollen eigentlich zwischen verschiedenen Systemen kompatibel sein und somit eine Übernahme in ein anderes System oder auch einen Vergleich der Inhalte ermöglichen. Die entsprechenden Definitionen wurden allerdings zuletzt 1994 aktualisiert; eine seit mehreren Jahren „im Test befindliche“ Beta-Version wurde bislang nicht fertiggestellt [1, 2]. Für einen tatsächlichen Vergleich von Daten sind also nicht nur das „Knacken“ des Zugangs, sondern auch umfangreiche Nachbearbeitungen erforderlich. An der Implementierung einer für wissenschaftliche Auswertungen geeigneten Schnittstelle („WDT“, Wissenschaftsdatentransfer) besteht seitens der Hersteller bisher kein Interesse [3, 4]. In Schweden hingegen erfolgt der Datenexport für das Qualitätsmanagement automatisch, im Routinebetrieb, ohne technischen Einsatz der einzelnen Praxis. Die Funktionen werden professionell bereitgestellt. Der Arzt muss sich nicht selbst darum kümmern, hat allerdings auch keine Kontrolle darüber.

Inhaltlich ist das schwedische System mit 80 durch akademisch geschulte Allgemeinärzte entwickelten, konsentierten Indikatoren hinterlegt. Diese werden automatisch aus den Daten erhoben bzw. berechnet und für ein praxisbezogenes Feedback mit Benchmarking aufbereitet. Maun berichtet, dass es zunächst eine große Herausforderung war, für dieses System Akzeptanz zu schaffen. Inzwischen besteht aber ein breiter Konsens, dass diese Kennzahlen auch wirklich Qualität abbilden bzw. dass eine Rückmeldung darüber geeignet ist, die Qualität zu verbessern – praxisintern und in der intersektoralen Zusammenarbeit. Kühlein kommentiert sehr selbstkritisch seine mangelnde Zielerreichung, weist aber auch darauf hin, dass eine pauschalierte Betrachtung der spezifischen Situation individueller Patienten nicht immer angemessen sei und zudem kaum Raum für gemeinsame Entscheidungen ließe. Beide Autoren sind sich einig, dass es sinnvoll ist, das eigene Handeln in der Praxis systematisch zu betrachten und zu reflektieren.

Erhebliche nationale Unterschiede gibt es hinsichtlich des **Datenschutzes**: Deutsches Recht ist mit dem schwe-

dischen Modell nicht vereinbar. In Deutschland dürfen pseudonymisierte Patientendaten derzeit nur (noch) mit individueller expliziter Einwilligung der Patienten die Praxis verlassen, die durch den Hausarzt eingeholt werden muss. Gemäß aktuellem Rechtsverständnis müssen darin die Nutzung der Daten sowie der Nutzungszeitraum genau beschrieben werden. Pseudonymisiert sind alle Daten, die auf eine Person zurückgeführt werden können, selbst wenn unmittelbare Personenkennungen wie Namen oder Krankenkassennummern durch Kennziffern ersetzt werden. Das in Schweden verwendete Opt-Out-Modell, bei dem die Öffentlichkeit „professionell“ von Dritten (vermutlich die Gesundheitsbehörden bzw. Provinzregierungen) über die Datennutzung zu Qualitätssicherungszwecken aufgeklärt wird und eine Nichtteilnahme bzw. ein Nutzungsverbot für die eigenen Daten explizit geäußert werden muss, ist in Deutschland nicht rechtmäßig. Lediglich vollständig unumkehrbar anonymisierte Daten unterliegen nicht mehr dem Datenschutzrecht. Hierbei müssen aber nicht nur direkte Personenkennungen gelöscht oder unumkehrbar verfremdet werden, sondern es muss gewährleistet sein, dass der Einzelne sozusagen in der Menge verschwindet. Das ist nicht trivial: Wenn man weiß, aus welcher Praxis Daten kommen, sind viele Diagnosen zu selten, als dass sie noch hinreichend anonym sind. Es gibt z.B. nur wenige Hundertjährige, was bedeutet, dass diese Patienten viel zu leicht identifiziert werden können. Es bleibt abzuwarten, wie sich die ab Mai 2018 gültige neue europäische Datenschutzverordnung auf die Systeme beider Länder auswirkt [5].

Politischer Wille und Infrastruktur

Insgesamt zeigt sich, dass die Frage nach Qualitätssicherung und Datennutzung auch eine politische Dimension hat. Der ärztliche Berufsstand und letztlich eine gesamte Gesellschaft müssen hier Werte reflektieren und konsentieren. Hier unterschieden sich Schweden und Deutschland erheblich: sehr fragmentierte Strukturen und Interessenvertretungsgruppen sowie eine starke Marktorientierung hier, dort ein staatliches

Gesundheitssystem mit stärkeren zentralen Strukturen und dem Willen zu mehr Regulierung. In Deutschland werden Datenschutz und ärztliche Behandlungsfreiheit hochgehalten. Qualitätssicherung wird hier nicht als gesellschaftliche Aufgabe betrachtet – weder von der organisierten Ärzteschaft, noch von Kostenträgern oder politischen Organen. Qualität wird als individuelle Aufgabe von Ärzten verstanden, die Bewertung den Patienten selbst überlassen. Das Entstehen mehr oder weniger dubioser Internetportale zur Bewertung von Arztpraxen füllt hier offenbar eine Lücke. In Schweden möchten sowohl die Öffentlichkeit als auch die die Gesundheitsversorgung finanzierenden Provinzregierungen verlässliche, vergleichbare und quantifizierbare Informationen über die Versorgungsqualität. Dafür wird eine pseudonymisierte Verwertung persönlicher Daten von Patienten bzw. Bürgern gestattet. „Weitgehend akzeptiert“ und eher sportlich gesehen (Maun) wird auch ein öffentliches Benchmarking, das in Deutschland befremdlich bis alarmierend anmutet: Die namentliche Veröffentlichung von Praxen-Ranglisten. Allerdings kann man ja durchaus diskutieren, ob hier nicht das Recht der Patienten auf Information über die Qualität von Hausarztpraxen Vorrang haben sollte vor dem Wunsch der Praxisinhaber, nicht bloßgestellt zu werden. Valider als die Bewertungsportale im Internet dürfte dieses Vorgehen allemal sein.

Kühlein berichtet eindrucksvoll vom Kampf des einzelnen Arztes, der „die eigenständige klinische Qualitätssteuerung in unseren Praxen als eine unterentwickelte professionelle Selbstverständlichkeit“ betrachtet, aber mit inhaltlichen Fragen und katastrophaler technischer Infrastruktur ringt. Die schlechten technischen Voraussetzungen in Deutschland sind ein Armutszeugnis – für die Hersteller von Praxissoftware, die offensichtlich das Bereitstellen entsprechender Funktionen für nicht erforderlich halten bzw. sich keinen Marktvorteil davon versprechen. Für die KBV, die medizinische Software zertifiziert, aber offenbar kein Interesse an Qualitätssicherungsfunktionen oder Versorgungsforschung hat, und für die Ärzteschaft, die nicht energischer den Zugang zu und die Auswertbarkeit der eigenen Daten verlangt. Der einzelne

Prof. Dr. med. Eva Hummers ...

... Medizinstudium und allgemeinmedizinische Weiterbildung in Deutschland und Frankreich. Seit 2012 Direktorin des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen; 2005–2012 Direktorin des Instituts für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover. Allgemeinärztliche Tätigkeit (angestellt) in einer Gemeinschaftspraxis im Landkreis Göttingen. Tätigkeit in zahlreichen nationalen und internationalen Gremien und Kommissionen, aktuell als Vizepräsidentin der DEGAM, Stellvertretende Vorsitzende der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut, Fachkollegiatin der DFG (jeweils stellvertretende Sprecherin der Sektion 4 des Fachkollegiums Medizin und der Prüfgruppe Klinische Studien).

Arzt hat gegen diesen systemimmanenten Mangel an geeigneten Strukturen kaum eine Chance, ebenso wenig der einzelne Patient auf der Suche nach einem guten Hausarzt. Daher darf auch in Deutschland Qualität nicht nur als individuelle Aufgabe betrachtet werden, sondern muss politische Unterstützung und geeignete Strukturen bekommen.

Inhaltliche Qualitätskriterien müssen die Ärzte fachbezogen selbst definieren und validieren; hier ist sowohl wissenschaftliche Erfahrung als auch ein möglichst breiter Konsens wichtig. Wissenschaftliche Fachgesellschaften und die berufspolitischen Verbände und Körperschaften müssen daher zusam-

menarbeiten, an der Finanzierung sollten die Kostenträger beteiligt sein. Im Interesse von Transparenz und Vergleichbarkeit sollte ein einheitliches, evaluiertes Indikatorset angestrebt werden, nicht etwa „am Markt konkurrierende“ Einzellösungen oder Modellprojekte.

Die **ärztliche Dokumentation** braucht Struktur und eine konsistente Semantik, die durch **funktionale Praxis-Software** unterstützt werden muss. Auswertungs- und Exportfunktionen für alle relevanten Daten („WDT-Schnittstelle“) müssen obligatorisch und für die Praxen frei zugänglicher Bestandteil jeder Praxissoftware sein. Dies muss die

KBV zur Voraussetzung einer Zertifizierung machen, um die Hersteller zum Handeln zu zwingen.

Gesellschaftlich-politisch sollte überlegt werden, wie der Schutz persönlicher Daten und das Interesse der Bürger, aber auch der Gesellschaft an einer qualitätsgesichert hochwertigen Versorgung gegeneinander abzuwägen sind, und dies bei der Gesetzgebung in Sachen Datenschutz berücksichtigen. Wenn auch hier – wie in Schweden – mehrheitlich der Wunsch nach institutionalisiertem Qualitätsmanagement besteht, muss die notwendige Infrastruktur für Datensammlung und -verarbeitung sowie die Erstellung von Informationsmaterial daraus bereitgestellt und finanziert werden.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Eva Hummers
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38
37073 Göttingen
Eva.Hummers-Pradier@
med.uni-goettingen.de

Literatur

1. Kersting M, Gierschmann A, Hauswaldt J, Hummers-Pradier E. Routinedaten aus hausärztlichen Arztinformationssystemen – Export, Analyse und Aufbereitung für die Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen* 2010; 72: 323–31
2. Qualitätsring Medizinische Software. www.qms-standards.de/standards/bdt-schnittstelle/ (letzter Zugriff am 29.06.2017)
3. Kersting M, Hauswaldt J, Lingner H. Modellierung von Anforderungen an ärztliche Routinedaten aus Sicht der Versorgungsforschung mit Hilfe der Unified Modeling Language (UML). *Gesundheitswesen* 2012; 74: 504–5
4. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Positionspapier zur obligaten Einrichtung und Unterhaltung einer Wissenschaftlichen Datentransfer-
5. Datenschutzgrundverordnung 2017. <https://dsgrvo-gesetz.de/> (letzter Zugriff am 29.06.2017)