Standards für die Praxissoftware (2. Teil)[1]

Marco Zoller

Einige Merkmale des Marktes für Praxissoftware

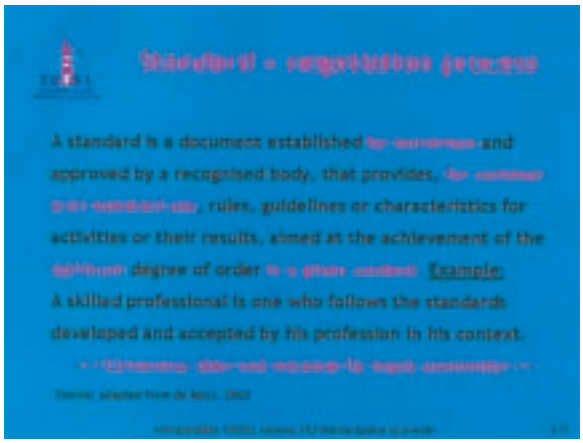
In der Deutschweiz teilen sich im wesentlichen drei Anbieter mit je rund 1000 oder mehr Kunden sowie die Ärztekasse mit ihrem Programm den Grossteil des Marktes, im weiteren gibt es einige mittlere Firmen mit je einigen Hundert Kunden sowie eine ganze Anzahl kleinere Firmen mit einer teilweise noch kurzen Marktpräsenz. In der Romandie dominieren vier Firmen. Verglichen etwa mit Deutschland sind die Anbieter bei uns klein, als Folge davon müssen die hohen Entwicklungskosten von weniger Kunden getragen werden, ein Konzentrationsprozess ist im Gange. Die Beilage zur Schweizerischen Ärztezeitung «Software 2004» [1] liefert eine jährlich aktualisierte Übersicht. Darin sind jedoch nur Firmen enthalten, welche einen entsprechenden Beitrag bezahlen; ausserdem basiert die Produktebeschreibung auf den Angaben der Firmen selbst, ein unabhängiges Prüf- und Bewertungsverfahren existiert nicht. Die Transparenz ist somit ausgesprochen gering. Es handelt sich um Software für KMU, in einem Bereich, der bisher auch für IT-Berater und Tester zu wenig lukrativ erschien.

Im administrativen Bereich der Praxissoftware sind die Unterschiede zu anderer Branchensoftware gering. Die Stammdatenverwaltung musste auf die besonderen Bedürfnisse der Praxis angepasst werden, ebenso die Medizinaltarife mit einem möglichst einfachen Handling integriert werden. Vor Einführung des Tarmed bedeutete dies die Einbindung kantonaler Tarife im KVG für teilweise einige wenige Kunden, technisch banal, aufwändig durch fehlende Koordination. Die Einführung der Tarmed-Software – ein Standardisierungsschritt im Abrechnungswesen unter Einsatz des Austauschformates XML (Extended Mark-Up Language) – zeigte die Grenzen älterer Softwaregenerationen in den Praxen schonungslos auf. Firmen mit mehreren solchen noch betreuten Versionen auf dem Markt waren zu aufwändigen Flickwerken von Schnittstellen gezwungen oder forcierten ihrerseits die Kunden zum Erwerb eines zeitgemässen Upgrade, was oft auch den teuren Austausch der überforderten Hardware mit sich zog.

Bei der Praxissoftware der Zukunft nämlich handelt es sich um hochintegrierte Systeme mit komplexer Architektur, um all die vielfältigen Aufgaben optimal bewältigen zu können. Im Agendabereich wird heute etwa erwartet, dass Sie einen Recall für die Grippeimpfung an ein definiertes Teilkollektiv Ihrer KundInnen mittels Knopfdruck per SMS versenden können. Wissensdatenbanken sollten zunehmend direkt aus dem Internet in der Sprechstunde aus aktuellen Problemstellungen bzw. aus der Diagnoseliste heraus abrufbar sein. Dies stellt sowohl an den Aufbau der Software, an die Auswahl von Begriffen und Quellen wie auch an die technische Umsetzung beispielsweise im Bereich Sicherheit höchste Anforderungen, da einerseits die Nutzung des Internet die Funktionalität deutlich erhöht, wir jedoch andererseits den lieben langen Tag mit hochsensiblen Personendaten arbeiten. Am ehesten sind die Anforderungen mit jenen an Klinikinformationssysteme vergleichbar, wie sie in Spitälern eingesetzt werden.

Welche Standards finden heute Anwendung?

Zahllose Organisationen beschäftigen sich mit Standards im Bereich der Medizininformatik. Für Europa wurde 1999 die Dachorganisation EHTEL (European Health Telematics Association) mit Sitz in Brüssel gegründet, um die Arbeit dieser Organisationen zu koordinieren. In einem aufwändigen Prozess wurden bis 2002 Prioritäten für den internationalen Handlungsbedarf festgelegt [2].



1 Der erste Teil dieses Artikels ist im Heft 39 von PrimaryCare erschienen.

In zweiter Priorität wurden Geschäftsfelder wie Unterstützung von Patienten und Öffentlichkeit, Unterstützung von klinischer Entscheidungsfindung, Statistik und Epidemiologie, Bildverarbeitung, Klärung semantischer Fragen usw. festgelegt. Auf diese Prioritätensetzung folgt die Analyse bestehender Standards auf ihre Eignung bzw. Anpassungsbedarf, z.B.:

CEN	Comité Européen de Normalisation
ISO	International Organization for Standardisation
HL7	Health Level 7
DICOM	Digital Imaging and Communications in Medicine
IEEE	Institute of Electrical and Electronical Engeneers
WHO	World Health Organization

Diese Arbeit umfasst sowohl technische Standards wie auch solche für die Bezeichnungen und die Systemarchitektur. Anerkannte «Wörterbücher» sind ICD (Diagnosecode, v.a. im stationären Bereich), Pharmacode, LOINC (Codierung im Laborbereich). In einer Managementuntersuchung wurde HL7 mit 65% als der wichtigste IT-Standard im Gesundheitswesen genannt [3].
In der Schweiz wurden diesbezügliche Aufträge an die Schweizerische Normenvereinigung vergeben, eine wichtige Rolle spielt auch der Verein eCH zur Festlegung von Standards für das eGovernment. Eine eigentliche nationale Strategie für den Einsatz der Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitswesen wurde jedoch bisher nicht formuliert. Entsprechend mager ist der Stand bei der Umsetzung. Schon bei an sich hoch strukturierten Daten wie z.B. der Übermittlung von Laboraufträgen und Resultaten stossen die interessierten Kunden und Firmen auf einen Wildwuchs von «Standards», Schnittstellen und Zusatzprogrammen, was zu Verteuerung, Leistungseinbusse und Inkompatibilität führt. Eine Umfrage unter den Schweizer Anbietern für Praxissoftware (Verein compIS, 2003) über die Anwendung und die Einschätzung der Bedeutung von Standards ergab ein sehr uneinheitliches Bild. Firmen, die intensiv an elektronischer Patientenakte und an webbasierenden Lösungen arbeiten, setzen sich naturgemäss intensiver damit auseinander. Die Einführung der Patientenkarte dürfte die Branche nach Tarmed erneut durchrütteln, die Kosten werden die Kunden stets mitzutragen haben.

Wie können wir Praxissoftware ausfindig machen, welche sich an aktuellen Standards orientiert?

Leider ist in vielen Bereichen noch nicht klar definiert, welches die «aktuellen Standards» überhaupt sind. Die Entwicklung ist derart komplex, dass es auch für die Firmen schwierig ist, die Übersicht zu behalten und auf das richtige Ross zu setzen. Sind Standards im Produkt integriert, wird ein Zurück aus Kostengründen schwierig. Mögliche Hinweise sind z.B. funktionierende Schnittstellen zu medizintechnischen Geräten, Integration von Office-Programmen wie Outlook oder Word, Einbindung von externen Labordaten, reibungsloser Datenexport zu den Trustcentern usw. Lassen Sie sich solche Anwendungen zeigen! Sind es 10 oder 2 Clicks, die zum Ziel führen? Ist die Anwendung integriert oder über ein Zusatzprogramm aufzurufen? An solchen Bereichen lässt sich grob abschätzen, wie bemüht und fähig ein Hersteller ist, einen alltagstauglichen Datenaustausch zu ermöglichen. Tatsache ist, dass die Hersteller dankbar wären, wenn seitens der Anwender, also von uns, wenigstens die inhaltlichen Bedürfnisse in einem repräsentativen Prozess ausformuliert und an sie herangetragen würden. Wie unter Punkt 4 ausgeführt, gibt es für prioritäre Bereiche der Zukunft auch international noch keinen Konsens, sondern erst einen definierten Weg zu diesem. Die Grundversorger stellen die grösste Gruppe praktizierender ÄrztInnen in der Schweiz, zugleich haben ihre Praxen die grösste Vielfalt an unterschiedlichen Aufgaben zu bewältigen. Wir sind daher gut beraten, auf diesen Prozess in der Schweiz Einfluss zu nehmen. Zu diesem Zweck wurden aus Grundversorgerkreisen 2003 zwei Einrichtungen gegründet:

SSMG SGAM Informatics

- SGAM informatics, eine Gruppe von Grundversorgern, welche Informatikbedürfnisse aus den Praxen aufgreift und versucht, dafür Öffentlichkeit zu schaffen und Lösungen zu erarbeiten.

compIS

- der Verein compIS (Verein für compatible Praxis-Informationssysteme), welcher zur Aufgabe hat, praxisgerechte Lösungen im Informatikbereich zu fördern und Transparenz herzustellen, was u.a. die Auseinandersetzung mit sinnvollen Standards und eine Zusammenarbeit über die Fachdisziplinen hinweg

voraussetzt. Ein wichtiges Projekt ist die Schaffung eines nationalen Labels. Für den administrativen Teil hat die CIAMG (Commission Informatique Association des Médecins de Genève) über Jahre mit einem entsprechenden Prüfprotokoll Erfahrungen gesammelt [4].
Gemeinsam mit FMH informatics wird an der IFAS 2004 ein Mini-Kongress[2] durchgeführt, an dem auf diese Fragen detaillierter eingegangen werden kann [5].

Führen Standards zu Einschränkung und Verarmung?

EHTEL hat sich auch mit der Wahrnehmung von Standards beschäftigt. Es gibt eher zu viele Standards zu einer Fragestellung, und der Weg zur Einigung und Durchsetzung ist nicht klar definiert. Aus Sicht der ÄrztInnen steht heute vielleicht eher der Begriff der «Interoperabilität» im Vordergrund: Zwei oder mehr unabhängige Einheiten eines Systems sollen zusammenarbeiten können. Wir müssen uns demnach eher mit dem Ziel beschäftigen, was wir austauschbar machen wollen, die Frage des Wie (wozu auch Standards gehören) können wir vermehrt den technischen Fachleuten überlassen.

2 Informationen unter www.sgam.ch/minikongress

Wichtigste Feststellung:

Es geht hier nicht um Standardisierung der Medizin, sondern eines Arbeits-Instrumentes, der Medizininformatik.

Dabei ist es allerdings unerlässlich, auch Begriffe und Hierarchien zu klären, wie dies für jede Form der Kommunikation nötig ist: Werden dem Begriff «Haus» völlig unterschiedliche Bedeutungen zugeordnet, so wird keine Verständigung möglich sein. Somit sind die angestrebten Standards keine Einschränkung, sondern die Voraussetzung, um überhaupt die Möglichkeiten der Praxisinformationssysteme kennenlernen und nutzen zu können.

Literatur

1 Softwarekatalog 2004, Beilage zur Schweizerischen Ärztezeitung.
2 Internet: www.ehtel.com, thematic working group T1.
3 Wirsz N. IT-Standards im Gesundheitswesen; electromedica 2000;68: Heft 1.
4 Internet: www.ciamg.ch.
5 Computer im Sprechzimmer: Hilfe oder Hindernis. PrimaryCare 2004;4:686.

Dr. med. Marco Zoller
Limmattalstrasse 177
CH-8049 Zürich
mzoller@dplanet.ch