

Vorschläge zur Expertentagung über eine nationale eHealth-Strategie vom 11. Mai 2007 in Bern



Aus der Sicht der Hausärzte werden sich eHealth-Aktivitäten, die eine Vereinfachung der Abläufe und einen finanziellen Nutzen bringen, schnell durchsetzen. Handlungsfelder, die einen solchen Nutzen generieren, für die eHealth-Architektur jedoch keine Vorgaben machen, könnten unseres Erachtens als Türöffner für eine nationale eHealth-Strategie wirken.

Du point de vue des médecins de famille, les activités eHealth qui signifient une simplification des processus et un avantage financier vont rapidement s'imposer. Les champs d'activité générant de tels avantages sans présupposer une architecture particulière constituent à notre avis le meilleur préalable à une stratégie eHealth nationale.

Franz Marty, Heinz Bhend, Bruno Kissling,
Hansueli Späth

An einer nationalen Tagung am 11. Mai 2007¹ sprechen Experten und Akteure aus dem Gesundheitswesen über konkrete Massnahmen zur Umsetzung einer nationalen eHealth-Strategie [1].

Vertreter des BAG, der GDK, der kantonalen eHealth-Projekte, der Krankenversicherer, Ärztegesellschaften und Spitäler sowie Public-Private-Partnership-Experten und Juristen stellen sich vier zentrale Fragen:

- Wer bestimmt das Ziel und den Kurs – wer ist Kapitän, wer Steuermann?
- Welche Bedeutung haben die kantonalen eHealth-Initiativen für eine nationale Strategie?
- Welches sind die aktiven Beiträge der grossen Akteure des Schweizer Gesundheitswesens?
- Ist die Finanzierbarkeit von eHealth im Tarifsystem des Schweizer Gesundheitswesens machbar? Die SGAM nahm Ende März 2007 an der «Anhörung zum Entwurf der nationalen Strategie «eHealth»» teil und antwortete dem BAG postwendend. Die Visionen liessen sich nur sehr pauschal beurteilen – auffällig war vor allem das Fehlen von Vorstellungen bezüglich Kosten und Finanzierung der Visionen. Aus der Sicht der SGAM gibt es drei Handlungsfelder, die einen Nutzen für die hausärztliche Praxis generieren und Türöffner für eine nationale eHealth-Strategie sein können.

Die drei Handlungsfelder aus hausärztlicher Sicht

1. eHealth in der Administration

Im administrativen Bereich sind die Hausärzte für eHealth seit 2005 bereit.

Vorschlag: Deblockierung der Situation.

Analog zum EDA beim Rechnungswesen könnten auf anderen administrativen Gebieten (z.B. Patientenbriefe, Korrespondenz Hausarzt/Spezialist oder Hausarzt/Spital) die notwendigen administrativen Informationen mittels eines angepassten (verkleinerten oder ergänzten) XML-4.0-Datensatzes eingesetzt werden. Die Schnittstellen zu diesen Dokumenten sind in allen Softwarepaketen zur Praxisadministration implementiert, die Kosten zur Aufrüstung weiterer Teilnehmer lassen sich gut berechnen.

2. Finanzierung

In praktisch allen eHealth-Konzepten und -Projekten fehlen Kostenzahlen, die Finanzierung ist nicht geregelt.

Vorschlag: Alle eHealth-Projekte müssen eine Pilotphase durchlaufen; die Finanzierung der Pilotversuche muss geklärt sein. eHealth-Projekte werden nur im nationalen Rahmen eingeführt, wenn die WZW-Kriterien erfüllt sind.

3. eHealth und medizinische Daten

a) Elektronische Krankengeschichte

- Plattformunabhängigkeit:

Bis auf wenige Ausnahmen laufen die elektronischen Krankengeschichten nur unter Win-

¹ Weitere Informationen unter www.ehealthcare.ch.

dows®. Aus unserer Sicht sollten die grundsätzlichen Funktionalitäten von eHealth mit einfachen Mitteln, basierend auf offenen und plattformunabhängigen Standards erreichbar und bedienbar sein.

■ **Datenmigrationsfähigkeit:**

Die fehlende Datenmigrationsfähigkeit zwischen elektronischen Krankengeschichten macht für die Hausärzte einen Einstieg wenig attraktiv und kostenintensiv:

- Fehlender Investitionsschutz: Der Softwareanbieter kann nicht mehr gewechselt werden.
- Datenfalle: Die Daten in den elektronischen Krankengeschichten gehen im Fall einer Pensionierung, eines Praxiswechsels usw. verloren, weil diese Daten nur mit derjenigen Software erreichbar sind, die sie erzeugt hat.

Vorschlag: Die grundlegenden Funktionalitäten elektronischer Krankengeschichten sollten günstig, offen und plattformunabhängig sein. Die Datenmigrationsfähigkeit zwischen den elektronischen Krankengeschichten, eine Bedingung für eine funktionierende eHealth, ist prioritär zu fördern. Die SGAM unterstützt Projekte in diesem Bereich, ein Pilotversuch zur Datenmigration konnte bereits erfolgreich abgeschlossen werden [2].

b) Datenaustausch im Sinne eines e-Briefes

■ Der grösste Teil der Dokumente im Gesundheitswesen werden auf Computern erstellt und liegen damit in elektronischer Form vor. Sie werden jedoch meist postalisch versandt und müssen, für eine Integration in die elektronische Krankengeschichte, digital als Bild erfasst werden (einscannen).

■ Wir rechnen für die manuelle Erfassung der Papierberichte mit jährlichen Kosten von 3000 bis 5000 Franken pro Praxis (18–30 Millionen Franken pro Jahr für die Hausarztpraxen in der Schweiz).

Vorschlag: In einem ersten Schritt ist ein Daten-Repository zu schaffen, in welchem e-Briefe abgelegt und vom Zugangsberechtigten abgeholt werden können. Eine solche Datenablage präjudiziert keine Standardfragen, die Berichte könnten in einem ersten Schritt als normale PDF-Dateien abgelegt und vom Zugangsberechtigten (nach Avisierung) abgeholt werden.

c) Rohdaten

■ Verschiedene Rohdaten, die für die Leistungserbringung im Rahmen des KVG notwendig

sind, sind nur schwer zugänglich oder kostenpflichtig.

■ Die im Rahmen des KVG notwendigen Rohdaten sollten (in einem Datenbankformat) frei zugänglich sein (SL, AL, MiGeL, ICD-10, Tessiner Code, ICPC-2)

Vorschlag: Das BAG (Swissmedic) stellt die Daten zur Verfügung, als Alternative wären die Hausärzte für die Kosten der Datenbeschaffung zu entschädigen.

Zur Versicherten-/Gesundheitskarte

Die Versicherten-/Gesundheitskarte stellt in der vorgesehenen Form für die Hausarztmedizin kein aktives Handlungsfeld dar. Sie ist sehr kostspielig und enthält redundante Daten (alle auf der Karte gespeicherten Informationen wären online günstig und einfach zugänglich). Eine Erweiterung zu einer Gesundheitskarte, das heisst eine Karte als Träger medizinischer Informationen erachten wir als veraltetes und enorm kostspieliges eHealth-Konzept, das darüber hinaus im konkreten Fall über keine sicheren medizinischen Zusatzinformationen verfügt. Eine Einführung wurde bereits mehrmals versucht, Erfolge blieben jedoch aus.

Vorschlag: Wir sehen eine Versichertenkarte als Träger der neuen Sozialversicherungsnummer [3]. Die Karte muss zugleich als Ausweis (Foto) dienen und liesse sich als elektronischer Zugangsschlüssel verwenden, um medizinische Daten online abzurufen. Diese eindeutige Identifikation des Patienten und des Arztes/Leistungserbringers ist eine hinreichende Grundlage für alle administrativen und medizinischen eHealth-Transaktionen.

Literatur

- 1 Eidgenössisches Departement des Innern, Bundesamt für Gesundheit. Nationale Strategie «eHealth». Gemäss Auftrag des Bundesrates vom 18. Januar 2006 (Strategie für eine Informationsgesellschaft in der Schweiz). Bern: EDI, BAG; 2006.
- 2 Weirich G, Marty F. xChange. Datenaustausch zwischen elektronischen Krankengeschichten. PrimaryCare. 2007;7(16):267–70. Internet: <http://www.primary-care.ch/pdf/2007/2007-16/2007-16-169.PDF>.
- 3 Marty F, Bhend H, Kissling B, Späth H. Vorschläge zu einer elektronischen Karte im Gesundheitswesen. PrimaryCare. 2006;6(49-50):926–7. Internet: <http://www.primary-care.ch/pdf/2006/2006-49/2006-49-661.PDF>.

Dr. med. Franz Marty
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 Erlenweg 8
 7000 Chur
 mesmeta@bluewin.ch