

Positionspapier e-Health

Schweizerische Gesellschaft
für Allgemeinmedizin

Einleitung

Politik, Versicherer und die Industrie zeichnen in diversen Publikationen und Veranstaltungen der letzten Zeit zum Teil ein euphorisches Bild der Möglichkeiten der Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) im Gesundheitswesen.¹ Durch vereinfachten Datenverkehr, dank der bald eingeführten Versichertenkarte und vor allem durch die Möglichkeit der freiwilligen Abspeicherung persönlicher

- 1 Hauptdokumente sind: Debold und Lux: Die Versichertenkarte und der Aufbau einer Telematikinfrastruktur, 19. September 2005; SATW-Schlussbericht der 1. Nationalen eHealth-Strategie-Konferenz vom 18. Mai 2006; diverse Zeitungsartikel z.B. in Cash vom 15.6.2006; Veranstaltungen wie Telematiktage Bern vom 9.3.2006; Euroforum Zürich vom 20.3.2006; Hearing BAG vom 8.3.2006; «Runder Tisch» mit BR P. Couchepin vom 8.5.2006; diverse Stellungnahmen von verschiedenen Exponenten.
- 2 Die Ausführungen gelten analog auch für zentral/dezentral gespeicherte Daten mit der Patientenkarte als Zugangsschlüssel.
- 3 WZW: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit.
- 4 Von der Versichertenkarte profitieren z.B. in erster Linie die Versicherer in einem mehrstelligen Millionenbereich, gemäss dem Votum von Herrn A. Lux am Euroforum vom 20.3.2006 und der «Kosten-Nutzen-Analyse Versichertenkarte» von A. Lux, 15.3.2006.
- 5 Eine eHealth-Strategie und die gesetzliche Grundlage für die Gesundheitskarte fehlen heute.
- 6 Bisher haben ca. 5% der Schweizer Arztpraxen diese Vorinvestition geleistet.
- 7 Die Umstellung von der Papier- auf die elektronische KG erfordert einen grossen finanziellen Aufwand. Diese Kosten setzen sich zusammen aus: Hard- und Software, Installationen für die interne Vernetzung und den sicheren internen und externen Datentransfer, Schulung von Ärzten und Praxisangestellten, Zeitaufwand in der Umstellungsphase.
- 8 Die Arbeitsgruppe SGAM.Informatics erarbeitet ein Qualitäts-Label zur praxistauglichen elektronischen KG.

Gesundheitsdaten auf einer Patienten- oder Gesundheitskarte² erhofft man sich Einsparungen von mehreren Milliarden Franken pro Jahr.¹ Dabei werden die landesweit nötigen Investitionen und die Erfahrungen, sowohl aus den Pilotprojekten in der Schweiz («retesan», Tessin, und «étoile», Genf) als auch aus dem Ausland, ungenügend berücksichtigt. – «Etoile» beispielsweise ist nach Investitionen im zweistelligen Millionenbereich abgebrochen worden. – Der National Health Service in England rechnet für den Zeitraum von 2002 bis 2014 mit jährlichen IKT-Investitionskosten von 2 Milliarden Franken [1].

Die FMH vertritt im laufenden Diskurs die Ärzteschaft als Ganzes. Da die zur Diskussion stehenden IKT-Bereiche die hausärztliche Arbeit ganz besonders beeinflussen werden, will die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin SGAM ihre spezifische Position frühzeitig in die Diskussion einbringen und die Entwicklung von Beginn an mitbestimmen.

Prämissen

Für die SGAM gelten für alle e-Health-Belange folgende Prämissen:

- Die rasanten Entwicklungen im Bereich der IKT und insbesondere von e-Health eröffnen vielfältige neue Möglichkeiten der Archivierung und des Austausches von medizinischen Daten. E-Health soll die Koordination von Behandlungsprozessen fördern sowie Forschung und Qualitätsentwicklung unterstützen.
- Für die Hausärzte bedeutet die konsequente Implementierung von e-Health eine einschneidende Änderung der Arbeitsabläufe, vermehrten Aufwand und bedeutende Investitionen für die Aufrüstung der Praxisinfrastruktur im Bereich IKT.
- Die Aufzeichnung medizinischer Informationen für Dritte erfordert eine völlig neue, standardisierte Art der Dokumentation.

- Alle Belange im Bereich von e-Health sollen in erster Linie patientenorientiert sein und die WZW-Kriterien³ erfüllen.

- Die korrekte Abgeltung für den zusätzlichen Praxisaufwand (Installation, Betrieb und Unterhalt) ist Voraussetzung für die erfolgreiche Implementierung von e-Health.

- Die Finanzierung der einzelnen Bereiche und Projekte von e-Health erfolgt primär durch die Nutzniesser.⁴

Versichertenkarte / Gesundheitskarte

- Versichertenkarte (mit nur administrativen Daten) und Gesundheitskarte (mit persönlichen Gesundheitsdaten) sind zwei völlig unterschiedliche Konzepte.

- Eine Gesundheitskarte muss auf einer politisch breit abgestützten e-Health-Strategie basieren. Dazu bedarf es einer gesetzlichen Grundlage⁵ unter Einbezug des Datenschutzes und Klärung der Haftungsfragen.

- Die Datenhoheit liegt ausschliesslich beim Patienten.

- Die Nutzung der Gesundheitskarte ist für Patient und Leistungserbringer freiwillig.

Elektronische Krankengeschichte (KG)

- Die Einführung der Gesundheitskarte erfordert, dass medizinische Daten in digitaler Form vorliegen.⁶

- Medizinische Daten in digitaler Form setzen eine geeignete elektronische KG und die praxisinterne Vernetzung voraus.

- Der Prozess der Umstellung von papierbasierter Dokumentation zur elektronischen KG ist entsprechend zu fördern und die Finanzierung zu klären.⁷ Die elektronische KG muss den Bedürfnissen der Hausärzte entsprechen.⁸

e-Rezept / Arzneimitteldokumentation

- Die Arzneimitteldokumentation auf der Gesundheitskarte erfolgt entweder vollständig oder gar nicht.⁹
- Medikamenteninteraktionen werden am Ort der Verschreibung (Arztpraxis) und nicht erst bei der Abgabe (Apotheke) geprüft.
- Die Einführung des e-Rezeptes entspricht einem Outsourcing von Arbeitsaufwand (der Apotheke) zu Lasten der Arztpraxis. Das e-Rezept muss entsprechend finanziell abgegolten werden.

⁹ Dies der Freiheit des Patienten zu überlassen, kann zu folgenschweren Fehlentscheidungen führen (z.B. gefährliches Interaktionspotential durch fehlende Information über allfällig gleichzeitig eingenommene Psychopharmaka).

¹⁰ Wonca, World Family Doctors, ist die Weltorganisation der Hausärzte. Sie umfasst die Hausärzte in über 100 Ländern auf allen Kontinenten. Die SGAM ist Mitglied der Wonca.

¹¹ Z.B. Prognosen über Einsparungen von bis zu 30% durch Vermeiden von Mehrfachuntersuchungen erachten wir als völlig unseriös. Für eine realistische Beurteilung von Aufwand und Ertrag zum Erreichen dieses durchaus wünschenswerten Ziels muss geklärt werden, wie viele Kontrollen z.B. von Labor- und Röntgen- daten (NNR = Number Needed to Register) erfasst und analysiert werden müssen, um eine unnötigerweise durchgeführte Mehrfachuntersuchung zu erfassen.

Kodierung

- Wissenschaftliche Analysen über die hausärztliche Tätigkeit basieren auf der von der Wonca¹⁰ entwickelten, international und von der WHO anerkannten Klassifizierung ICPC-2 [2].
- Der Detaillierungsgrad der Codierung gegenüber Dritten darf mit Einführung der Gesundheitskarte nicht erhöht werden.

Datenschutz

Der Schutz der Patientendaten und die Sicherheit des Informationsaustausches im Gesundheitsbereich sind lückenlos zu gewährleisten.

Beeinflussung der Kosten im Gesundheitswesen durch e-Health

- Aussagen über Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen durch e-Health müssen auf umfassenden Kosten-Nutzen-Analysen basieren.¹¹ Voraussetzung dazu ist eine systematische Erhebung der vorhandenen Infrastruktur und deren Nutzung in der Hausarztpraxis. Ebenso müssen in- und ausländische Publikationen zu dieser Thematik systematisch registriert und ausgewertet werden.

Literatur

- 1 The NHS programme for information technology. *BMJ* 2006;333:3-4.
- 2 World Organization of Family Doctors. International Classification of Primary Care. Deutsch erschienen 2001 unter dem Titel «Internationale Klassifizierung der medizinischen Primärversorgung ICPC-2». Wien, New York: Springer; 2001. ISBN 3-211-83550-4

Sekretariat SGAM
Oberplattenstrasse 73
9620 Lichtensteig
info@sgam.ch