

Abdelhaq Bahjaj

Dr. sc. hum.

Das deutsche und das französische Gesundheitssystem und Konsequenzen für eine grenzüberschreitende Gesundheitsakte

Fach/Einrichtung: Medizinische Biometrie u. Informatik

Doktorvater: Prof. Dr. rer. nat. Thomas Wetter

In Zeiten der europäischen Integration und der alternden Gesellschaft wird es immer wichtiger, dass Bürger mit medizinischen Problemen bei einer Behandlung im Ausland eine Kontinuität oder Betreuung erhalten. In dieser Arbeit wurden die alten europäischen Verbündeten Deutschland und Frankreich und die komplexe und weit verbreitete Erkrankung Diabetes Mellitus genutzt, um den reibungslosen Übergang bei grenzüberschreitenden Patienten zu untersuchen.

Diabetes mellitus Typ 2 ist ein gemeinsames und ernsthaftes globales Gesundheitsproblem. Auftretende Komplikationen des Diabetes mellitus Typ 2 wirken sich in diesem volkswirtschaftlichen Kontext auf das Wachstum eines Landes negativ aus.

Stabil eingestellte Diabetiker können ein weitgehend normales Leben führen, aber jederzeit, so auch auf Auslandsreisen, gefährliche Unterzuckerungen oder andere Komplikationen erleiden, so dass dann im Gastland schnelles richtiges Handeln lebensrettend sein kann, wozu die Dokumente des bisherigen Behandlungsverlaufs wichtige Informationen liefern können. Durch das mögliche gemeinsame Auftreten von Komplikationen kann es nötig sein, dass mehrere Gesundheitsakteure in die Behandlung einbezogen werden. In diesem Kontext werden die Patientenbehandlungsprozesse mit der Zeit immer komplexer, personal- und kostenintensiver. Unterschiedliche Kulturen haben unterschiedliche Referenzsysteme. Diese unterschiedlichen Referenzsysteme können nicht nur zu Erkenntnissen führen, sondern auch die Arzt-Patient-Beziehung während einer grenzüberschreitenden Behandlung stören.

Nach dem mikro- und makroskopischen Vergleich zwischen dem deutschen und französischen Gesundheitssystem haben Deutschland und Frankreich nicht nur Gemeinsamkeiten, sondern auch Unterschiede. Zusammenfassend sehen wir Unterschiede in der Ausübung der Medizin (z.B. Vollständigkeit der Dokumentation), in der medizinischen Ethnologie (z.B. Patient als „Bote“), in der medizinischen Informatik (z.B. Verwendung von Standards) und nicht zuletzt in den verschiedenen Sprachen. In diesem Sinne erfordert die Lösung des Problems der grenzüberschreitenden Leistungserbringung eine Konvergenz in all diesen Bereichen, bevor die Patienten reibungslos und sicher zwischen einem Heimatland und seinen Vermittlern von medizinischen Daten und einem Bestimmungsort mit seinen Empfängern dieser Daten wechseln können. Während die Gesetzgebung dem Patienten ein weitreichendes Recht auf Behandlung im Ausland einräumt, zeigt die Praxis bemerkenswerte und teilweise alarmierende Unterschiede. Unterschiedliche Berufsgruppen führen unterschiedliche Aufgaben aus. Ambulante und stationäre Behandlung sind unterschiedlich organisiert und geben den Patienten andere Rollen als zu Hause. Die Vollständigkeit der Dokumentation variiert für die Kernparameter um einen Faktor von mehr als zwei.

Unterschiede bei den physischen Einheiten und das Fehlen von Einheiten in französischen Aufzeichnungen bergen schwerwiegende Risiken. Einige Standards werden anders verwendet, und Standards werden im Allgemeinen viel weniger als angemessen verwendet.

Die meisten Gesundheitseinrichtungen haben sich als Ziel >Die Realisierung einer papierlosen Gesundheitseinrichtung< gesetzt. Diese Herausforderung ist zum Beispiel gemäß dem Electronic Medical Record Adoption Mode (EMRAM) bis jetzt in keinem Krankenhaus weltweit zu beobachten, da in den Gesundheitseinrichtungen eine hybride Patientenakte immer noch dominiert.

Jedes Krankenhaus hat seine eigene elektronische Patientenakte (ePA) mit verschiedenen Anforderungen an die Informationstechnologie. Um eine Patientenakte zu realisieren gibt es nicht nur eine ePA-Architektur, sondern viele ePA-Architekturen, z.B. GEHR, open EHR, EN/ISO 13606, HL7 V3, HL7 CDA, CCR. Jede Patientenaktenarchitektur soll die kulturellen Bedingungen des jeweiligen Landes berücksichtigen. Die Vielfalt der ePA-Architekturen könnte grenzüberschreitend nicht nur die semantische, sondern auch die interkulturelle Interoperabilität erschweren.

Im Mittelpunkt des grenzüberschreitenden elektronischen Datenaustauschs könnte ein Referenzmodell einer grenzüberschreitenden diabetologischen Patientenakte mit einzusetzenden Klassifikationen und Nomenklaturen am Beispiel des Diabetes mellitus Typ 2 stehen, um eine grenzüberschreitende Patientenversorgung zu garantieren. Das Referenzmodell versucht, Schwachpunkte bestehender Ansätze wie der TrEHRT zu vermeiden. Dennoch sollte nicht nur die Medizin die kulturellen und anthropologischen Unterschiede respektieren, sondern auch die Informations- und Kommunikationstechnologie bzw. die grenzüberschreitende ePA (IT-Anthropologie bzw. Medizinische Informatik-Ethnologie). Wenn man diese Forderung im semiotischen Dreieck begründet, wird offensichtlich, dass sie nicht in vollem Umfang erfüllt werden kann. Begriffe werden in beiden Sprachen identifiziert, für die es keine perfekten Übersetzungen gibt. Es gibt also Konzepte, die nicht zwischen den Kulturen geteilt werden und daher besteht keine gemeinsame Basis für ein semiotisches Dreieck. Dies schließt auch die Möglichkeit einer perfekten Übersetzung aus, geschweige denn eine perfekte maschinelle Übersetzung.

In der Zukunft werden die Blockchain-Technologien ein Thema der medizinischen Informatik bei der Entwicklung von einer grenzüberschreitenden elektronischen Patientenakte mithilfe Cloud Computing-Technologien unter Berücksichtigung der kulturellen, soziologischen und ökonomischen Dimensionen sein.

Diese Dissertation zeigt, dass im Kern der EU die deutsch-französische Freundschaft bisher die Gesundheit nicht hinreichend im Auge hatte. Die ernsthaften grenzüberschreitenden Herausforderungen und Unterschiede vervielfachen sich, wenn alle Länder der Erde in die vorliegende Untersuchung einbezogen werden.