Heinz Bhend, Franz Marty

Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen durch ICT

Die OECD hat Anfang Jahr (2010) einen Bericht über die Implementierung von ICT in den 30 Mitgliedstaaten vorgelegt. Aus Erfolgen, Misserfolgen und Lösungsansätzen in anderen Ländern können wir sehr viel lernen. Obwohl jedes Land ein anderes Gesundheitssystem hat, sind sich die Probleme erstaunlich ähnlich.

Der OECD-Bericht[1] präsentiert auf 117 Seiten die Anstrengungen der OECD-Länder in der Implementierung der «Information and Communication Technologies» (ICT) [1]. Er bietet einen Überblick zur neuen Literatur und berichtet von den «lessons learned» aus den Fallstudien von sechs Ländern (Australien, Kanada, Niederlande, Spanien, Schweden und USA).
Der Bericht gibt Ratschläge zu verschiedensten ICT-Themen und fokussiert in der Folge auf die notwendigen Vorbedingungen einer erfolgreichen eHealth-Strategie. Wir präsentieren hier eine kurze Zusammenfassung des Berichtes.

Übersicht

Der hohe Grad der Fragmentierung ist ein Hinderungsgrund des effizienten Informationsaustausches. ICT hat das Potential die Qualität und Effizienz in Gesundheitssystemen zu steigern und auch neue Modelle der Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Die Einführung einer elektronischen Krankengeschichte in den klinischen Praxisalltag ist nicht einfach und erfordert Schulung sowie Support von Beginn an. Kosteneinsparungen sind vor allem auf der administrativen Seite möglich, zum Beispiel durch elektronische Rechnungsstellung.
Hinderungsgründe der Implementierung von ICT sind fehlende Entschädigungen für Investitionen in die Informatik und fehlende Anreize für bessere Qualität der Behandlung. Fehlende Standards sind investitionshemmend. Zudem werden vorhandene Standards teils unterschiedlich implementiert.
Für Länder mit FFS (Fee for Service) scheint die Einführung der elektronischen KG schwieriger zu sein als in Ländern mit zentralisierten Gesundheitssystemen. In vielen Ländern wird daher mit Zusatzzahlungen für die IT-Nutzung ein Anreiz für die Implementierung von ICT gesetzt.
Die elektronischen KG müssen interoperabel sein, was konkret bedeutet, dass der Datentransfer von Arzt zu Arzt möglich wird, und zwar sowohl mit der gleichen als auch mit unterschiedlicher Software. Der Bericht hält fest, dass die elektronisch vorhandenen Daten zu Forschungszwecken extrahierbar sein sollen. Die Stossrichtung von SGAM.Informatics (Roadmap [2]; FIRE-Projekt [3]) wird bestätigt.
Die Messung des Nutzens von ICT im Gesundheitswesen ist sehr schwierig, so ist beispielsweise der Wechsel auf eine elektronische KG nicht nur eine technische Umstellung, sondern vielmehr eine kulturelle Transformation. In diesem Sinn ist die Herausforderung von Gesundheitsinformatik weit mehr als nur eine Frage der Investitionen. Alle Initiativen in einer Implementierung von ICT zeigen, dass die Finanzierung, der Support und das Training der «health professionals» als Schlüsselfaktoren gelten um die Akzeptanz der Anwender zu gewinnen und eHealth zum Durchbruch zu verhelfen.

Schlaglichter

- Angaben zu den Gesundheitskosten als Prozent des BIP für einzelne oft zitierte Länder: OECD-Durchschnitt (8,9%), CH (10,8%), USA (16,0%), UK (8,2%), DK (9,8%), BRD (10,4%);
- Kosten für die Implementierung elektronische Dokumentation (Schätzung Hard- und Software): USA: 30700 US-Dollar initial und 12100 US-Dollar für Support pro Arzt, dann 5600 US-Dollar/Jahr; Kanada: 15500 US-Dollar initial, dann 4000 US-Dollar im ersten, anschliessend 6000 US-Dollar/Jahr.

Beispiele von Anreizen

The Quality Outcome Framework in UK
Erfasst 80 Indikatoren in 19 klinischen Gebieten. Die General Practicioners (GP) erreichten über 50% der Zielwerte, was zu einem Einkommensanstieg um bis 30 Prozent führte und eine Erhöhung des NHS-GP-Budget[2] um 20 Prozent erforderte (PS: in der Schweiz will man ebenfalls immer mehr, aber alles kostenneutral!).

The Australian Practice Incentive Programme
Start August 2009: 6,50 Australische Dollar pro «Standardised Whole Patient Equivalent» pro Jahr, maximal 50000 Australische Dollar.

The American Recovery and Reinvestement Act of 2009
Ziel ist «to adopt certified HER technology an use it in a meaningful way». Bis zu 21500 US-Dollar Entschädigung zu Beginn, dann 8500 US-Dollar pro Jahr für fünf Jahre, maximal 65000 US-Dollar pro Arzt. Ohne EHR-Implementierung gibt es ab 2015 ein Prozent, ab 2016 zwei Prozent, ab 2017 drei Prozent Reduktion der Vergütung.

Wichtige Aussagen

Der Produktivitätsverlust (= Einkommensverlust) während der Umstellungsphase behindert den Wechsel solange, bis angemessene Entschädigungszahlungen zur Verfügung stehen.
Die grosse Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte sind nicht IT-Spezialisten und haben kein Bedürfnis, dies zu werden. Konsequenterweise kann man von ihnen nicht erwarten, die Komplexität der IT-Implementierung mit Pflichtenheft, Evaluation und Kontrolle der Installation zu managen. So ist es nicht erstaunlich dass ein Drittel bis die Hälfte scheitern. Der Verlust von Zeit, Geld und Engagement kann nicht wieder gut gemacht werden.

Später Nutzen

Langzeiterfolg wird sich nur einstellen, wenn eHealth hält, was es verspricht, sowohl ökonomisch als auch im Sinne eines Mehrwertes für die Gesellschaft. Finanzielle Vorteile fallen möglicherweise nicht dort an, wo die Investitionen getätigt wurden. Der Return on investment des einen Leistungsanbieters kann der Verlust des anderen sein. Studien legen nahe, dass finanzielle Vorteile erst viele Jahre nach Implementierung realisiert werden können und erst nachdem eine Funktionalität erreicht wird, welche den Bedürfnissen den Ärztinnen und Ärzten wirklich dienen.

1 OECD: Organisation für Entwicklung und Zusammenarbeit.
2 NHS: National Health Service (zentrale Gesundheitsbehörde in Grossbritanien).

Benchmarking ICT-Use

Die Evidenz für IT-Nutzung im Gesundheitswesen ist begrenzt. Vergleiche mit anderen Ländern sind schwierig, da gemeinsames Verständnis und Einigung über Messindikatoren fehlen.
Die erste Herausforderung in vielen Ländern ist die Einführung der EMR/EHR (elektronische KG). Die unterschiedlichen Fortschritte hängen zum einen vom Gesundheitssystem an sich ab (staatlich, privat; zentral, dezentral), aber auch von adäquaten Incentives (proper alignement of incentives).

Schlussfolgerung der Autoren

- Hausärztinnen und Hausärzte für die elektronische Krankengeschichte gewinnen: Umstellung auf elektronische Dokumentation;
- Barrieren reduzieren (u.a. Standards und von Anwendern zertifizierte Software);
- Finanzierungsanreize in Grössenordnung von 50000 Schweizer Franken pro Arzt über fünf Jahre;
- Support und Schulung der eHealth-Anwender.

Schlussforderungen für die Schweiz sind aus unserer Sicht:

- Vorschläge an die Politik für die Finanzierung des Umstellungsprozess in den Arztpraxen zur Verfügung zu stellen (ausserhalb von TARMED);
- Gründung eines Instituts für Praxisinformatik (IPI) als Schulungs- und Supportinstitution für die Hausärzte und als Schnittstelle der Hausärzte zu Softwarehäusern und zur ganzen IT- und eHealth-Welt.

Quintessenz

- Ohne Mitarbeit/Integration der Hausärztinnen und Hausärzte funktioniert eHealth in keinem Land;
- der Benefit fällt oft nicht dort an, wo am meisten investiert wird und/oder Prozesse angepasst werden müssen, zugunsten der nachgelagerten Behandlungskette;
- alle Länder mit hoher ICT-Nutzung im Gesundheitswesen haben massive Incentives gerade für die Hausärzte zur Verfügung gestellt (Australien) oder sind im Begriffe dies zu tun (USA);
- Schulung und Support der Ärzte ist ein Schlüsselelement zum Erfolg.

Literatur

1 Achieving Efficiency Improvements in the Health Sector trough the implementation of Information and Communication Technologies. Final Report, OECD, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs; 2010.
2 Bhend H, Zoller M. Roadmap für die elektronische Krankengeschichte für die Hausarztpraxis. SÄZ. 2008;89:32.
3 Bhend H, Zoller M, Rosemann T. FIRE is lit. PrimaryCare. 2009;9(17):325–7.

Korrespondenz:
Dr. med. Heinz Bhend
Arbeitsgruppe Informatik und eHealth, MF
Oltnerstrasse 9
4663 Aarburg
heinz.bhend@sgam.ch