

Heinz Bhend

Ohne Nutzen kein Erfolg

Die Bedingungen müssen stimmen, damit die Einführung des Patientendossiers erfolgreich ist

Die Versichertenkarte mit integriertem Chip ist in greifbarer Nähe. Die Health Professional Card ist für early adopters angeblich schon zu haben. Für beide Tools fehlen jedoch konkrete Anwendungen. Einzelne E-Health-Dienstleistungsanbieter wollen nicht mehr warten und lancieren ihr Produkt ungeachtet fehlender Standards und Kosten-Nutzen-Analysen. Der Erfolg eines Patientendossiers hängt aber nicht von Tools und Technik ab, sondern vom Nutzen für alle Beteiligten. Und dazu braucht es zuerst die nötigen Rahmenbedingungen.

Als Hausärzte haben wir uns wiederholt gegen Karten- oder Sticklösungen eines Patientendossiers ausgesprochen. Wir sind überzeugt, dass nur ein online zugängliches Patientendossier (= OPD; zentral oder dezentral) sinnvoll «bewirtschaftet», d.h. à jour gehalten werden kann. Zudem ist die medienbruchfreie Integration in die gängigen Praxisinformationssysteme zwingend um in der Arztpraxis eine Effizienzsteigerung zu ermöglichen. Idealerweise ist das OPD ein Teilextrakt aus der elektronischen Dokumentation (eKG¹) beim Hausarzt. Die eKG muss dabei Master, das OPD Slave sein.

Letztlich nützt es nichts, wenn Informationen zur Verfügung stehen, von denen man nicht weiss, ob sie vertrauenswürdig sind oder nicht. Nur wenn von einer Fach-

In der Hausarztpraxis laufen die Informationsfäden zusammen und die meisten Patienten wünschen dies auch im Zeitalter von Mail, Internet und Datenaustausch so beizubehalten.

person die Verantwortung für den Inhalt übernommen wird, kann die Information hilfreich sein. Die Pflege der medizinischen Inhalte ist deshalb eine (haus-) ärztliche Aufgabe. Der Patient soll seine Daten einsehen, aber nicht verändern können. Der Doctor-directed-Ansatz hat klar Vorteile gegenüber einer Patient-directed-Lösung [1]. Falls es parallel dazu ein vom Patienten selbst verwaltetes Dossier gibt, muss dies entsprechend ausgewiesen werden.

¹ eKG meint elektronische Krankengeschichte.

Datentransfer als Grundvoraussetzung

Nur wenn Daten von OPD-A nach OPD-B verlustfrei transferiert werden können, kann gewährleistet werden, dass sich ein Bürger nicht auf ewig einem Anbieter verschreibt. Verlust der Daten oder unstrukturierte Ausgabe beim Anbieterwechsel sind keine Option. Solange der Datenaustausch zwischen verschiedenen OPD-Anbietern nicht möglich ist, bedeutet dies eine de facto Abhängigkeit vom Anbieter. Die Hausärzte werden keine Monopolstellung unterstützen. Diese entsteht zwangsläufig, wenn die Inhalte, infolge fehlender Schnittstellen und unbekannter Spezifikationen, nicht migrierbar sind. Dies widerspricht auch dem Ansatz, dass die Daten dem Patienten gehören. Voraussetzung ist somit ein «Minimal-Dataset» als kleinster gemeinsamer Nenner. In der Hausarztpraxis laufen die Informationsfäden zusammen. Die meisten Patienten wünschen dies auch im Zeitalter von Mail, Internet und Datenaustausch so beizubehalten. Das Bereithalten aktueller und verlässlicher Informationen ist eine ärztliche Leistung, die abgegolten werden muss. Allenfalls sind, entsprechend der Neugestaltung von Prozessen, die Abgeltungen neu zu regeln.



Heinz Bhend

Die Finanzierung muss geregelt sein

Mehrleistung ohne Mehrpreis gibt es auch im E-Health-Zeitalter nicht.

Eine Studie der Universität St. Gallen bemängelt zu recht, dass es keine adäquaten Methoden gäbe um E-Health zu bewerten [3]. Dies wird noch viel Kopfzerbrechen verursachen. Mit wie viel Franken soll der Umstand gewichtet werden, dass der Bürger seine medizinischen Daten einsehen kann? Entscheidend ist, dass es eine neue, bisher nicht vorhandene Möglichkeit ist, und diese hat ihren Preis. Das OPD erfordert technische Vorkehrungen (Infrastruktur) und redaktionelle Arbeit. Die Pflege des «digitalen Patienten» wird ein deutlicher Mehraufwand seitens der Hausärzte bedeuten. Einfach die Daten der Haus- und/oder Spezialarzt Krankengeschichten, Spitalaustrittsberichte und Labordaten ungefiltert irgendwo abzulegen führt zwangsläufig zu einem Datenfriedhof.

Die Datenpflege ist eine mögliche neue Leistung des Hausarztes und kann nicht mit den bisherigen Tarifen, und vor allem nicht innerhalb TARMED, abgegolten werden. Damit stellt sich die Frage, wer von E-Health profitiert.

Wer profitiert von E-Health?

Diese Frage wird in der künftigen Diskussion sehr zentral sein. Zwei neuere Arbeiten zu diesem Thema lassen aufhorchen und dürfen nicht unkommentiert bleiben. Die oben erwähnte Studie [2] ortet den Profit von E-Health-Anwendungen vor allem bei den Leistungserbringern. Die vom Bund finanzierte Studie befasst sich u. a. auch mit dem Patientendossier. Gemäss Urteil dieser Gruppe profitieren angeblich die Leistungserbringer von einem OPD. In der Gruppe der Leistungserbringer sind genau zwei Ärzte, einer (!) davon ein niedergelassener Arzt. Leider hat man nicht unterschieden zwischen Leistungserbringer, welche v. a. Daten liefern und solchen die v. a. Daten abfragen/erhalten können. Diese Arbeit ist in aller Form zurückzuweisen.

Auch eine grössere Arbeit der EU [4] ortet bei den Leistungserbringern den Profit. Im Rahmen dieser Studie wurden innerhalb der Europäischen Union zehn Projekte analysiert. Bei E-Health-Diskussionen wird gerne der Vergleich mit dem Ausland eingebracht. Es gibt Gesundheitssysteme die billiger sind, gemessen am BIP. Vorzeigebeispiel ist Dänemark. Drei Merkmale des dänischen Gesundheitssystems sind nach meiner Einschätzung wesentlich. Jeder Leser kann sich selber ausmalen, ob die Umsetzung in der Schweiz realistisch ist:

- Das Gesundheitswesen in Dänemark ist staatlich organisiert. Dies bedeutet u. a. Einheitskasse, 100% Gatekeeping, Versicherer schreibt Medikamente vor;
- Fokussierung auf die Hausarztmedizin. So bilden die medizinischen Fakultäten «nur» Hausärzte aus. Wer eine Spezialisierung will, muss diese selber organisieren;
- Dänemark hat es vor wenigen Jahren geschafft, das Land in fünf Regionen neu zu organisieren. Vorher waren es 14 Counties. Dies geschah nicht nur für die Belange des Gesundheitswesens. Vor allem politisch, organisatorisch und gesellschaftlich wurde dieser Umbau durchgezogen. Davon hat das Gesundheitswesen aber massgeblich profitiert [5].

² Die elektronische Dokumentation ist meines Erachtens zwingende Voraussetzung jeglicher E-Health-Anwendungen.

³ DMA – Direkte Medikamentenabgabe beim Arzt.

Nutzen nur abschätzbar

Die EU-Studie stellt für alle zehn Projekte die Kosten (annual costs) und den geschätzten (!) Nutzen im zeitlichen Verlauf dar. Für viele Projekte kann der Nutzen nicht in Euro errechnet werden und wird als «virtueller Nutzen» geschätzt. Bemerkenswert ist, wie in dieser Studie aufgezeigt wird, dass es Jahre dauert (minimal zwei, maximal acht), bis ein finanzieller Vorteil aufgezeigt werden kann. Für die Einführung des EHR (Electronic Health Record oder OPD) sind dies zirka acht Jahre. Dabei ist unklar,

Durch neue Angebote im Rahmen E-Health wird das Gesundheitswesen teurer; zumindest in den ersten fünf bis zehn Jahren. Ob die Mehrleistung tatsächlich besser sein wird, ist unklar.

bzw. nicht ersichtlich, ob die elektronische Dokumentation in den Praxen schon vorhanden ist oder nicht.² Neben den Leistungserbringern, welche einen Benefit durch schnellere und vollständigere Informationen haben, sollen auch die Versicherer deutlich profitieren, indem sie Zweituntersuchungen vermeiden können. Ob die Versicherer Zugang auf die medizinischen Informationen haben, geht aus dem Bericht nicht hervor. Wie sie diese unnötigen Zweituntersuchungen vermeiden können, ohne den Inhalt des OPD zu kennen, kann ich mir nicht vorstellen.

Ein Beispiel mit schnellerem Erfolg (fünf Jahre) ist das E-Prescribing in Schweden. Dabei wird aber nicht evaluiert ob die DMA³ einfacher wäre, da es diese Option im Ausland gar nicht gibt. Voraussetzungen sind bei diesem «schnellen Erfolg», dass beim Arzt schon elektronisch dokumentiert wird und das Rezept, anstatt in Papierform, eben digital übermittelt wird. Der Leistungserbringer profitiert dann bei der medienbruchfreien Datenübermittlung von ausbleibenden Rückfragen der Apotheken.

Unklare Zukunft

Durch neue Angebote im Rahmen E-Health wird das Gesundheitswesen teurer; zumindest in den ersten fünf bis zehn Jahren. Ob diese Mehrleistung tatsächlich besser sein wird, ist ebenfalls noch unklar. Die Datenlage für Evidenz des medizinischen und ökonomischen Benefits eines OPD ist mehr als dürftig [6]. Momentan interessiert das niemand direkt, da vorerst nur der gefällte politische Entscheid massgebend ist. Langfristig muss ein Patientendossier sowohl für Patient und Arzt nützlich sein. Dazu sind die skizzierten Rahmenbedingungen zwingend. Selbstre-

dend sind die rechtlichen und datenschutztechnischen Fragen zu regeln. Entscheidend wird sein, wer für die Kosten aufzukommen hat. Man wird versuchen, die Kosten und den Nutzen zu evaluieren und zuzuordnen. Um gut dazustehen muss der Nutzen hoch und der Mehraufwand tief bewertet werden. Wenn man den Mehraufwand auf Seiten der Leistungserbringer als Benefit für diese selber auslegen kann oder noch besser als «schon abgegolten», fallen hier keine Kosten an.⁴ Zusätzlich wird ein Teil des Mehraufwandes in Form von Zeitaufwand für den Bürger (zweiter Gang zum Arzt/Labor/Röntgen⁵ usw., Zeit für Dossierverwaltung usw.) aus der Kostenrechnung ausgeklammert und die Abwesenheit am Arbeitsplatz nicht mitberücksichtigt. Durch solche Tricks ist das Verhältnis Kosten/Nutzen deutlich besser, aber weit entfernt von einer Gesamtkostenrechnung.

⁴ In diesem Sinne ist auch die santesuisse Stellungnahme vom 19. Juni 2009 zum Projektbericht E-Health Architektur ein taktischer Zug.

⁵ Die Tendenz Labor, Röntgen und Medikamente aus der Arztpraxis zu verdrängen ist unverkennbar. Für viele Prozesse ist dann eine zweite Konsultation zwingend. Dies ist im Ausland oft der Fall. Die volkswirtschaftlichen Aspekte (Bsp. Absenz am Arbeitsplatz für zweite Konsultation) müssten bei einer Vollkostenrechnung mitberücksichtigt werden.

Literatur:

- 1 Future Vision: is family Medicine Ready for Patient-directed Care? Family Medicine. April 2009.
- 2 A Research Agenda for Personal Health Records. JAMIA. November 2008.
- 3 Fitterer R et al. Was ist der Nutzen von eHealth?; Eine Studie zur Nutzevaluation von E-Health in der Schweiz. Health Network Engineering, Institut für Wirtschaftsinformatik, Hochschule St. Gallen. Mai 2009.
- 4 Stroetmann K et al. E-Health is worth it. The economic benefits of implemented E-Health solutions at ten European sites, www.ehealth-impact.org, 2008.
- 5 Bhend H. Dänemark – hast Du es gut!?, PrimaryCare. 2008;8(03):44–5.
- 6 Kaelber D et al: A Research Agenda for Personal Health Records; JAMIA.2008 15, 729ff.

Korrespondenz:

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

