

Die «MAI-Revolution» in den Spitälern als Steigbügelhalter für e-Health

Der klassische Austrittsbericht ist nicht e-Health-tauglich

Heinz Bhend

Facharzt Allgemeine Innere
Medizin, Informatiker,
Fachlicher Leiter Institut für
Praxisinformatik

Grundsätzlich sollte die Technik und damit auch e-Health unsere Arbeit erleichtern. Dort, wo die Abbildung von analog zu digital telquel möglich ist, sind schnell Vorteile realisierbar. Wenn Prozesse aber verändert werden (müssen), erfordert dies entweder einen technischen Mehraufwand mit Gefahr von grösseren Kosten oder gesteigerter Komplexität, oder aber eine Anpassung unserer Arbeitsweise.

Der Austrittsbericht in der heutigen Form ist grundsätzlich nicht e-Health-tauglich! Konkret bedeutet dies: Wenn wir den Austrittsbericht in der bisherigen Form beibehalten wollen, werden wir keinen Vorteil durch die Digitalisierung erfahren. Wenn es uns aber gelingt, den Prozess «Austrittsbericht» derart einem Re-Design zu unterziehen, dass das Potential der elektronischen Datenverarbeitung optimal genutzt werden kann, wäre sehr viel gewonnen in Sachen Effizienz und Qualität. Zuerst aber ein paar grundsätzliche Überlegungen.

Grundsätzliche Aspekte und Rahmenbedingungen

Wiederholt wurde festgehalten: Das Problem von e-Health bezüglich schleppender Realisierung ist nicht die Technik. Woran liegt es dann? Als Prinzip sollte gelten: «IT follows process» – d. h. die Informatik muss möglichst optimal die Prozesse abbilden. Dies ist naheliegend, denn die Kehrseite kennen wir: Findige Köpfe entwickeln ein Tool und suchen mehr oder weniger verzweifelt eine sinnvolle Anwendung dafür.

Aber wir wissen auch: Ausnahmen bestätigen die Regel. Es gibt einen Bereich, wo die Anpassung und damit Optimierung der Prozesse überfällig ist: der «klassische Austrittsbericht». Jeder niedergelassene Arzt kennt das Problem: Entlassung am Tag X, Berichterstellung am Tag X plus 10 Tage (oder mehr!).

E-Health bedeutet Einsatz der Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitsbereich. Für den Austrittsbericht heisst dies konkret: Mit e-Health haben wir die Möglichkeit, den Bericht am Tag X plus 10 Tage plus 10 Sekunden als PDF zu erhalten. Lohnt sich dieser Aufwand denn überhaupt? Diese Frage ist berechtigt, denn wir ersetzen mit gewaltigem Aufwand die A-Post (+/- 1 Tag) durch den elektronischen Weg.

Auch ein provisorischer Austrittsbericht ist nur eine Scheinlösung, da der nachbehandelnde Arzt einen Mehraufwand hat, indem er zwei Berichte managen muss und allfällige Unterschiede, Ergänzungen oder Korrekturen selber entdecken darf.

La révolution de la cybersanté dans les hôpitaux

Dans sa forme actuelle, le rapport de sortie n'est pas compatible avec la cybersanté. Concrètement, cela signifie que si nous voulons conserver le rapport de sortie sous cette forme, l'informatisation ne nous apportera aucun avantage. Pour pouvoir profiter au mieux du rapport de sortie électronique, celui-ci doit être conçu de façon modulaire grâce à l'introduction d'«informations modulaires de sortie». Les informations modulaires de sortie consistent en des blocs d'informations transmis à différents moments. Idéalement, toutes les informations qui resteront inchangées après la sortie du patient de l'hôpital doivent être mises à disposition immédiatement. Nous pouvons citer notamment l'exemple de la médication de sortie, qui fait partie intégrante du rapport et qui devra donc aussi être intégrée dans les informations modulaires de sortie. D'autres modules sont la liste des diagnostics, les procédures, etc. Cette approche implique cependant un changement de paradigme au sein des cliniques, et devra être initiée par les cliniques elles-mêmes. Enfin, les informations devront être bien structurées et lisibles électroniquement pour pouvoir être reprises facilement par les logiciels informatiques des cabinets.

Die Lösung wäre relativ einfach, erfordert aber ein Umdenken. Zudem sind wesentliche Rahmenbedingungen mitzubedenken.

e-Health im Spital als Regelfall – in der Praxis eher die Ausnahme

Im Spital wird «der Regelfall» von einer Zuweisung initiiert und mit einem Entlassungsbrief beendet. E-Health ist damit «in jedem Fall» ein Thema. Die niedergelassenen Ärzte behandeln zirka 80% der Fälle «praxisintern». Somit sind a priori nur etwa 10-20% der Fälle «e-Health-tauglich» d. h. nur für diese 20% käme der viel diskutierte «Behandlungspfad» zur

Korrespondenz:
Dr. med. Heinz Bhend
Ottnerstrasse 9
CH-4663 Aarburg
info[at]dr-bhend.ch

Anwendung. Dies wiederum heisst, dass die ganze Vernetzungs-, Kommunikations- und e-Health-Problematik für den niedergelassenen Arzt wohl interessant, aber dennoch mehr oder weniger ein «Randthema» ist. Deshalb muss meines Erachtens die Initiative von den Kliniken ausgehen, selbstverständlich in Absprache mit den niedergelassenen Ärzten.

Spitäler und e-Health

Auf Seiten der Spitäler ist die Aufmerksamkeit bezüglich e-Health doch etwas gewachsen, zumal im Rahmen der DRG neue Begriffe wie «Zuweiseranbindung» (Vorschlag für Unwort des Jahres 2014?!) aufgetaucht sind und die Spitäler unter anderem auch ihre «Ärzteportale» als e-Health-Anwendung verstehen. Mit diesen Tools möchten sie «auf sich aufmerksam machen». Oft wird ein Mehrwert für den Zuweiser suggeriert, ohne dass tatsächlich einer vorliegt. Wenn ein Arzt in seinem Umfeld in mehrere Spitäler zuweisen kann oder darf, hat er plötzlich drei, fünf oder noch mehr solche Zuweiserportale zu bedienen. Das ist natürlich ein Unsinn und langfristig eine Sackgasse.

Im Rahmen von Fortbildungen, Gesprächen und Lesen von Publikationen und nach 25 Jahren in der Hausarztpraxis hat sich für mich herauskristallisiert, dass die Spitäler eine sogenannte *MAI-Revolution* nötig haben und dass, solange diese nicht stattfindet, e-Health es sehr schwer haben wird. *MAI* steht diesmal nicht für den Wonnemonat und Revolution nicht für einen politischen Umsturz. *MAI* bedeutet *Modulare Austritts-Informationen* und Revolution würde lediglich Umdenken bedeuten, in dem Sinne, dass der gute alte Austrittsbericht «gestorben» ist.

Anstelle des Austrittsberichtes sind modulare Informationseinheiten zu definieren, welche als ganzes Set dann den bisherigen Austrittsbericht ersetzen.

Die Klinikleiter werden sich daran gewöhnen müssen, dass ein Austrittsbericht lediglich noch ein Dokument für das Archiv ist und allenfalls den internen Abschluss des Falles signalisiert.

Teilinformationen daraus, eben die einzelnen Module, sind nach wie vor zentral und wichtig, müssen aber zu unterschiedlichen Zeiten übermittelt werden, um ihr Informationspotential zu entfalten. Als Grundsatz muss dabei gelten, dass alle Informationen, welche beim Austritt des Patienten nicht mehr verändert werden, unverzüglich zur Verfügung gestellt werden müssen. Idealerweise sollen diese Informationen strukturiert und maschinenlesbar übermittelt werden, so dass sie beim Empfängersystem automatisiert weiterverarbeitet werden können.

Als illustratives Beispiel kann die Austrittsmedikation genannt werden. Sie ist zwingender Teil eines Austrittsberichtes und damit auch integraler Bestandteil der modularen Austrittsinformationen. Die Austrittsmedikation ist somit ein Modul neben Diagnoseliste, *Procedere* usw. – wie die Austrittsmedikation ist das *Procedere* bei Austritt festgelegt und sollte deshalb als weiterer modularer Informationsteil direkt übermittelt werden.

Am Austrittstag könnte der niedergelassene Arzt eine formlose Austrittsmeldung erhalten mit den schon verfügbaren Informationsmodulen wie z. B. Medikation, *Procedere*.

Strukturierte Information elektronisch übermitteln

Ich hoffe sehr, dass in keinem Spital Rezepte noch handschriftlich erstellt werden. Somit sind die Medikamentendaten in strukturierter Form vorhanden und können mit der Erstellung des Rezeptes beim Austritt gleichzeitig als Austrittsmedikation d. h. als entsprechendes *MAI-Modul* übermittelt werden. Von technischer Seite wäre es relativ einfach. Im genannten Fall bedürfte es beispielsweise lediglich einer gesicherten E-Mail mit einer XML-Datei (maschinenlesbares Format) im Anhang. Dieser Anhang würde die aktuelle Austrittsmedikation enthalten. Von Seiten der Praxisinformationssysteme müsste diese XML-Datei eingelesen, als aktuelle Medikation «übernommen» und bei Bedarf adaptiert werden. Mit diesem kleinen Schritt wäre ein erster grosser Schritt in Richtung strukturierter Datenaustausch getan, die erste Etappe eines Patientendossiers aufgegleist und gleichzeitig ein praxisrelevantes Mehrwertangebot für die Zuweiser realisiert.

Die ganze Architektur und Technik muss selbstverständlich IHE-, eCH-, Swiss-e-Health, HL7- und so weiter kompatibel sein, was aber mit vertretbarem Aufwand und vor allem bei gutem Willen schnell umgesetzt werden kann. Für Insider: Dieses Medikamente-Modul soll natürlich nichts anderes sein als der Medikationsteil des HL7-Arztbriefes. Die Standards für diesen «Elektronischen Arztbrief» gibt es nun schon bald zehn Jahre, ohne dass er wahrnehmbar zum Einsatz gekommen ist. Nach meiner Meinung ist der Hauptgrund auch hier, dass der «Elektronische Arztbrief» den bisherigen Prozess abbilden will. Das funktioniert so nicht. Wie erwähnt, bildet dies eine Ausnahme zur Regel: Der Arztbrief (Prozess) muss den neuen Kommunikationsmöglichkeiten (IT) angepasst werden.

Fazit: Um eine modulare Weitergabe der Austrittsinformationen zu ermöglichen, wären die Hausaufgaben für die Spitäler und die niedergelassenen Ärzte überschaubar und das System könnte schnell einen Mehrwert in den Praxen generieren.

Voraussetzung ist, dass in den Spitälern die MAI-Revolution stattfindet!

Die Austritts-Medikation wäre somit ein erstes Modul des künftigen *MAI-Austrittssets*. Die Gesamtheit aller Module entspricht wiederum dem ursprünglichen Austrittsbericht. Dieser kann bei Bedarf immer noch als PDF übermittelt und im Spitalarchiv abgelegt werden. Die Informationsinhalte daraus wie z. B. Medikation, *Procedere* und Diagnoseliste könnten aber schon längst vor der Schlussredaktion des Berichtes in die Praxissoftware übernommen und dort weiterverwendet werden.