

Heinz Bhend

# eHealth-Strategie – jenseits der Praxisrealität

Durch regelmässiges Studium der Publikationen, Besuch von Informationsveranstaltungen, Diskussion mit Einzelnen und in Gruppen versuche ich seit mehreren Jahren bezüglich eHealth «à jour» zu bleiben. In der aktuellen Vernehmlassung zu «Evaluation von Modellversuchen» sowie «Standards und Architektur» scheinen sich nun die Ideen und Konzepte des Koordinationsorgans trotz guter Absicht kometenhaft von der Alltagsrealität zu entfernen [1]. In mehreren Stunden Studium habe ich versucht, die vorgeschlagenen Lösungen nachzuvollziehen, um kompetent Stellung nehmen zu können. Ich habe dies auch nach bestem Wissen und Können im Auftrag von «Hausärzte Schweiz» getan. Leider ist die eHealth-Welt derart weit vom Praxisalltag eines Hausarztes entfernt, dass nicht nur die Beurteilung schwer fällt, sondern zunehmend die Kommunikation darüber beinahe unmöglich wird.

## Die Idee von eHealth

Jeder Bürger soll im Jahr 2015 unabhängig von Ort und Zeit dem Arzt seiner Wahl relevante medizinische Informationen zur Verfügung stellen können [2]. Dieser Grundsatz geht von der «Ambulantisierung», der zunehmenden Mobilität und vor allem von der vom Patienten gewünschten Selbstverwaltung bzw. Souveränität über die eigenen Gesundheitsdaten aus (patient empowerment) [3]. Soweit so gut! Die skizzierte Vision erfordert enorme technische, organisatorische und strukturelle Vorkehrungen, um nur ansatzweise vernünftige Ergebnisse zu erzielen. Ein beachtlicher Aufwand muss zudem betrieben werden, um einen Patienten systemübergreifend identifizieren zu können, da ein «unique patient identifier» fehlt [4]. Medizinisch sensible Informationen zeitgerecht aus diversen Speicherorten datenschutzkonform verfügbar zu machen, bedeutet einen gewaltigen Aufwand. Zudem soll jederzeit rekonstruierbar sein, wer wann zu welchem Zweck in welcher Funktion auf welche Informationen zugegriffen hat (traceability). Würde nur der Spur nach, der bei Medikamenten übliche NNT¹-Quotient errechnet, müsste die Übung längst abgebrochen werden. Dem kann entgegen gehalten werden, dass das Konzept auf die Zukunft ausgerichtet ist. Der immer wieder erwähnte Zeithorizont von 2020 ist alles andere als realistisch, zumal immer noch der Austausch elektronischer Daten als Startpunkt angesehen wird – in der Realität aber die Erfassung elektronischer Daten logischerweise vor jedem Austausch steht. Allein um diesen Startpunkt zu erreichen, dauert es noch mindestens acht bis zehn Jahre – ohne massive Incentives höchstwahrscheinlich sogar noch länger. Für den Austausch elektronischer Daten brauchte es eine kritische Masse elektronisch vorhandener Daten, sonst ist der Rohrkrepierer vorprogrammiert. Nach dieser pessimistischen und kritischen Einführung möchte ich versuchen, einzelne Punkte zu beleuchten, um den Kolleginnen und Kollegen etwas die Komplexität der eHealth-Strategie nahe bringen. Gemäss eHealth-Barometer kennen die meisten Ärzte eHealth nicht, nur vom Hörensagen oder sind allenfalls stolze Besitzer einer vorerst ehealth-mässig nicht brauchbaren HPC.

## OID

OID ist die Abkürzung für «Object Identifier» und bedeutet, dass jeder Institution (Hausarzt, Spital, Netz) und jeder Funktion (Normale Konsultation, Notfallkonsultation, Spitalaufenthalt) sowie

jeder Vertraulichkeitsstufe eines Dokumentes bis hin zu Laboruntersuchungen eine mehrstellige Nummer zugeordnet wird. Falls schon Verzeichnisse (Bsp. EAN-Nummern) vorhanden sind, erhalten diese ein OID-Präfix. Diese OID sind nötig, um Zugriffsberechtigungen zu vergeben und zu managen.

Eine mögliche OID-Sequenz wäre (fiktives Beispiel<sup>2</sup>): 2.16.756.5.30 – 2.16.756.5.30.4.9.1.1 – 2010.03.12 – 2.16.840.1.113883.6.96 –2.16.840.1.113883.6.1 – 2.16.840.1.113883.2.16.1.99.3 – usw. Diese Zahlen werden bei Transaktionen im Hintergrund «mitgeliefert», sind computerlesbar und könnten bedeuten, dass «Hausarzt AB am 12. März 2010 als Mitglied des Netzes Z in der Funktion als Notfallarzt einen Patienten XY notfallmässig behandelt hat und dabei auf stigmatisierende Informationen zugegriffen hat».

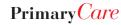
Sicher, viele dieser Zuordnungen können dereinst vom Praxisinformationssystem automatisch generiert werden (Bsp. Arzt-OID). Voraussetzung ist aber, dass unsere Systeme entsprechend aus- oder aufgerüstet werden. Wer bezahlt diese Integration, die praxisintern keinen Nutzen bringt? Andere OID-Vergaben erfordern eine aktive Zuordnung und haben damit unmittelbaren Einfluss auf unsere Art der Dokumentation und der Weiterentwicklung der elektronischen Krankengeschichte. Das eHealth-Konzept sieht zum Beispiel fünf Stufen der Vertraulichkeit³ von Informationen vor. Dies muss in unseren eKG zuerst abgebildet werden und erfordert entsprechenden Mehraufwand seitens des dokumentierenden Arztes. Die OID-Nummern sind hierarchisch organisiert, müssen an einer zentralen Vergabestelle⁴ beantragt werden und sind kostenpflichtig.

## Rollenkonzept

Der Arzt kann diverse Rollen einnehmen (natürlich mit entsprechender OID-Nummer) und jede Rolle hat, gemäss Vorgaben, Rechte und Pflichten. Zur Illustration: Im Konzept ist ein «Arzt des Vertrauens» vorgesehen – dieser ist «Berater des Patienten für alles, was aus den ihn betreffenden medizinischen Daten hervorgeht. Er erklärt dem Patienten die in seiner Akte enthaltenen Informationen und hilft ihm dabei, die Zugangsrechte zu den unterschiedlichen Datenkategorien festzulegen» [5]. Diese Rolle bedingt einen formellen, schriftlichen Vertrag: Ich, [Patient], berechtige [Person] in Funktion als [«meine Behandelnde»] für die Dauer von [n Tagen] auf Informationen mit [conf\_code/Vertraulichkeitsstufe: normal] in [mein elektronisches Patientendossier] zuzugreifen.

Wie sollen wir in unserer Gruppenpraxis dies genau handhaben? Vorgedruckte Formulare, die der Patient unterschreibt? Diese wieder (wie vor zehn Jahren) in einer Meta-Papier-KG im Aktenschrank archivieren, bei Ablaufdatum den Patienten kontaktieren, mutieren, wieder ablegen usw.? All dies ist offenbar so gewollt, geplant und soll umgesetzt werden. Wir können nicht klar genug darauf hinweisen, dass mit solchen Szenarien trotz IT-Unterstützung der administrative Aufwand sich exponentiell ausweiten wird. Zwangs-

- <sup>1</sup> NNT = Number needed to treat. http://de.wikipedia.org/wiki/NNT.
- Diese OID-Nummern ergeben keinen «Sinn», sind aber real. In der obigen Abfolge: eHealth-CH (Root) – Projekt e-Toile Genf – Datum – Asthma (Snomed-CT) – Anamnese (LOINC) - Laborauftrag.
- <sup>3</sup> Die fünf Stufen: administrativ nützlich medizinisch stigmatisierend geheim.
- 4 www.oid-register.ch.



weise erinnert mich dies an die Karikatur von Uli Stein (*«Erwin löst mit dem Computer alle Probleme die er noch nicht hatte, als er noch keinen Computer hatte ...»*). Den unverhältnismässigen Aufwand zur Systemerhaltung muss man sich an konkreten Beispielen vor Augen führen. Eine künftige Zusatzaufgabe für Hausärzte wäre somit: Ein Patient im Altersheim muss informiert werden, dass die von ihm gegebene Einwilligung, auf die Dokumente zugreifen zu können, abgelaufen ist. Eine Sisiphusarbeit par excellence!

## Kriterien für Modellversuche

73 Kriterien sind im Vernehmlassungspapier von eHealthSuisse aufgelistet, um einen Modellversuch als strategiekonform zu beurteilen. Der Antrag für eine Evaluation mit 26 Rubriken von Name über Organisation bis zum technischen Konzept, einer SWOT-Analyse und der Finanzierung umfasst schnell 20 Seiten. Das Ausfüllen eines Antrages kann somit schon eine erste unüberwindliche Hürde sein. Mit dem allenfalls erteilten Label kann man sich nichts kaufen.

#### **Fazit**

Die bisherigen Publikationen rund um die eHealth-Strategie lassen den Einfluss der primär involvierten Anwender (u. a. der Hausärzte) schmerzlich vermissen. Leider ist es uns nicht gelungen, unseren Vorbehalten Gehör zu verschaffen. Die offizielle Ärztevertretung (FMH) hat keinen Bezug zum Praxisalltag. Die Forderung nach Pflicht zur Verwendung der HPC ist die einzige «Spur», die die Ärzteschaft hinterlassen hat. Dem Koordinationsorgan kann kein Vorwurf gemacht werden; es macht einfach, was die Politiker wollen, die Techniker können und die Datenschützer erwarten. Ob es praktikabel ist, interessiert momentan niemanden. Aus den Niederungen des Praxisalltags gesehen sind die bisherigen offiziellen Publikationen von eHealthSuisse «stratosphärischer» Art. Bisher wurde nichts unternommen, um den Hausärzten die eHealth-Konzepte zu erklären oder nahe zu bringen. Damit klafft der Graben immer breiter zwischen theoretisch-technisch Möglichem und Praxisrealität. Nun ist genug geplant! Ohne Support und substantielle Incentives wird sich nichts bewegen. Offenbar werden wir in der Schweiz die Warnungen des OECD-Berichtes hautnah erleben: « ...ohne Einbindung der Ärzteschaft ist jeder eHealth-Versuch zum Scheitern verurteilt» [6]. Darauf hinzuweisen hat nichts mit Überheblichkeit oder Selbstüberschätzung zu tun, sondern einfach damit, dass den Ärzten in der Realisierung von eHealth zwangsläufig eine Schlüsselrolle zukommt. E-Health-Konzepte, die den primären Anwendern nicht unmittelbar einen Mehrwert generieren, werden kein langes Leben haben!

Ich fordere deshalb smarte Piloteversuche anstatt Modellversuche und damit vorerst ein Moratorium der eHealth-Strategie-Aktivitäten!

Ein Pilotversuch mit den beiden «use cases» «Impfplan» und «aktuelle Medikation» könnte schnell viele realitätsfremde Ansätze aufzeigen.

Idee für einen Pilotversuch: Ein regionales Ärztenetz entscheidet sich, die Medikamente und den Impfplan für den diensthabenden Notfallarzt online zur Verfügung zu stellen. Als konkretes Beispiel unser Ärztenetz Zofingen: 33 Hausärzte, sechs mit elektronischer

Teils indirekt via staatliches Gesundheitswesen (GB, DK, NL) oder durch finanzielle Anreize (USA, Australien). KG (19%), sieben verschiedene Softwarelösungen; einzelne Spezialisten machen auch Notfalldienst. In diesem Piloten müssten folgende Probleme geregelt werden (die Liste ist nicht abschliessend):

- Problem 1: kritische Masse elektronisch dokumentierender Kollegen erreichen. Schulung, Support (finanzielle Anreize) für «Umsteiger» Fragen: early adopters sollen leer ausgehen? Wer finanziert Support und Schulungen?
- Problem 2: Wo und in welcher Form sollen die Informationen zur Verfügung gestellt werden (eigener Server, Einkauf / Miete eines professionellen Anbieters)?
- Problem 3: Wie sollen die Patienten systemübergreifend identifiziert werden, zumal ein «unique patient identifier» fehlt?
- Problem 4: Datenformat Austauschstandard Homogenisierung der SW-Lösungen. Wer bezahlt die Implementierung?
- Problem 5: Sicherheit, Datenschutz, Internetanbindung, Verschlüsselung
- Problem 6: In welchem Verhältnis stehen Aufwand und Nutzen (NNT)?

Allein mit dem ersten Problem haben wir schon Arbeit für die nächsten fünf Jahre, und die Finanzierung der nötigen Anpassungen praxisintern und praxisextern ist überhaupt nicht gegeben.

Wer eHealth will, soll dafür gerade stehen. Das Parlament hat ja gesagt zu eHealth – Bund und Kantone haben Millionen in Konzepte und Entwürfe investiert. Nun geht es zuerst darum, auf das Startfeld zu gelangen. Damit die Ärzte sich in Richtung Startfeld bewegen, müssen sie für den anschliessenden Parcours gewonnen werden. Nochmals: Ohne kritische Masse elektronisch vorhandener Daten wird der elektronische Datenaustausch ein Wunschtraum bleiben, da mögen noch so grosse Firmen und ausgefeilte Konzepte dahinter stehen. Bisher hat es noch kein Land geschafft, ohne massive Incentives<sup>5</sup> für die elektronische Dokumentation eHealth zum Durchbruch zu verhelfen.

## Literatur

- 1 eHealthSuisse. Anhörung zu den Ergebnissen aus den Teilprojekten «Standards und Architektur» und Modellversuche. Bern, 2010; http://www. ehealth-suisse.ch/Aktuell.
- 2 eHealthSuisse. Konzept zur Evaluation von Modellversuchen. Bern, 2010:6.
- 3 eHealthSuisse. Konzept zur Evaluation von Modellversuchen. Bern, 2010:32; Standards und Architektur:4.
- $4\quad \hbox{eHealthSuisse. Konzept zur Evaluation von Modellversuchen. Bern, 2010:21}.$
- 5 eHealthSuisse. Standards und Architektur. Bern, 2010;14.
- 6 Bhend H. Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen. PrimaryCare. 2010;10(07):135-6.

Korrespondenz: Dr. med. Heinz Bhend Facharzt für Allgemeinmedizin FMH Oltnerstrasse 9 4663 Aarburg heinz.bhend@sgam.ch