

Forum ZV



Health Professional Card der Schweizer Ärzteschaft ante portas

Dieser Artikel [1] und das Design der HPC brauchen dringend Ergänzungen!

Vorweg: In meinem Umfeld werde ich eher als «IT-angefressen» wahrgenommen. Auf diversen Gebieten der Informatik habe ich mein Lehrgeld als «early adopter» bezahlt.

Leider ist das skizzierte Szenario der HPC nicht in eine E-Health-Strategie der FMH eingebettet; diese wurde jedenfalls bisher nicht vorgestellt. Was herauskommt, wenn zuerst ein Projekt und dann erst die Strategie darum herum geplant wird, werden wir bald bei der Versichertenkarte des BAG miterleben können. Auch dort war das Kartenprojekt lange vor der dazugehörenden E-Health-Strategie aufgegleist.

Meine Bedenken/Ergänzungsvorschläge:

- *Die HPC braucht eine Hierarchie.* Es darf nicht alles an meine Karte und meine Unterschrift gebunden werden. – Konkret: Ich muss an meine MPA delegieren können. Sonst droht mit der Einführung der HPC, dass ich mehr, die MPA weniger arbeitet. Meine Karte der MPA zu übergeben kann ja wohl nicht Sinn der Übung sein. – Einige Kollegen haben die analoge Erfahrung mit dem ASAS-Client gemacht: Entweder die MPA hat auf alles Zugriff, oder ich mache einen Teil der MPA-Arbeit.
- *Bringprinzip als Normalfall.* Bis heute sind wir gewohnt, dass Austrittsberichte in der Regel «automatisch» zugestellt werden. E-Health darf dies nicht umkehren, in dem Sinn, dass ich jedesmal aktiv werden muss, um einen Bericht zu erhalten. – Nur für Ausnahmesituationen sollte das Holprinzip vorgesehen werden. Sonst droht ein gewaltiger Mehraufwand.
- *Einführung 2008.* Falls die Karte tatsächlich 2008 eingeführt wird, ist das Akzeptanzproblem vorprogrammiert. 2008 wird es schwierig sein, Mehrwerte aufzuzeigen, da praktisch noch kein Spital bereit ist, wie im Artikel skizziert, die Dokumente online zur Verfügung zu stellen. – Somit wird der Mehrwert v.a. in einem neuen Ausweis bestehen.
- *Kartenlesegerät.* Der Artikel suggeriert, dass es praktisch nur ein Kartenlesegerät brauche,

um die aufgelistete Funktionalität zu bekommen. Davon sind wir noch weit entfernt. Obwohl theoretisch vieles möglich ist, in praxi und in der Praxis wird der klinische Einsatz der HPC noch auf Jahre die Ausnahme bleiben. Ferner muss darauf hingewiesen werden, dass die Kartenlesegeräte Schnittstellen und Softwareanpassungen benötigen, mit den daraus resultierenden Kosten.

- *E-Rezept.* Bevor wir laut über elektronische Rezeptübermittlung nachdenken, muss die Abgeltung geregelt werden. Folgerichtig müsste ja die Administrativtaxe der Apotheken uns zugute kommen. – Auch dies zur Illustration, dass zuerst die Strategie nötig ist, bevor ein konkretes Projekt ins Detail geplant wird.
- *Qualität zu welchem Preis?* Immer wieder wird im Zusammenhang von E-Health von Patientensicherheit und Qualitätsförderung gesprochen. Die Frage ist: Zu welchem Preis? – Es müsste zumindest möglich sein, eine Hochrechnung zu machen analog NNT. – «MNP – Money needed to pay» – oder wieviel wird uns das Ganze kosten, um einen Zwischenfall zu vermeiden? – Ein weiteres Beispiel: Was kostet ein elektronisch abgeholter Austrittsbericht (Rechnung: Gesamtaufwand dividiert durch Anzahl übermittelte Dokumente)?

Fazit

Die vorgestellte HPC ist konzipiert für eine Schweiz, in der 80% der niedergelassenen Ärzte elektronisch dokumentieren und kommunizieren und 100% der Spitäler ihre Dokumente online zur Verfügung stellen. Wenn man bedenkt, dass z.T. die Klinikinformationssysteme erst in der Budgetphase sind, ist damit zu rechnen, dass dies noch ein paar Jahre dauert.

Wir von SGAM.Informatics unterstützen und motivieren Kolleginnen und Kollegen auf dem Weg zur papierarmen Praxis. Bis die Mehrheit diesen Schritt gemacht hat, dauert es noch etliche Jahre. Wie schon wiederholt moniert, macht jegliche E-Health-Aktivität nur Sinn, wenn ab Beginn des Patientenpfades digital dokumentiert wird. Die HPC ist hier keine Ausnahme.

Meine Empfehlung: Marschhalt und mit Hochdruck die E-Health-Strategie der FMH ausarbeiten. Darin muss auch klar aufgezeigt werden, dass dieser Technologiesprung nicht zum Nulltarif zu haben sein wird. Die Basis der Kostenberechnungen (Hardware, Software, Schulungen) muss unsererseits noch erarbeitet wer-

den; diskutierte Beträge im Ausland (bis 10 000 Euro pro Praxis!) geben uns eine Orientierungshilfe. Sobald solide Daten vorhanden sind, sind diese Beiträge einzufordern, resp. die Finanzierung ist vorgängig zu regeln.

Wenn der Bedarf für die HPC dann wirklich da ist, kann das Projekt aus der Schublade gezogen werden.

Dr. med. Heinz Bhend, Aarburg

- 1 Wagner J, Giger M. Health Professional Card der Schweizer Ärzteschaft ante portas. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(33):1337-8.

Replik

Ich danke Kollegen Bhend für seine kritischen Kommentare. Wir erwarteten aus dem grossen Leserkreis der Schweizerischen Ärztezeitung mehr Echo auf diesen zukunftsorientierten Schritt der FMH. Oder dürfen wir aus dem Schweigen schliessen, dass die schweigende Mehrheit der Ärzte die Bedeutung von E-Health bereits intus hat?

Die Schweizer Ärzteschaft hat in den vergangenen zehn Jahren personelle und grosse finanzielle Ressourcen in die Informations- und Kommunikationstechnologie (ICT) investiert. Ziel ist ein effizienter und sicherer Austausch von Wissen, Erfahrungen und Daten im Interesse der sicheren Patientenversorgung. Der Beschluss der Ärztekammer zur Einführung eines elektronischen Arztausweises folgte dieser Strategie. Die Einführung der Health Professional Card (HPC) auf Mai 2008 ist die konsequente Umsetzung dieses Beschlusses.

Bis zur Einführung der HPC werden weitere Anwendungsmöglichkeiten für diesen elektronischen Berufs- und Identitätsausweis konkretisiert. Die Einführung der HPC wirkt als Beschleuniger in vielen Prozessen, denn *«die HPC ist ein wesentlicher Bestandteil einer zukünftigen Sicherheitsinfrastruktur in einem Gesundheitswesen, dessen wesentliche Dokumentations- und Kommunikationsfunktionen rechnergestützt ablaufen werden»* [1]. Der Patientpfad und dessen digitale Dokumentation, die sichere integrierte Verordnung von Arzneimitteln und das Holen und Bringen von Patientendaten sind Prozesse, die mit der HPC unterstützt werden und sicher im Netz erfolgen können. Die Besitzer der HPC entscheiden weiterhin frei über die Wahl ihrer Partner und die Art der Kommunikation.

Zu den Prozessen in der Praxis: Es ist vorgesehen (schon im Grobkonzept), von der HPC abhängige Karten mit Teilfunktionalitäten (sogenannte «Mitarbeiterkarten» oder «Institutionskarten») unter der Verantwortung des Arztes mit der HPC herauszugeben.

Qualität und Preis der Gesundheitsleistungen sind abhängig von den Behandlungsprozessen und den Tarifvereinbarungen zwischen den Partnern. Die ICT bildet diese Prozesse ab. Die elektronische Abbildung solcher Prozesse sollte zu deren Optimierung genutzt werden, da sie meist Probleme in den Prozessen zutage fördert bzw. überdeutlich macht. Die sichere systemgestützte elektronische Verschreibung von Arzneimitteln («integrierte Verordnung») ist nicht zu verwechseln mit dem sogenannten E-Rezept. Sie bedarf keiner Umverteilung der Administrativtaxe der Apotheken: Die notwendigen Daten müssen nicht neu erhoben werden, der Medikationsprozess wird über die auslösende Medizinalperson, die behandelnde Ärztin, den behandelnden Arzt, gesteuert und bedarf keiner Endkontrolle. Die Verschreibung von Betäubungsmitteln sollte einfacher und sicherer gestaltet werden können.

Die Lieferanten von Software für Praxen, Spitäler, Laboratorien, Heilmittellieferanten und Apotheken müssen sich mit ihren Programmen an den Abläufen ihrer Kunden orientieren (sie tun es leider nicht immer). Die HPC bestimmt weder diese Prozesse noch den Preis der Software.

Die HPC ist ein Puzzleteil von vielen. Wenn wir nicht dafür sorgen, dass die verschiedenen Systeme zusammenwachsen, werden wir nicht weiterkommen.

Die HPC hat eine wichtige Katalysatorwirkung und ermöglicht die Entwicklung der Anwendungen, die diese Technologie integrieren. Dies wird durch zahlreiche Reaktionen von Applikationsanbietern und Spitälern bestätigt: Man wartet auf einen «schweizweiten Standard» und ist bereit, die Technologie zu integrieren. Zum Teil wurden schon eigene «Mini-HPCs» kreiert, um das Problem zu lösen. Diese Individualentwicklungen können durch rasche Schaffung der HPC zu einem grossen Teil verhindert werden. Die Ärzteschaft schafft hier proaktiv einen Standard. Dies ist ein grosser Mehrwert, der nur mit einer schnellen Umsetzung zu realisieren ist.

Ein Marschhalt in diesem Prozess und die Erarbeitung von Papieren zur E-Health-Strategie setzen falsche Signale: Dieser offene Prozess würde von Regulatoren eingefroren. Wir haben in unserem Staat genügend Leitplanken. Die HPC muss das Arbeiten in einem offenen System ermöglichen.

*Dr. med. Max Giger,
Mitglied des Zentralvorstandes der FMH*

- 1 Pommerening K. Datenschutz und Datensicherheit. Vorlesung. Universität Mainz; 1999.