

Heinz Bhend

# eHealth und der schleichende Paradigmenwandel

**Die älter werdende Generation der Hausärzte macht sich Sorgen um den mangelnden Nachwuchs und auch um die sinkende Attraktivität des Berufes. Ein essentieller Aspekt ist die sich verschlechternde finanzielle Seite. Ebenso wichtig ist, dass durch das In-Frage-Stellen von Präsenzlabor, Praxisröntgen und Patientenapotheke wichtige Instrumente für ein effizientes, hoch qualitatives und befriedigendes hausärztliches Arbeiten bedroht sind. Es besteht die Gefahr, dass eHealth indirekt mitverantwortlich werden könnte, dass der Hausarzt diese für eine umfassende Tätigkeit nötigen Tools und Kompetenzen verliert.**

## Die schweizerische Hausarztpraxis

Die Schweizer Hausarztpraxis ist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ein Sonderfall. Dies stellt man immer wieder an Diskussionen mit Kolleginnen und Kollegen an Wonca-Kongressen fest. In der Schweiz gehören, mit regionalen Unterschieden, Röntgen, Ultraschall, Präsenzlabor und Patientenapotheke zur «Ausrüstung» eines Hausarztes. Ich möchte dieses Setting als *Integrierte Praxis* bezeichnen. Nur wenige Hausärztinnen und -ärzte in den umliegenden europäischen Ländern haben praxisintern entsprechend viele Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie. Wer dort schon eine Hausarztpraxis besucht hat, war erstaunt, wie wenig Infrastruktur vorhanden ist. In einzelnen Praxen fehlt es schlicht an allem. Zum Röntgen wird an das Röntgeninstitut weitergewiesen, zur Blutentnahme an das Labor, zur Ohrpfropfentfernung an den HNO-Arzt usw. Für diese Art von Hausarztpraxis könnten im Extremfall Überweisungsformulare genügen. Dazu reicht, etwas überzeichnet gesagt, ein Schalter (Guichet). Ich nenne dieses Setting deshalb *Schalterpraxis*.

Der entscheidende Vorteil einer gut ausgerüsteten, «integrierten Praxis» ist, dass der Hausarzt 90% der Fälle selber lösen kann [1]. Dass dies effizient und kostensparend ist, liegt auf der Hand.

## Herausforderung eHealth

Eine grosse Veränderung für unsere hausärztliche Tätigkeit resultiert aus eHealth mit all ihren realistischen und weniger realistischen Möglichkeiten. Doch niemand weiss, wohin die Reise geht. Mit eHealth sind neue Möglichkeiten jetzt schon da. Die daraus resultierenden Prozesse sind aber meist noch nicht analysiert und der Ausgang ist ungewiss. Zahlreiche Studien über eHealth sollen diese Ungewissheit entschärfen. Erwartet wird, dass eHealth Kosten spare, die Effizienz steigern und zur Qualitätssicherung beitragen oder zumindest neue Möglichkeiten (Patient-Empowerment) bieten. Wenn all dies erreicht werden könnte, wäre eHealth «der Problemlöser» für das Gesundheitswesen. In den letzten Jahren ist allerdings eine gewisse Ernüchterung gegenüber allzu hohen Erwartungen an eHealth festzustellen.

## Resultate von eHealth Studien aus EU-Ländern können nicht auf die Schweiz übertragen werden

Da uns andere europäische Länder im Bereich eHealth zum Teil um Jahre voraus sind, ist es naheliegend, anhand ausländischer eHealth-Studien ein mögliches Szenario für die Entwicklung in der Schweiz abzuleiten. Einige dieser EU-Studien errechnen sogar, wie viele Jahre es dauert, bis ein bestimmtes Szenario systemrelevant Kosten sparen wird. Ein illustratives Beispiel: In Schweden dauerte es sechs Jahre, bis mit dem elektronischen Rezept tatsächlich ein Systemvorteil herausgeschaut hat [2].

Es gibt jedoch gute Gründe dafür, dass diese Studienergebnisse aus dem europäischen Ausland nicht direkt auf die Schweiz übertragen werden können: Die elektronische Dokumentation ist dort weitgehend etabliert (meist über 95%), Medikamente werden dort grundsätzlich nur in der Apotheke bezogen, Praxen mit eigenem Röntgen gibt es dort nicht und das Präsenzlabor ist ein «Fremdwort». Durch die erwähnten Vorgaben ist in den EU-Ländern der Hauptfokus von eHealth auf die Kommunikation gerichtet. Sobald diese verbessert werden kann, zeigt sich dort unmittelbar ein Nutzen. Wegen dieser markanten Unterschiede können aus jenen Studien keine validen Aussagen über das Potential von eHealth in der Schweiz abgeleitet werden. Dazu muss von der hiesigen Situation ausgegangen werden. Anders als im Ausland wird in der Schweiz zudem in 80% der Praxen noch papierbasiert dokumentiert. Erst bei einer elektronischen Dokumentation von über 80% (!) läge eine den herangezogenen Studien vergleichbare Ausgangssituation vor.

## Risiken der neuen elektronische Tools für einen schleichenden Wandel von der «integrierten Praxis» zur «Schalterpraxis»

Die vielen Möglichkeiten im Rahmen der eHealth-Szenarien bergen die Gefahr, dass «neue elektronische Lösungen» direkt oder indirekt den Wechsel von der «integrierten Praxis» zur «Schalterpraxis» fördern.

Dazu einige Beispiele:

- Elektronische Krankengeschichten in Form von Browser-Lösungen (Praxis-externe Online-KG) bergen die Gefahr, dass Praxisgeräte, wie z. B. ein Laborgerät, gar nicht oder nur umständlich eingebunden werden können. Das Labor aufzugeben könnte die Antwort darauf sein – ein Schritt in Richtung «Schalterpraxis». Ich zitiere einen Ärztekassenvertreter, den ich am eHealth-Kongress 2009 darauf angesprochen habe, dass die von ihm präsentierte Lösung die Praxisprozesse nicht abbilde, da die Laborgeräte nicht eingebunden werden können: «Die wenigen Laborwerte die wir noch in der Praxis machen dürfen, kann man auch von Hand eingeben»<sup>1</sup>.
- Nur digitale Röntgenbilder sind mit vernünftigen Aufwand elektronisch transferierbar. Dies erzeugt indirekt Druck, teure digitale Röntgenapparate zu kaufen. Für viele Einzelpraxen macht ein digitales Röntgen ökonomisch keinen Sinn. Bei Erneuerungsbedarf dürfte das Röntgen dann «ausgelagert» werden.
- Sogenannte «eHealth-Vorzeige-Projekte» in der Schweiz, wie z. B. «etoile» (Kanton Genf), lagern Apotheke, Labor und Röntgen systemimmanent aus.

<sup>1</sup> Statement von J. Henggeler, Oberägeri, anlässlich des eHealth-Kongresses 2009 in Nottwil.

## Ärztenschaft schon zu spät?

Die Informatikerunterstützung ist in vielen Bereichen sehr sinnvoll und unbestritten. Ein illustratives Beispiel dafür ist die elektronische Medikamentenverschreibung mit computerunterstützter Interaktionsprüfung. Diese wird im Rahmen von detaillierten eHealth-Analysen, neben der Sachkompetenz des Arztes/Apothekers, als selbstverständlich vorausgesetzt [3]. Im Umfeld der Qualitätsdiskussion ist abzusehen, dass diese bald «state of the art» sein wird. Da uns die Apotheker hier um Jahre voraus sind, erstaunt es wenig, dass der Apotheker sogar schon aus unseren Reihen (!) als «Experte für chronische Krankheiten» angesehen wird [4].

Der Umgang mit einem vernünftigen Medikamenten-Management-Tool hat eine relativ flache Effizienzkurve. Frühestens nach einem Jahr kann ein Neuanwender Daten produzieren, welche ausserhalb der Praxis weiter verwendet werden können.

## Nutzen der elektronischen Dokumentation

Mein zentrales Anliegen ist es, die elektronische Krankengeschichte so weiter zu entwickeln, dass die Position des Hausarztes als Kompetenzzentrum für die Mehrheit der gesundheitlichen Probleme und als «Informationshub» gefestigt wird.

Dazu braucht es sinnvolle Tools, z.B. für das Medikamentenmanagement oder den Clinical Decision Support (CDS; Expertensysteme). Die Hintergrundinformationen und Algorithmen dazu müssen in enger Zusammenarbeit mit einem/den Institut(en) für Hausarztmedizin entwickelt werden.

Erst mit einer kritische Masse von Kolleginnen und Kollegen, welche diese Tools einsetzen, können wir glaubhaft zeigen, dass wir gewisse Dinge genauso gut oder besser können als nachgelagerte Institutionen.

## Vorbehalte gegen eHealth überwinden – es eilt

Viele Kolleginnen und Kollegen haben Vorbehalte gegenüber der elektronischen Dokumentation. Dies aus verständlichen Gründen: ungelöste Probleme mit dem Datentransfer bei Systemwechsel wie fehlende Kompatibilität und Migrierbarkeit, nicht entschädigter Mehraufwand für die Umstellung von Papier auf Digital; fehlende Standards, Incentives (Anschubfinanzierungshilfen) und Support. All diese Forderungen sind unbestritten! Doch, haben wir die Zeit, zu warten, bis dies alles «geregelt» ist? Ich stelle fest, dass rund um unsere Praxen laufend «fait-accompli» geschaffen werden. Und ich befürchte ernsthaft, dass uns die «Geschichte» davonläuft und wir bald nur noch reagieren können, wenn wir nicht bald handeln. Ein Teufelskreis.

## Fazit

- Die Ärzteschaft muss die elektronische Dokumentation inklusive Medikamentenmanagement und Clinical Decision Support breit in den Praxisalltag integrieren.
- Die elektronische Krankengeschichte muss so weiterentwickelt werden, dass sie *primär in der Hausarztpraxis* einen Mehrwert bringt.
- Eine optimale elektronische Erfassung der Daten am Anfang der Behandlungskette in der Hausarztpraxis muss der primäre Fokus sein. Vernetzung und Datentransfer sind sinnvolle Folgeprodukte.
- Um den Umstellungsprozess praxisverträglich zu gestalten, braucht es Unterstützung von Kolleginnen und Kollegen, welche diesen Schritt schon gemacht haben.

- Eine ärztzeigene Institution (Institut für Praxisinformatik IPI<sup>2</sup>; in Planung) soll den Lead im Bereich der Praxisinformatik übernehmen, Kollegen bei der Umstellung auf elektronische Dokumentation unterstützen und gewährleisten, dass die elektronische Krankengeschichte in unserem Sinne weiter entwickelt wird – dies in enger Anbindung an die Institute für Hausarztmedizin der Schweiz.
- Das IPI soll als Ansprechpartner für Hausärztinnen und Hausärzte sowie für Softwarefirmen figurieren und damit zur Drehscheibe für Praxisinformatik werden.

## Literatur

- 1 Tschudi P. Unterlagen Pressekonferenz «Ja zur Hausarztmedizin». Online unter [www.jzh.ch](http://www.jzh.ch) → Initiative → Materialien.
- 2 eHealth is Worth it. eHealthImpact. 2006:35.
- 3 Scheurer E. Machbarkeitsanalyse eMedikation. Im Auftrag Koordinationsorgan eHealth Bund und Kantone, 9. Juni 2011.
- 4 Schaller P. Intégration verticale. Forum Managed Care, 16.6.2011.

## Kommentar

eHealth hat und ist die Zukunft. Aber – davon sind wir noch weit, weit entfernt! Wie Heinz Bhend in diesem Artikel zu Recht schreibt, kranken in der Schweiz alle bisherigen eHealth-Strategien am gleichen Problem: Die angedachten Lösungen sind auf dem Papier einleuchtend, wurden aber von Theoretikern, politischen «Schreibtischtätern» oder von Software-Ingenieuren geplant, die keinerlei Bezug zur Praxisrealität haben. Grundvoraussetzung für eHealth ist die elektronische Dokumentation in den Praxen. Bis jetzt dokumentieren aber erst weniger als 20% der Ärzte elektronisch und dies aus gutem Grund: Solange es an einheitlichen, verbindlichen Standards fehlt und solange die Daten nicht austauschbar sind (Migrierbarkeit), wird eHealth scheitern und sich nicht durchsetzen. Solange wir Hausärzte nur (unbezahlten) Zusatzaufwand mit der elektronischen KG und selber kaum Profit davon haben, wird eine Mehrheit zögern, auf elektronische Dokumentation umzustellen.

Zwingend ist daher, dass wir Praktiker von der «Front» die notwendige Richtung vorgeben und unsere Bedürfnisse anmelden und die Softwarefirmen haben dies dann umzusetzen und nicht umgekehrt. Die Politik muss auf unsere Kenntnis der Praxisabläufe abstellen und nicht unrealistischem Wunschenken erliegen. Genau aus diesem Grund hat die Kommission eHealth-Informatics im Auftrag des Vorstandes von MFE die Initiative ergriffen und ist im Begriff, ein Institut für Praxisinformatik (IPI) zu gründen. Das IPI soll das Kompetenzzentrum für die Praxisinformatik werden und neben Grundlagenarbeit zudem uns Ärzten mit Support, Schulungen, Beratungen und Dienstleistungen zur Seite stehen. Anlässlich der SwissFamilyDocsConference in Basel fand am 26.8.2011 ein erste öffentliche Orientierung zum Projekt und der Startschuss zur Umsetzung statt.

*Gerhard Schilling, Vorstandsmitglied MFE, Ressort eHealth und Informatics*

## Korrespondenz:

Dr. med. Heinz Bhend  
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH  
 Oltnerstrasse 9  
 4663 Aarburg  
[heinz.bhend@sgam.ch](mailto:heinz.bhend@sgam.ch)

<sup>2</sup> IPI ist eine Initiative von «Hausärzte Schweiz» (MFE), eine erste formelle Information der Öffentlichkeit fand am 26. August 2011 statt, anlässlich der Swiss Family Docs Conference in Basel.