

Heinz Bhend, Marco Zoller

«Welche Praxissoftware können Sie empfehlen?»



Die gängigen Praxisinformationssysteme sind längst vom reinen Abrechnungsprogramm zum zentralen Datenverarbeitungstool einer Arztpraxis mutiert. Die Entwicklung geht weiter, die elektronische Dokumentation ist nur der Anfang. Bald wird strukturierte Kommunikation und Clinical Decision Support (CDS) gefragt sein. Produkte der Zukunft müssen anwendernahe weiterentwickelt werden und den Datenaustausch zwischen verschiedenen Systemen ermöglichen.

Regelmässig erhalten wir die im Titel formulierte Anfrage. Am liebsten hätten die Kolleginnen und Kollegen eine klare Antwort mit einem oder zwei Produkten und die Information, welche Produkte man nicht wählen soll. Eigentlich wäre diese Frage schnell beantwortet, ohne einen Namen zu nennen. Es müssen nur zwei Kriterien erfüllt sein:

- Das Produkt muss noch mindestens 30 bis 50 Jahre weiterentwickelt werden und entsprechenden Support anbieten.
- Die Softwarelösung muss heutige und künftige Praxisprozesse optimal abbilden. Optimal bedeutet hier: Das System passt sich maximal an, so dass sich der Anwender minimal umstellen muss.

Die Lösung dieser beiden Problemstellungen vorweg:

- Keine Firma kann den ersten Punkt garantieren. Die Lösung kann langfristig nur die Zusage des Anbieters sein, die Roadmap umzusetzen [1]. Darin ist auch der Datentransfer von System A zu System B vorgesehen, womit der Nutzer vor Datenverlust und unverhältnismässigem Aufwand bei Systemwechsel geschützt ist.
- Die heutigen Prozesse abzubilden, ist schon eine gewaltige Herausforderung. Da gibt es tatsächlich grosse Unterschiede. Die Abbildung künftiger Prozesse wird nur möglich sein, wenn ein Produkt eng mit den Anwendern zusammen weiterentwickelt wird. Dabei ist es wie mit allen E-Health-Lösungen: Nur die Ärzteschaft zu befragen, reicht nicht. Sie müssen aktiv in den Gestaltungsprozess eingebunden sein [2].

Aktuelle Herausforderung

Die Praxisinformationssysteme (PIS) haben sich bei der Abrechnung bestens bewährt. Der eigentliche Kernprozess eines PIS für eine Arztpraxis ist aber nicht die Abrechnung, sondern die elektronische Dokumentation. Abrechnen ist eine (notwendige) Nebenbeschäftigung eines Arztes. Das Kerngeschäft aber besteht auch im Informationszeitalter darin, Menschen medizinisch zu betreuen. Die adäquate Dokumentation ist gesetzliche Pflicht und integraler Bestandteil an der Basis jeden ärztlichen Handelns. Hier kann die Informationstechnologie (IT) bedeutende Unterstützung bieten.

Möglichkeiten der elektronischen Dokumentation

Repetitive Tätigkeiten sind das Kerngeschäft der Computer. Wie oft gleichen sich doch unsere Einträge. Eine vollständige Dokumentation umfasst die erhobenen Befunde und gibt Auskunft über den Umfang der Untersuchung. Durch Tastatureingabe, Kürzel, Autotext, Sprach- und/oder Schrifterkennung kann die Dokumentation wesentlich vereinfacht, verbessert und damit effizienter wer-

den. Geräteschnittstellen mit automatischer Übernahme der Daten von Labor- und bildgebenden Geräten, die Einbindung von extern durchgeführten Laboruntersuchungen sind heute «state of the art». Obwohl Geräteschnittstellen nicht gratis sind, haben diese wohl eines der besten Preis-Leistungs-Verhältnisse im ganzen PIS: Weniger MPA-Zeitbedarf, keine Übertragungsfehler, kein «vergessenes Verrechnen».

Minimale Anpassung der Praxisprozesse

Eine Umstellung auf elektronische Dokumentation geht nicht ohne minimale Anpassungen. Das System kann sich optimal auf die Wünsche einstellen, doch trotzdem ist eine nicht unerhebliche Anpassung der Praxisprozesse, des Praxisteam und der Patienten unumgänglich. Hier ist schrittweises Heranführen und offene Information der Schlüssel zum Erfolg. Sowohl Praxisteam wie auch Patienten sind dankbar, wenn sie frühzeitig in den Prozess miteinbezogen und nicht davon «überfahren» werden.

Zukunftsperspektiven

Künftig werden die PIS danach beurteilt werden, wie gut sie Kommunikation und Interaktion meistern. Wenn elektronisch dokumentiert wird, ist die elektronische Kommunikation naheliegend. PDFs erstellen und versenden ist wohl das Lehrstück. Das Meisterstück wird dann die strukturierte Kommunikation sein. Praxisinformationssysteme müssen künftig die Daten so aufbereiten, dass nicht nur die Information per se transportiert wird, sondern auch die Metainformation dazu. Gemeint sind Angaben dazu, welche Art von Information hier übermittelt wird. All dies soll den Anwender nicht kümmern, es soll unbemerkt im Hintergrund ablaufen. Schnell wird klar, dass hier noch viel Standardisierungsarbeit gemacht werden muss. Letztlich geht es um allgemein gültige Konventionen, damit alle unter dem Gleichen das Gleiche verstehen und entsprechend kommunizieren können. Details dazu sind nicht Thema dieses Artikels, sollen aber illustrieren, dass noch viel Arbeit zu erledigen ist. Konkret geht es darum, dass künftige Systeme zum Beispiel automatisiert die Austrittsmedikation aus den Spitalberichten übernehmen können (selbstverständlich nach Kontrolle und Validierung durch den nachbehandelnden Arzt) und ebenso automatisch Daten mit einem Online-Patientendossier abgleichen können.

Zur Illustration

Es wird nicht nur die Diagnose «Arterielle Hypertonie» übermittelt, sondern eine vorausgehende Information «hier folgt eine Diagnose» (Bsp. <diagnose>) und eine nachfolgende Information «hier ist die Diagnose zu Ende» (Bsp. </diagnose>). Mit «Arterieller Hypertonie» alleine kann ein System nichts anfangen, wohl aber mit <diagnose> Arterielle Hypertonie </diagnose>. Die Metainformation ermöglicht eine maschinelle Ablage am richtigen Ort. Von dort kann sie für eine neue Verwendung (in neuer Applikation) übernommen werden.

Interaktion

Hiermit ist jegliche Hilfestellung durch IT für die eigentliche medizinische Tätigkeit gemeint. Bereitstellen der Information bildet gewissermassen die Basis, ist gleichzeitig aber Potential und Herausforderung. Es geht primär darum, die richtige Information zur richtigen Zeit am richtigen Ort zur Verfügung zu haben. Da tun sich aktuelle Systeme schon schwerer. Viel aktuelle (richtige!) Information ist online verfügbar. Künftige Systeme werden daran gemessen werden, ob sie bezüglich der freien Wahl von Anbindung an Online-Datenbanken parametrisierbar sind. Ein Beispiel dazu: Wenn die Problemliste nach ICPC-2 geführt wird, sollte der User einstellen können, welche Online-Datenbank er «anbinden» möchte. So könnten bei einem Patienten mit Migräne (N89) bei Rechtsklick auf das Problem die EBM-Guidelines (www.ebm-guidelines.ch oder www.ebm-guidelines.com) aufgerufen werden.

Die weitere Entwicklung geht in Richtung CDS (Clinical Decision Support). Die erste Stufe ist, wie oben erwähnt, die richtigen Informationen zum Zeitpunkt der Entscheidung zur Verfügung zu haben. Das Potential ist aber noch riesig. Im Hinblick auf Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserung ist durch IT noch viel Unterstützung möglich und teilweise im Ausland auch schon realisiert. Ein Beispiel: Ich möchte bei allen Patienten mit Diabetes mindestens zweimal jährlich das HbA1C messen. Das System soll bei einer Konsultation nach 180 Tagen melden: «HbA1C-Messung fällig». Nach 360 Tagen ohne Messung soll das System ein Mail, ein SMS oder einen Reminderbrief generieren usw.

Analoge Hilfestellungen sind möglich bei bestimmten Medikamenten und Laborwertkonstellationen (Bsp. Angiotensin-Hemmer und Kalium, Methotrexat und Kreatinin/Leukozyten/Transaminasen, Kreatininmonitoring bei Patienten mit Niereninsuffizienz usw). Dies soll nur darauf hinweisen, dass die Weiterentwicklung der PIS ohne Einbindung der Anwender nicht möglich ist. Für diese Einbindung benötigt die Industrie qualifizierte Ansprechpartner. Diese zu organisieren, ist auch Aufgabe der Ärzteschaft.

Fazit

Wer möglichst grosse Sicherheit haben will, dass er «aufs richtige Pferd setzt», sollte folgende Punkte mit dem Anbieter klären und allenfalls schriftlich festhalten.

- Roadmap: der SW-Anbieter verpflichtet sich, die in der Roadmap angegebenen Vorgaben umzusetzen [1]. Damit sind eine minimal strukturierte Eingabe, ICPC-2-Integration, Transfer von

Patientendaten aus System A zum System B sowie Export der Datenbank bzw. Export aller Daten von System A nach System B (Bsp. Praxisübergabe) möglich. Firmen, die diese Vorgaben erfüllen, erhalten entsprechend jährlich das Label von SGAM Informatics.

- Integration von Anwendern: Angaben von Seiten der Firma einholen, welche Ärztinnen und Ärzte (mit Praxistätigkeit) massgeblich in die Weiterentwicklung mit einbezogen werden. Von diesen Kolleginnen und Kollegen kann dann in Erfahrung gebracht werden, wie offen die Entwickler für Inputs von Anwendern sind.
- Die elektronische Dokumentation und die gewünschten Geräteschnittstellen müssen verfügbar sein. Als Basis der Evaluation kann ein Standardpflichtenheft verwendet werden, ergänzt durch eine eigene individuelle Liste mit «must» und «nice to have».
- Möglichkeiten der Kommunikation (Import, Export von Fax, Print, Mail), Ablage – sowohl beim Patienten als auch problem- bzw. diagnosegebunden systemweit (z.B. Dokumentenablage für alle Patienten mit Diagnose/Problem «XY», aufrufbar per Rechtsklick/Shortcut oder ähnlich).
- Interaktion: Offenheit, Ansätze oder erste Realisierung von CDS, Expertensystem; Anbindung von Online-Informationen usw., Möglichkeit der freien Parametrisierung.
- User-Group: Gibt es eine aktive und für «Neue» offene Usergruppe? Vor einem Kauf hier unverbindlich reinschauen zu können, wäre sehr hilfreich für einen Kaufentscheid.

Literatur

- 1 Bhend H, Zoller M. SÄZ 2008;89:32.
- 2 Stroetmann KA. Bewertung und Empfehlungen zur Strategie «eHealth» Schweiz. Bonn: Empirica, 2009.

Korrespondenz:

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