

Die FMH sieht in Anreizen und Finanzierung einen wesentlichen Erfolgsfaktor für die Verbreitung von eHealth in der Schweiz. Deshalb hat sie sowohl in allen Gremien des Bundes als auch im Koordinationsorgan eHealth Bund-Kantone, sowie in ihren Stellungnahmen konsequent und mit Nachdruck adäquate Anreize und die Finanzierung von eHealth-Leistungen gefordert. Sie hat auch massgeblich dazu beigetragen, dass eine vom Bund in Auftrag gegebene Begleitstudie (Regulierungsfolgenabschätzung) zum Gesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) Kosten

und Nutzen für die praktizierenden Ärzte realistisch darstellt. Die FMH-AG eHealth hat auch schon vor längerem verschiedene Anreizsysteme mit Vertretern des BAGs diskutiert. Der Bund erkennt die Notwendigkeit von Anreizen zwar sogar selbst an, beispielsweise in den Erläuterungen zum Vorentwurf für das EPDG. Aus sogenannten «finanzpolitischen Gründen» sind aber bisher, leider, den Erkenntnissen noch keine Taten gefolgt.

*Dr. med. Gert Printzen, Mitglied des FMH-Zentralvorstands, Verantwortlicher Ressort Medizinische Informatik und eHealth*

## Anschubfinanzierung für eHealth und elektronische Krankengeschichte ist sinnvoll

# Rechnung ohne Wirt – immense Kosten

Heinz Bhend<sup>a</sup>,  
Gerhard Schilling<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Fachlicher Leiter Kommission  
eHealth Informatik MFE

<sup>b</sup> Vorstandsmitglied Hausärzte  
Schweiz (MFE),  
Ressort eHealth-Informatik

Der Bund und andere Interessenten planen die Einführung eines elektronischen Online-Patientendossiers (EPD/OPD) und setzen grosse Hoffnungen darauf. Soeben ist das Vernehmlassungsverfahren abgeschlossen worden. Die Stellungnahme von «Hausärzte Schweiz» (MFE) [1] sieht unüberwindbare Hindernisse und macht konkrete Alternativvorschläge für ein praktikableres Vorgehen: zuerst Förderung der elektronischen Dokumentation (eKG) in den Arztpraxen. Im Folgenden zeigen die Autoren die immensen Kosten auf, die mit dem vom Bund und teilweise auch von der FMH geplanten Vorgehen anfallen würden. Im mittelfristigen Fernziel eines OPD sind wir uns alle aber einig.

### Aktuelle Ausgangslage

Die Motion Nationalrätin Edith Graf-Litscher [2] hat im Wesentlichen die Forderungen der Hausärzte zu eHealth aufgenommen, wurde vom Bundesrat akzeptiert und sogar schon vom Nationalrat als Erstrat angenommen. Die ständerätliche Gesundheitskommission hat nun – zu unserem Erstaunen – den ersten Punkt Anschubfinanzierung (Incentives) für die eKG gestrichen und somit eine Differenz zum Nationalrat geschaffen. Dies, obwohl auch die OECD [3] eine Anschubfinanzierung für die primäre elektronische Dokumentation in den Arztpraxen (eKG) als unerlässlich bezeichnet.

Wir haben im Rahmen der Vernehmlassung zum EPDG (Elektronisches Patientendossier-Gesetz) sehr pointiert Stellung [4] bezogen und stehen als Hausärzte Schweiz praktisch alleine da als «Gegner» der Vorlage und somit einer erdrückenden Mehrheit von Befürwortern gegenüber. Unsere klaren Positionen haben sicher auch provoziert und zum Teil den Ein-

druck erweckt, wir seien a priori gegen ein OPD, hätten die Wahrheit für uns alleine beansprucht und seien nicht zu konstruktivem Weitergehen bereit.

Dem ist aber nicht so! Unsere Sichtweise ist geprägt von der praktischen Umsetzbarkeit in den Arztpraxen. Im mittelfristigen Fernziel eines OPD und der Förderung von eHealth sind wir uns alle einig.

### Unsere Beurteilung

Dieser «Abschuss» der Anschubfinanzierung ist aufgrund der parteipolitischen Zusammensetzung der Gesundheitskommission nachvollziehbar, aber entspricht – nach unserer Meinung – einem kurzfristigen bürgerlichen Abwehrreflex: nicht mehr Staat und staatliche Unterstützung, der Markt soll es richten, andere Dienstleister erhalten auch keine Unterstützung und müssen ihre IT-Systeme ebenfalls *à jour* halten.

Im Gespräch mit Politikern und anderen Sachverständigen ist uns klar geworden, dass ein wichtiges Glied in unserer Argumentationskette zu wenig klar kommuniziert wurde: die Kosten für das OPD. Dies möchten wir nun nachholen und hoffen, dass mit der klaren Darstellung der Situation unsere Schlussfolgerungen nachvollziehbar werden.

### Alternative der Anschubfinanzierung

Wir haben nie gesagt, dass das OPD nicht kommen werde. Nach unserer Überzeugung wird es aber 15 bis 20 Jahre dauern, wenn nicht grundsätzlich Anreizsysteme etabliert werden. Es ist davon auszugehen, dass weder die Politik noch die Industrie so lange warten wollen. Somit ist dies keine ernsthafte Option.

Korrespondenz:  
Dr. med. Gerhard Schilling  
Chlini Schanz 42  
CH-8260 Stein am Rhein  
Tel. 052 741 36 26  
Fax 052 741 39 26  
gerhard.schilling[at]hin.ch

Nehmen wir an, die Infrastruktur für ein OPD sei da, und nun wartet man auf «Einträge». Allen ernsthaften Playern ist klar:

- Es braucht eine kritische Masse (80%);
- Die Informationen müssen relevant, zuverlässig und aktuell sein (Redaktion durch einen Arzt unerlässlich);
- Eine neue Möglichkeit / Mehrleistung (Patient Empowerment) wird nicht gratis zu haben sein. (Da stimmen sicher auch bürgerliche Politiker zu: Jede Leistung hat einen Preis.)

Das OPD ist ein Novum, eine bewusst gewollte, neue Möglichkeit im Sinne der Selbstverantwortung des Patienten. Die Dateneingabe und Pflege (Redaktion) ist eine neue und zusätzliche Tätigkeit, die einen erheblichen Mehraufwand darstellt.

### Kostenberechnung

Lösen wir uns einmal von der von uns in den Raum gestellten Forderung, dass zuerst die elektronische Dokumentation (eKG) in den Arztpraxen breit etabliert sein müsse und das OPD nur funktioniert, wenn die eKG Master und das OPD Slave oder Extrakt sei. Wir nehmen also an, die Einträge im OPD müssen *separat* erstellt werden, indem eine Maske oder ein Formular online ausgefüllt wird. Wie oben erwähnt, ist es sinnvoll, wenn diese Redaktion durch einen Sachverständigen gemacht wird. Im Idealfall ist dies der Hausarzt.

In unseren Praxen haben wir zirka 3500 Patienten im Patientenstamm (Dauerpatienten, ohne Notfälle). Auf dieser Zahl basiert nun die folgende Kostenberechnung:

80% der Patienten sollen ein OPD erhalten, somit wären 2800 OPDs zu erstellen oder zu redigieren. Für die Ersteingabe schätzen wir einen Aufwand von 20 bis 30 Minuten. Diese Zahl ist empirisch und abgeleitet vom aktuellen Aufwand, wenn wir einen Patienten einem Kollegen «übergeben» – z. B. infolge eines Umzugs. Diese Arbeit beinhaltet: Zusammenstellung der relevanten Vorgeschichte, aktuelle Diagnosen, aktuelle Laborwerte und allenfalls Laborverlaufsblatt, aktuelle Medikation, Allergien, wichtige Dokumente aussortieren, beilegen, Begleitbrief verfassen usw. – Komplexere Patienten nehmen deutlich mehr als 30 Minuten in Anspruch, einfachere entsprechend weniger. Wir rechnen konservativ mit 20 Minuten pro OPD-Ersteintrag.

Damit ergibt sich folgender Zeitbedarf mit den entsprechenden Frankenbeträgen: 2800 Patienten (80% des Patientenstammes)  $\times$  20 Minuten  $\times$  6000 Hausärzte = 5,6 Millionen Arbeitsstunden. Bei einem Kostenansatz von 200 Franken pro Stunde wären dies immerhin 1120 Millionen Franken allein für die Ersteinträge!

Die wiederkehrenden Anpassungen des OPD (Änderung der Medikation, neue Dokumente) usw.

sind damit noch nicht berücksichtigt. Wir schätzen, dass jede dritte Konsultation zu einer Anpassung des OPD führt, und dies wäre mit einem Aufwand von 5 Minuten zu veranschlagen. Bei jährlich 3000 Konsultationen wären dies nochmals ca. 80 Stunden pro Arzt und Jahr, was einem Jahresbeitrag von 96 Millionen Franken entsprechen würde ( $80 \times 6000 \times 200$  Franken).

### Nicht nur Kosten

Sogar wenn dieses Geld gesprochen würde, bleibt die für uns ungelöste Frage: Wie können wir die bis an die Grenzen belasteten Hausärzte motivieren, hier einen Zusatzaufwand zu betreiben, von dem sie *keinen unmittelbaren Mehrwert* haben? Die Befürchtungen von Folgeproblemen mit Nachfragen, Korrektur von Einträgen, juristischen Implikationen können nicht einfach ignoriert werden. Da müssten neben Incentives noch diverse Pflöcke eingeschlagen werden, um die Motivation der Hausärzte zu erhöhen. Langfristig wird kein Arzt für diese *doppelte Eingabe* (eKG und OPD) motivierbar sein und somit unsere ursprünglich skizzierte Idee (eKG = Master und OPD = Slave) halt früher oder später doch wieder im Raum stehen.

### Fazit

Die Forderung nach Anschubfinanzierung für die eKG und Umkehr der Prioritäten war unsererseits wohl etwas zu wenig klar kommuniziert und nicht von den Hintergrundüberlegungen begleitet worden. Wenn jemand aber die Gesamtkostenrechnung zum OPD unvoreingenommen ansieht, wird er – wiederum nach unserer Meinung – schnell zum Schluss kommen, dass eine sinnvolle und massvolle Anschubfinanzierung zur Förderung der primären elektronischen Dokumentation in einer elektronischen Krankengeschichte (eKG) und die automatisierte, sekundäre Eingabe im OPD der schnellere und kostengünstigere Weg ist. Wir sind zu konstruktiven Gesprächen bereit.

### Literatur

- 1 Stellungnahme MFE zum EPDG: [www.hausaerzteschweiz.ch/news](http://www.hausaerzteschweiz.ch/news)
- 2 Motion 11.3034 – E. Graf-Litscher: Förderung und Beschleunigung von eHealth.
- 3 Achieving Efficiency Improvements in the Health Sector through the Implementation of Information and Communication Technologies. Final Report. OECD; 2010.
- 4 Bhend H. Zehn Killerkriterien für eHealth. Schweizerische Ärztezeitung. 2011;92(49):1925–8.
  - Vernehmlassungsverfahren zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG). [www.hausaerzteschweiz.ch/News](http://www.hausaerzteschweiz.ch/News)
  - Bhend H et al. Positionspapier Online Patientendossier. PrimaryCare. 2009;9(16): 298–9.