

Heinz Bhend

# E-Health als Mehrwert für die Arztpraxis

**Dass E-Health bald bis ins Sprechzimmer vordringen wird, ist den meisten Akteuren des Gesundheitswesens klar. Die Frage stellt sich nur, in welcher Form und mit welchen Rahmenbedingungen dies eingeführt werden wird. Klar ist: Ohne eindeutige Rahmenbedingungen droht folgendes Szenario: E-Health ist da und keiner nutzt es!**

E-Health konzentriert sich aktuell auf die medienbruchfreie Kommunikation. Voraussetzung für einen Austausch medizinischer Informationen in digitaler Form ist die elektronische Dokumentation bei den Leistungserbringenden. Ohne eine kritische Masse von niedergelassenen Ärzten, die elektronisch dokumentieren, wird jegliche E-Health-Aktivität als Zusatzaufwand empfunden werden. Probleme wie Standards, Schnittstellen oder der sichere Datenaustausch werden zwar thematisiert und sind technischen Lösungen zugänglich. Ein limitierender Faktor von E-Health ist aber die fehlende elektronische Dokumentation in den Arztpraxen. Da sind noch enorme Investitionen nötig, sowohl finanziell als auch im schulischen Bereich.

## Dokumentation vor Kommunikation

Die E-Health-Architektur fokussiert auf die Kommunikation von Institution zu Institution. Der Weg innerhalb der Praxis wird praktisch nicht thematisiert. Eine gemeinsame Studie der Arbeitsgruppe SGAM.Informatics

---

Wenn nicht in den nächsten Monaten (nicht Jahren!) entsprechende Weichenstellungen erfolgen, kann es sein, dass das Thema «E-Health und Arztpraxis» zum Fiasko wird.

---

und der FMH ergab, dass nur zwölf Prozent elektronisch dokumentieren [1]. Was aber noch mehr aufhorchen lässt: Für zwei Drittel der befragten Kolleginnen und Kollegen ist die Umstellung auf elektronische Dokumentation in den nächsten drei Jahren kein Thema.

Erst mit einem massiven Ausbau der Praxisinformatik (mehrere Arbeitsstationen, interne Vernetzung) kann

das Potential der elektronischen Dokumentation genutzt werden. 31,3% der Kollegen geben denn auch an, dass das Kosten-Nutzen-Verhältnis für eine elektronische Krankengeschichte (KG) nicht stimmt. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass die Produkte zu teuer sind und/oder das Potential der Softwarelösungen mit elektronischer KG nicht bekannt ist oder nicht ausgeschöpft wird. Die Umstellung auf elektronische Dokumentation bedingt aber einen Paradigmenwandel in der Arztpraxis.

Einige Prozesse oder Arbeitsabläufe verändern sich zwangsläufig. «Going paperless» muss zudem praxis- und patientenverträglich implementiert werden.

Da sind Schulung, Lernen von Early Adopters und Konsens über die zwingenden Teilprozesse unumgänglich. Um für ein vernetztes Gesundheitswesen gerüstet zu sein, müssen in der Arztpraxis minimale Standards der elektronischen Dokumentation im Sinne einer «Best Practice» eingeführt werden. Erste Schritte in dieser Richtung haben wir in der Roadmap skizziert [2]. Nur wenn es uns gelingt, dass die elektronische Dokumentation im Sinne von Effizienz- und Qualitätssteigerung praxisintern einen Mehrwert generiert, wird sie zum Selbstläufer und damit zum Ausgangspunkt für den gewünschten Datenaustausch.

Wenn nicht in den nächsten Monaten (nicht Jahren!) entsprechende Weichenstellungen erfolgen, kann es sein, dass das Thema «E-Health und Arztpraxis» zum Fiasko wird. Noch ist der Weg vom Spital in die Praxis kürzer als von der Praxis ins Sprechzimmer.

## E-Health muss Vereinfachung bringen

E-Health umfasst die Informations- und Kommunikationstechnologie (ICT) im Gesundheitswesen. Aktuell spricht man viel von medienbruchfreiem Datenaustausch, von Standards und manchem mehr. Damit sind Verpackung, Sortierung und Transportwege thematisiert. Über die eigentlichen Inhalte wurde bislang kaum gesprochen. Offenbar geht man davon aus, dass die Inhalte einfach vorhanden sind.



Heinz Bhend

Wenn aber diese Inhalte für jeden Austausch neu erstellt werden müssen, wird E-Health in der Arztpraxis schnell zum Mehraufwand. Alles ist willkommen, aber sicher kein Zusatzaufwand. Entsprechende Erfahrungen in Deutschland lassen Schlimmes erahnen. Zum Erstellen eines Notfalldatensatzes benötigt der Arzt pro Patient etwa zwanzig Minuten. Dank Patient Empowerment kann der Patient auf die erhobenen Notfalldaten zugreifen, und so wurden gemäss einem veröffentlichten Bericht 59 von 281 erstellten Berichten zurückgewiesen oder gesperrt, da der Patient mit dem Inhalt nicht einverstanden war [3]. Nur was kurz- oder mindestens mittelfristig eine Entlastung oder Vereinfachung bringt, wird angewandt werden.

### Die verschiedenen IT-Bereiche der Praxisinformatik

Zuerst muss man sich im Klaren sein, welche Bereiche die IT in der Arztpraxis umfasst. Ergänzt nach Haux gehören zur Praxisinformatik folgende Bereiche [4]:

- *Administration*: Patientenadministration, Rechnungsstellung, Tarifhandlung.
- *Dokumentation*: Führen einer elektronischen KG mit noch zu definierenden Teilmodulen, Geräteanbindung, praxisinterne Vernetzung, vordefinierte Extrakte (bspw. Notfalldatensatz), Medikamentenmanagement, Exportmöglichkeiten usw.
- *Kommunikation*: Gesicherter Austausch zwischen Leistungserbringenden, Upload eines vordefinierten Datensets für ein Onlinedossier.
- *Medical Knowledge*: Wissensdatenbank (Online- und Offlineinformationen, patienten- oder diagnosebezogen, Guidelines, sowohl interne als auch externe Richtlinien).
- *Clinical decision support* oder Expertensysteme: Hilfstools, um im Moment der Entscheidung die richtigen Informationen zur Verfügung zu haben. Beispiele: Medikamenteninteraktions- und Unverträglichkeitsprüfung, Reminder für Kontrollen, Flowcharts gemäss Guidelines.
- *Reporting/Monitoring*: Abfragetools für interne und praxisübergreifende Statistiken, Benchmarking.
- *Forschung*: Wissenschaftliche Fragen der Versorgungsforschung, der Effizienz universitär propagierter Richtlinien, Abbildung der hausärztlichen Leistung/Tätigkeit.

### Wir bewegen uns langsam auf die Dokumentation zu

Der administrative Teil kann in der Schweiz als «abgehakt» angesehen werden. Da wurde in den letzten Jahren viel in-

vestiert und sehr viel erreicht. Praktisch sämtliche Praxen rechnen elektronisch ab, die Rechnungsdaten sind in Trustcenters gelagert und wären zur Weiterverarbeitung bereitgestellt. Dass dies nicht oder nur rudimentär geschieht, liegt nicht an der Technik, sondern am politischen Umfeld.

Jetzt wird vor allem diskutiert, wie dereinst kommuniziert werden soll. Es finden Veranstaltungen zu Themen wie Standards, E-Health-Architektur, Schnittstellen, Austauschmöglichkeiten, Austauschmodalitäten, Sicherheit usw. statt.

Tatsache ist aber, dass wir noch gar nicht soweit sind. So viel ist klar: Ohne elektronische Dokumentation gibt es auch keine elektronische Kommunikation. Wenn man diese mit neuen Tools erzwingen will, ist der Absturz programmiert: «Do not use a computer to force a change of behavior» [5]. Weder Versichertenkarte, Health Professional Card noch E-Health-mässige Vernetzung machen da eine Ausnahme!

Das Dilemma oder die Herausforderung für die nächsten Monate besteht darin, dass wir Ärztinnen und Ärzte einen State of the Art der Dokumentation etablieren müssen, der

---

**Hausärztinnen und Hausärzte müssen so geschult werden, dass sie so zu dokumentieren können, dass die Daten auch vernünftig wieder verwendet werden können.**

---

die übrigen Bereiche von E-Health ermöglicht. Es geht vor allem darum, die Kolleginnen und Kollegen zu schulen, so zu dokumentieren, dass die Daten auch vernünftig wieder verwendet werden können. Primär darf dabei nicht der externe Datenaustausch im Vordergrund stehen, sondern der Mehrwert der elektronisch gespeicherten Daten für die einzelne Praxis. Qualitäts- und Effizienzsteigerung müssen für den Anwender bald sichtbar werden. Nur so wird es uns gelingen ...

- ... einen hohen Standard der elektronischen Dokumentation zu erreichen und ...
- ... die elektronische Dokumentation praxisintern so zu tunen, dass sie zum Selbstläufer wird.

### Erstens die richtigen Dinge tun und zweitens die Dinge richtig tun

*Die richtigen Dinge tun* heisst im aktuellen Umfeld: Die Einführung der elektronischen Dokumentation ist zwingend und sollte unverzüglich angepackt werden. Man kann dies weder verordnen noch erzwingen. Es müssen aber dringend entsprechende Rahmenbedingungen ge-

schaffen werden, damit dies praxisverträglich erfolgen kann. Dabei geht es nicht nur um Anreize (Incentives), sondern auch um entsprechende Information und Schulung der Kolleginnen und Kollegen.

*Die Dinge richtig tun* bedeutet im Bereich der elektronischen Dokumentation, dass eine minimale Strukturierung zwingend ist. Ferner ist ein Ordnungsprinzip unumgänglich. Nur so kann das Potential der elektronischen Krankengeschichte ausgeschöpft werden. Wer frisch drauflos eintippt und seine elektronische KG analog der Papierkrankengeschichte führt, wird nach ein bis zwei Jahren vor einem unübersichtlichen Chaos stehen. Die Informationstechnologie ist hier unbarmherzig und bildet unsere Unordnung einfach ab – für jeden sichtbar, der Zugang auf das System hat. Erst wenn man entdeckt, dass Effizienz und Qualität gesteigert werden können, dass die Möglichkeit von Monitoring, Reporting und Forschung gegeben ist, wird man den Aufwand auf sich nehmen und den «papierlosen Weg» einschlagen. Die elektronische Kommunikation sollte gewissermassen als positive Nebenwirkung wahrgenommen werden.

### Onlineformulare sind vorbei

Noch vor einem Jahr (Januar 2008) wurde ein Online-anmeldeformular<sup>1</sup> vorgestellt, das 30 Entscheidungsschritte (Checkboxes, Auswahlmeneue, Angaben eintippen) benötigte, bis ich einen Patienten für eine Röntgenuntersuchung elektronisch anmelden konnte. Mir war beim ersten Einloggen klar, dass das so nicht funktionieren wird. Schnell wurde die Übernahme der administrativen Daten implementiert. Dies ist ein Etappenziel. Langfristig müssen auch die für eine bestimmte Anmeldung oder Einweisung notwendigen klinischen Daten mitgeliefert oder automatisch vorgeschlagen werden. Dies soll illustrieren, dass es eine Definition von gewissen Modulen oder Sets braucht. Sonst droht das Szenario, dass ich in Zukunft statt Online- einfach Offlineformulare habe, aber im Prinzip das gleiche mache: Die Daten für den Empfänger konfektionieren, ohne dass ich davon profitieren kann.

### Incentives & Co

Die Arztpraxis wird nicht darum herumkommen, Dienstleistungen zu Gunsten der ganzen Behandlungskette zu übernehmen. Dies muss entsprechend entschädigt werden. Diese Vorleistungen wieder in einem Einzelleistungstarif zu erfassen und abzugelten, wäre das Dümme, das uns einfallen könnte. Hier braucht es Pauschalent-

schädigungen ausserhalb des TARMED-Gefüges und ohne Kontrollmechanismus, wer wie viele Bytes an wen übermittelt. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen unmissverständlich, dass ohne namhafte Anreize der E-Health-Zug nicht (ab-)fährt. Es braucht noch dieses Jahr mutige Entscheide, sonst kann der E-Health-Fahrplan nicht eingehalten werden. Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg!

Einzig bei der Rezeptur könnte eine zeilenbasierte Abgeltung oder Umverteilung erfolgen. Die Administrativtaxe der Apotheken wäre bei der medienbruchfreien Kommunikation hinfällig und könnte dafür eingesetzt werden.

Neben finanziellen Anreizen müssen Schulungen und Kurse angeboten werden. Wir kommen nicht darum herum, uns ein minimales Mass an IT-Kompetenz zu erwerben. Es braucht keine Power-User-Kenntnisse. Meist genügen gesunder Menschenverstand und «learning by doing». Es macht wenig Sinn, wenn jeder, der den Weg zur papierarmen Praxis unter die Füsse nimmt, die gleichen Fehler macht. Dies betrifft Evaluation und Aufrüstung der IT-Infrastruktur in der Praxis, Sicherheits- und Datenschutzaspekte, aber auch die konkrete praxis- und patientenverträgliche Umstellung. Dass die Qualität der elektronischen Dokumentation leidet, wenn der Arzt schon mit dem Zehnfingersystem am Limit ist und dabei noch von Patienten beobachtet wird, wie er sich durchs Programm kämpft, liegt auf der Hand. Kolleginnen und Kollegen, die schon ein Stück des papierlosen Weges gegangen sind, könnten allenfalls als Tutoren rekrutiert werden. – Ausser man tut es!

### Literatur

- 1 SISA. Status quo der IT-Infrastruktur und IT-Kompetenz in Schweizer Arztpraxen. 2007.
- 2 Roadmap Elektronische KG; SÄZ. 2008;89:32.
- 3 Heise online. Elektronische Gesundheitskarte: Zwischenbericht vom 10.000er-Test veröffentlicht. 5.12.2008.
- 4 Haux R. Health care in the information society; *Medical Informatics* 2002;66:3–21.
- 5 Wagner J. E-Health – FMH. Handout zur Sitzung vom 3.9.2008.

Korrespondenz:

Dr. med. Heinz Bhend  
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH  
 Leiter Arbeitsgruppe SGAM.Informatics  
 Oltnerstrasse 9  
 4663 Aarburg  
 heinz.bhend@sgam.ch

<sup>1</sup> DocBox, Pilotversuch im Kanton Aargau.

## InfoSocietyDays 2009 mit Swiss eHealth Forum in Bern

Der Beitrag von Heinz Bhend beleuchtet ein zentrales Thema des Swiss eHealth Forums 2009, das am 5. und 6. März im BEA-Kongresszentrum in Bern stattfindet. Entwicklungen wie die Versichertenkarte, das elektronische Patientendossier, die Swiss DRGs und die notwendige Vernetzung von Leistungserbringenden, Kostenträgenden und Behörden verlangen nach klaren Entscheidungen im Einsatz der Informations- und Kommunikationstechnologien. Das **Swiss eHealth Forum 2009** liefert Grundlagen, Anregungen und Kontakte dazu. Dessen Schwerpunkte lauten wie folgt:

- **5. März:** Nationale Koordination – eHealth Schweiz: Wie kommen wir voran?
- **6. März:** Auf dem Weg zu prozessorientierten E-Health-Identitäten

Das Swiss eHealth Forum ist Teil der InfoSocietyDays 2009, die vom 2. bis 6. März durchgeführt werden. Sie schliessen nahtlos an die bisherigen Telematiktage an – sowohl bezüglich Programmstruktur als auch der Organisation und des Veranstaltungsortes. Mit den drei Foren

«eEducation», «eGovernment» und «eHealth» behandeln die InfoSocietyDays als einzige Schweizer Plattform drei wichtige Kernthemen unserer Informationsgesellschaft. Die Schwerpunkte von «eEducation» und «eGovernment» lauten wie folgt:

- **Swiss eEducation Forum (2. März):** Konkurrenzfähig dank eEducation – Innovative Ansätze zur Bewältigung aktueller Herausforderungen
- **Swiss eGovernment Forum (3. März):** Elektronische Geschäftsverwaltung – Der Baustein für erfolgreiches eGovernment
- **Swiss eGovernment Forum (4. März):** Sicherheit und Datenschutz im Internet – Die Grundvoraussetzung für eine breite Akzeptanz von eGovernment

Die detaillierten Programme sowie die Anmeldeformulare finden Sie auf [www.infosocietydays.ch](http://www.infosocietydays.ch)



# In einem Schritt zum richtigen Kode.

## Semfinder® One Step Coding

I21.0 Akuter transmuraler Myokardinfarkt  
I50.1 Linksherzinsuffizienz  
E11.2+ Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus  
N08.3\* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus

### Semfinder revolutioniert die Kodierung

und kodiert komplexe Freitexteingaben in einem einzigen Schritt – selbst Mehrfachcodes werden direkt generiert. Bei unvollständiger Eingabe stellt Semfinder gezielt ergänzende Fragen. Neugierig? Kontaktieren Sie uns, gerne zeigen wir Ihnen Semfinder persönlich.

**Semfinder online:** Nutzen Sie Semfinder auch über das Internet. Fordern Sie jetzt Ihr Login an und testen Sie unverbindlich. [www.semfinder-online.com](http://www.semfinder-online.com)

 **Semfinder**