

Kollege Bhend stellt aus der Grundversorger-Praxis heraus Überlegungen zum neuen Gesetz über ein elektronisches Patientendossier (EPDG) an. Die FMH ist im Prozess um dieses Gesetz schon seit mehreren Jahren und mit einer breiten Abstützung durch ihre AG eHealth aktiv. In diese bringen sich alle Dachverbände ein: Grundversorger, Spezialisten, Spitalärzte, Assistenten. Die FMH hat den Entwurf für die EPDG-Stellungnahme im November den in der Ärztekammer vertretenen Organisationen zugestellt. Das Feedback hierzu wird die FMH in die definitive Stellungnahme einarbeiten.

In verschiedenen wichtigen Punkten deckt sich die Meinung von Kollege Bhend vollumfänglich mit den Stellungnahmen der FMH. Zu einzelnen Aspekten gibt es fokusbedingte, unterschiedliche Auffassungen. Die definitive FMH-Stellungnahme wird ab 19.12. 2011 im Volltext online zu lesen sein ([www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → Politik und Medien → Stellungnahmen).

Gert Printzen, Mitglied des Zentralvorstands der FMH, Verantwortlicher Ressort eHealth

## Zehn Killerkriterien für eHealth

Heinz Bhend

Leiter Kommission Informatik und eHealth Hausärzte Schweiz

1 Leider sind die Begriffe verwirrend. eHealth-Suisse, BAG und Gesetzgeber brauchen immer den Begriff «Elektronisches Patientendossier» und meinen damit die Online-Form. Wir Hausärzte verwenden konsequent den Begriff OPD (Online-Patientendossier) – dies zur Abgrenzung gegenüber der elektronischen Krankengeschichte in den Arztpraxen, die ebenfalls ein elektronisches Patientendossier (offline) ist. Leider hat nur schon diese unklare Definition zu Fehlinterpretationen geführt (s. Punkt 7).

2 Nur eine zertifizierte Gemeinschaft ist berechtigt, Daten in ein OPD zu schreiben. Falls eine Gemeinschaft sich zertifizieren lässt, ist sie verpflichtet, auf Wunsch des Patienten Daten in ein OPD zu transferieren.

Korrespondenz:  
Dr. med. H. Bhend  
Facharzt für  
Allgemeine Innere Medizin  
Informatiker (Exec. Master of ICT)  
CH-4663 Aarburg

[heinz.bhend\[at\]sgam.ch](mailto:heinz.bhend[at]sgam.ch)

### Grundsätzliche Probleme des elektronischen Patientendossiers

Nach dem Aus in Grossbritannien und den Niederlanden für analoge Projekte wie das von eHealth-Suisse geplante «Elektronische Patientendossier», können wir nicht zur Tagesordnung übergehen. Die Probleme sind identisch, das Schweizerische Gesundheitssystem sogar noch komplexer. Wenn wir wirklich aus Fehlern (anderer) lernen wollen, brauchen wir jetzt dringend eine Denkpause. Es müssen endlich Vertreter der Basis in die Expertengremien von eHealth-Suisse. Für den Erfolg eines elektronischen Patientendossiers ist die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Leistungserbringer zwingend. Ohne Mehrwert in der Praxis wird eine funktionsfähige Lösung nicht zustande kommen. Die Verbesserung der elektronischen Krankengeschichte mit Festlegung entsprechender Standards (u. a. zum Datenaustausch) ist ebenfalls eine *Conditio sine qua non*.

Im Auftrag von «Hausärzte Schweiz» habe ich den «Vorentwurf für das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier» (Offizielle Abkürzung: EPDG) [1] sowie den erläuternden Bericht studiert. Anhand dieses Berichtes, der sich seinerseits auf die bisherigen Veröffentlichungen von eHealth-Suisse bezieht, möchte ich auf ein paar grundsätzliche Probleme hinweisen.

Eigentlich sind es Killer-Argumente für das Online-Patienten-Dossier (OPD)<sup>1</sup>. Das OPD ist gewissermassen als Startanwendung der eHealth-Strategie des Bundes positioniert. Falls das OPD nicht reüssiert, wird wohl kaum jemand noch viel von der eHealth-Strategie erwarten.

Praktisch zeitgleich zur Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens für diesen Vorentwurf kommt die Mitteilung, dass der britische Gesundheitsdienst die Notbremse gezogen hat bezüglich Aufbau eines Systems «Elektronische Patientenakten» [2]. Dies nachdem schon 12,5 Milliarden Pfund (ca. 14 Milliarden Euro = ca. 17 Milliarden Franken) investiert wurden. Schon im April hat der niederländische Senat ein

analoges Projekt (n-EPR; National Electronic Patient Record) gestoppt [3].

Jeder der folgenden 10 Punkte ist ein Argument, das per se zum Killerkriterium für das OPD oder eben die Startphase der eHealth-Strategie werden kann. Die verschiedenen Themen stehen zudem nicht unabhängig voneinander, einzelne sind logische Folge eines anderen. Die Reihenfolge der Aufzählung sagt nichts aus über die Bedeutung oder Gewichtung durch den Autor.

#### 1. Datenaktualität

Nur aktuelle Daten sind nützliche Daten. Zwei Szenarien zur Illustration von möglichen Problemen.

A: Spitalentlassung: Polymorbider Patient verlässt das Spital und wird nach 3–4 Tagen durch den Hausarzt nachkontrolliert, allenfalls wird zu diesem Zeitpunkt schon die medikamentöse Therapie adaptiert. Der definitive Austrittsbericht folgt oft mit 10–14 Tagen Verspätung. Ein OPD-Eintrag wird entsprechend der Logik des heutigen Systems wohl erst zum Zeitpunkt des definitiven Berichtes erfolgen. Ob die Angaben des heute weitverbreiteten «provisorischen Austrittsberichtes» schon in einem OPD erscheinen sollen, darf aus Gründen der Datenqualität bezweifelt werden und würde zusätzlichen Regieaufwand erfordern (s. Punkt 3).

B: Der Patient ist in Behandlung einer zertifizierten Gemeinschaft<sup>2</sup> und lässt sich die aktuelle Medikation ins OPD schreiben. Er wird an einen Spezialarzt einer nicht zertifizierten Gemeinschaft überwiesen. Falls der Spezialarzt die Medikation ändert, ist der OPD-Eintrag nicht mehr aktuell.

#### 2. Datenqualität

Nur valide Daten sind nützliche Daten. Bisher hat die ganze eHealth-Expertengruppe keinerlei Ideen zur Validierung der Daten entworfen. In den Praxen fehlen die Tools der Datenvalidierung, im OPD sind keine Plausibilitätschecks vorgesehen. Ein Grund des Scheiterns des n-EPR in den Niederlanden waren die



Ein mittelgrosses Spital wird 1–2 Arztstellen schaffen müssen, um die Online-Patienten-Dossiers auszufüllen.

Zweifel an der Datenqualität; dies obwohl die niederländischen Ärzte mehrheitlich schon über 10 Jahre elektronisch dokumentieren. Wir Ärzte brauchen einen Vorlauf von mindestens zwei Jahren, um intern die Daten zu evaluieren. Vorgängig müssten die Praxissoftwaresysteme mit standardisierten Validierungs- und Exporttools ergänzt werden. Ohne diese Rahmenbedingungen ist es unverantwortlich, Daten «hochzuladen», und würde nur zu unverhältnismässigem Mehraufwand (Rückfragen, Ergänzungen, Korrekturen) führen; ganz abgesehen von den rechtlichen Implikationen (s. Punkt 6).

## Das Aus für das «National Electronic Patient Record» in Holland und der Stopp des entsprechenden milliardenschweren Projektes in England lassen aufhorchen.

### 3. Datenquantität

Nur wenn die Datenmenge überschaubar ist, sind die Daten nützlich. Im Bericht zum EPDG meint man, mit der Beschränkung auf «nur behandlungsrelevante Daten» diesem Problem begegnen zu können. Die behandlungsrelevanten Daten sind aber dynamisch entlang der Zeitachse: Was heute behandlungsrelevant ist, muss es morgen nicht mehr sein. Wer entfernt diese «nicht-mehr behandlungsrelevanten Daten»? Ein provisorischer Austrittsbericht müsste beim Eintreffen des definitiven Entlassungsberichts wieder entfernt werden. Ohne eine Redaktion wird

die Datenflut bald unüberschaubar und damit das OPD zum Mehraufwand. Die ungelösten Probleme rund um die Datenflut waren ein weiterer Grund, der zum Stopp des niederländischen n-EPR geführt hat.

### 4. Komplexität für den Patienten

Gemäss erläuterndem Bericht zum EPDG (S. 43ff.) soll der Patient im Sinne des Selbstbestimmungsrechts

- den Überblick über die Verbreitung und Bearbeitung der eigenen Daten behalten;
- informiert sein, welche Daten zu welchem Zweck durch welche Stellen in welcher Art und Weise bearbeitet werden;
- Gesundheitsfachpersonen beschränkte oder umfassende Zugriffsrechte erteilen und wieder entziehen; zudem festlegen ob diese Fachperson berechtigt ist, Zugriffsrechte zu delegieren.

Dabei muss der Patient umfassend informiert sein und seine Einwilligung schriftlich abgeben. Das braucht ein Heer von Bundesbeamten, die losgeschickt werden, um die Bürger umfassend aufzuklären. Wir Hausärzte können diese Aufgabe nicht übernehmen! (Diese Bemerkung für den Fall, dass jemand auf diese Idee kommen sollte.)

### 5. Vertraulichkeitsstufe

Der «Bericht Standards und Architektur Empfehlungen III» [5] (S. 17ff.) sieht 5 Vertraulichkeitsstufen von medizinischen Dokumenten vor. Dies ist schlichtweg nicht praktikabel und unnötig. Medizinische Informationen sind per se vertraulich. Zum Schutz dieser Vertraulichkeit sind denn auch die differenzierten technischen Vorkehrungen vorgesehen. Geheime In-

formationen sollen geheim bleiben und gehören nicht in ein OPD. Nach meiner Meinung reicht eine Vertraulichkeitsstufe. Wir kennen in der analogen Welt auch nur eine Stufe der Vertraulichkeit.

Die Idee der 5 Stufen ist ein Beispiel, wie man sich am (technisch) Machbaren orientiert, anstatt die Prozesse abzubilden.

#### 6. Rechtliche Aspekte

Die rechtlichen Konsequenzen des Gebrauchs oder Nicht-Gebrauchs der Informationen eines OPD sind noch nicht geklärt. Was passiert, wenn eine Fachperson einen Entscheid aufgrund einer falschen OPD-

und breitflächig etabliert sein. Nur so ist es möglich, zumindest halbautomatisch ein Extrakt aus der eKG in ein OPD zu transferieren. Die Alternative einer direkten Erfassung der Daten im OPD ist kein gangbarer Weg [6].

#### 8. Verfügbarkeit der Daten

Gemäss «Standards und Architektur Empfehlungen III» [5] sollen die erteilten Zugriffsrechte ein «Ablaufdatum» haben. Konkret müsste der Patient periodisch die Rechte wieder freigeben. Damit ist das Szenario möglich, dass der Patient wohl einmal das Zugriffsrecht erteilt hat, aber dieses nun schon wieder ab-

---

## «Anstatt die Praxisprozesse abzubilden, wird versucht, die Prozesse den Tools anzupassen.»

---

Information fällt? Was geschieht, wenn sie eine vorhandene OPD-Information nicht berücksichtigt hat? Dies war wiederum mit ein Grund, das niederländische n-EPR auszusetzen. Diese Problematik ist bei uns nicht anders.

#### 7. Fehlende Standards

Der erläuternde Bericht zum EPDG hält fest: «Die in der Ärzteschaft bestehenden Befürchtungen bezüglich der Abhängigkeit vom jeweiligen IT-Anbieter kann durch die verbindliche Festlegung der anzuwendenden technischen Standards zwar weitgehend beseitigt werden (...)» (S. 62). Diese Aussage belegt, dass wir uns auf verschiedenen Planeten bewegen! Wir haben nicht diffuse Befürchtungen, sondern erleben die Abhängigkeit hautnah bei unseren Praxisinformationssystemen. Das haben wir wiederholt thematisiert [4]. Offenbar unterscheiden die Verfasser des Berichtes immer noch nicht zwischen OPD und Elektronischer Krankengeschichte (eKG) in der Arztpraxis und mischen bunt durcheinander. Die geplanten Standards für das OPD betreffen die eKG in keiner Weise. Im Gegenteil: Der Bericht hält fest, dass die Praxisinformationssysteme *nicht* Gegenstand der Gesetzesvorlage und der eHealth-Strategie sind (S.12).

Wir halten fest: Die (fehlenden) Standards in den Praxisinformationssystemen (eKG) sind genauso zwingende Voraussetzung für das Festlegen der Standards eines OPD, wie die elektronische Dokumentation Voraussetzung ist, um überhaupt Daten für das OPD bereithalten zu können! Oder: Es macht keinen Sinn, Standards für den Dachstockausbau (OPD) festzulegen – wenn keine Standards für Fundament und Erdgeschoss (eKG) vorhanden sind. Der Dachstock ist nur via Erdgeschoss erreichbar! Zudem müssten neben den technischen Standards für eKG (Austauschbarkeit der Daten) auch Standards für die medizinische Dokumentation (Inhalt der Daten) entworfen

gelaufen ist und somit die Daten zum gewünschten Zeitpunkt nicht zur Verfügung stehen. Dies erfordert unter Umständen einen zusätzlichen administrativen Mehraufwand mit möglichen ungedeckten Kosten. Muss die Versicherung für das Telefon an den Patienten aufkommen, er solle die Daten bitte doch nochmals freigeben, oder für die nicht stattgehabte Konsultation infolge fehlender Daten?

#### 9. Kein Mehrwert

Das OPD wird in absehbarer Zeit in der Hausarztpraxis keinen Mehrwert bringen. Das wiederholt monierte Argument des Marktvorteils ist im Zeitalter des Hausarztmangels eher zynisch. In der aktuellen Situation «riecht» das Ganze nach massivem Mehraufwand mit der Möglichkeit von Komplikationen oder unabsehbaren Folgen.

Auch für Ärztenetzwerke bringt das OPD nichts. Diese wären ja gemäss Bericht zum EPDG sogenannte Gemeinschaften. Für diese gilt die Gesetzgebung nicht. Es wird sogar explizit erwähnt, sie seien frei in der Art, wie sie den Datenaustausch untereinander realisieren – sofern sie nicht zertifiziert sind (S. 25). In diesem Zusammenhang ist ferner zu bedenken, dass eine guteingerichtete Hausarztpraxis 90 Prozent der «Fälle» praxisintern löst und somit die ganze elektronische Vernetzung wohl sinnvoll, aber dennoch ein Nebenschauplatz ist [7].

#### 10. Fehlende Anreize

Die Erkenntnis, dass die Grundversorger einen Mehraufwand zu leisten hätten zugunsten der nachgelagerten Institutionen, ist offenbar vorhanden. Studien belegen, dass auch über Jahre hinaus kein Nettotonnen in der Arztpraxis anfällt (Bericht EPDG S. 62ff.). Dennoch fehlen mutige Entscheide zur finanziellen Entschädigung. Da es sich beim OPD um einen Mehrwert für den Patienten und eine neue Dienstleistung

handelt, kann dies nicht innerhalb des TARMED-Gefüges abgegolten werden. Eine Taxpunktwerterhöhung ist bei vorhandenem Kostendach kein gangbarer Weg. Zudem sind die Anfangsinvestitionen für eine elektronische Dokumentation in der Praxis erheblich. Wie in Punkt 7 erwähnt, ist dies die Voraussetzung, um überhaupt aufs «Startfeld» zu gelangen.

### Beurteilung

Das Aus für das n-EPR in den Niederlanden und der Stopp des milliardenschweren analogen Projektes in England lassen aufhorchen. Trotz unterschiedlicher Gesundheitssysteme sind die Probleme dieselben: Lösungen orientieren sich am technisch Möglichen anstatt am Notwendigen und Praktikablen. Anstatt die Praxisprozesse abzubilden, wird versucht, die Prozesse den Tools anzupassen. Zu viele Ideen werden von Leuten entwickelt, die keinen Bezug zur Praxisrealität haben. Die IT-Anbieter, die ihre «Lösungen» verkaufen wollen, mischen munter mit.

Zudem ist das Schweizerische Gesundheitssystem wegen der kantonalen Hoheiten deutlich komplexer als die staatlichen Systeme in England und den Niederlanden.

Die Probleme der Datenflut, der Datenqualität und die rechtlichen Probleme können kaum mit technischen Hilfsmitteln gelöst werden. Falls es doch möglich sein sollte, kann davon ausgegangen werden, dass die Kosten dafür immens sein werden. Der Beweis für die immer wieder zitierte Qualitätsförderung und Effizienzsteigerung steht noch in den Sternen. Sicher wird keine Kosteneinsparung erfolgen. Bisher hat die IT die prognostizierten Kosteneinsparungen noch immer selber «gefressen». Nicht umsonst zieht das englische Parlament die Notbremse. Die IT-Industrie hat sich sogar so gut abgesichert, dass nun noch Nachzahlungen wegen Ausstiegs aus dem Projekt fällig werden; auch eine Art Win-win-Situation – aber zweimal «Win» für eine Seite! Was hätte man Sinnvolles mit den verschleuderten 14 Milliarden Euro anpacken können!? In der ganzen Diskussion um eHealth scheinen die WZW-Kriterien auf der Strecke zu bleiben.

eHealth wird in der Schweiz zur Totgeburt, falls das OPD nicht abhebt. Dieses wird ohne kritische Masse von Nutzern nicht zum Fliegen kommen. Mit der doppelten Freiwilligkeit<sup>3</sup> sind die Hürden a priori hoch. Um dem entgegenzuwirken, sieht das EPDG vor, die Spitäler zur Teilnahme zu verpflichten (Bericht S. 26). Dies wird sicher noch viel Freude auslösen! Ein mittelgrosses Spital wird 1–2 Arztstellen schaffen

müssen, um die OPDs auszufüllen. Falls tatsächlich erreicht wird, dass die stationären Institutionen mehrheitlich OPDs beliefern, müsste spätestens dann ein Mehrwert für die Praxen vorhanden sein. Sonst nutzt niemand diese Daten. In diesem Fall werden die Spitäler wohl kaum lange zu motivieren sein, Daten für ein Online-Archiv bereitzuhalten, das nicht wirklich genutzt wird.

### Fazit

Für das BAG/eHealth-Suisse müsste langsam die Einsicht reifen, eine Denkpause bezüglich eHealth-Strategie und OPD einzuschalten und endlich auf die Bedürfnisse der Basis einzugehen – d. h. den direkten Kontakt zu suchen. In all den Expertengremien von eHealth-Suisse sitzen viele Büro- und Technokraten, aber kein einziger Hausarzt! Unter «lessons learned» erwähnte die niederländische Referentin am Wonca-Kongress: «Adressing the needs of health care providers is important for a successful implementation of n-EPR.» Diese Erkenntnis steht neben der Empfehlung, in kleinen regionalen Gebieten zu starten (wo sich die Leistungserbringer kennen) und die Qualität der elektronischen Krankengeschichte zu verbessern.

Solange für die Arztpraxis kein relevanter Mehrwert auszumachen ist, werden die OPDs kaum mit Daten beliefert, und dem Projekt droht Schiffbruch.

### Literatur

- 1 [www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/)
- 2 Britischer Gesundheitsdienst kippt milliardenschweres IT-Projekt; Heise-online.mobi/newsticker vom 23.9.2011 14:35 (<http://heise-online.mobi/newsticker/meldung/Britischer-Gesundheitsdienst-kippt-milliardenschweres-IT-Projekt-1349236.html>).
- 3 Zwaanswijk M. The Dutch n-EPR: Where did it go wrong? NIVEL (Netherland Institut for Health Services Research, Utrecht); Präsentation anlässlich Wonca-Kongress Warschau vom 26.8.2011.
- 4 Bhend H. eHealth und der schleichende Paradigmenwandel. PrimaryCare; 2011;11(16):293–4. Kommentar von Gerhard Schilling.
- 5 eHealth Suisse. «Standards und Architektur Empfehlungen III» vom 8. Juni 2011; online unter [www.e-health-suisse.ch/umsetzung/00146/00148/index.html?lang=de](http://www.e-health-suisse.ch/umsetzung/00146/00148/index.html?lang=de)
- 6 Bhend H, et al. Positionspapier Patientendossier. PrimaryCare 2009;9(16):298–9.
- 7 Tschudi P. Unterlagen Pressekonferenz «Ja zur Hausarztmedizin». Online unter [www.jzh.ch](http://www.jzh.ch) → Initiative → Materialien.

3 Sowohl für Patienten als auch für Leistungserbringer (Ausnahme Spitäler) ist die Teilnahme freiwillig.